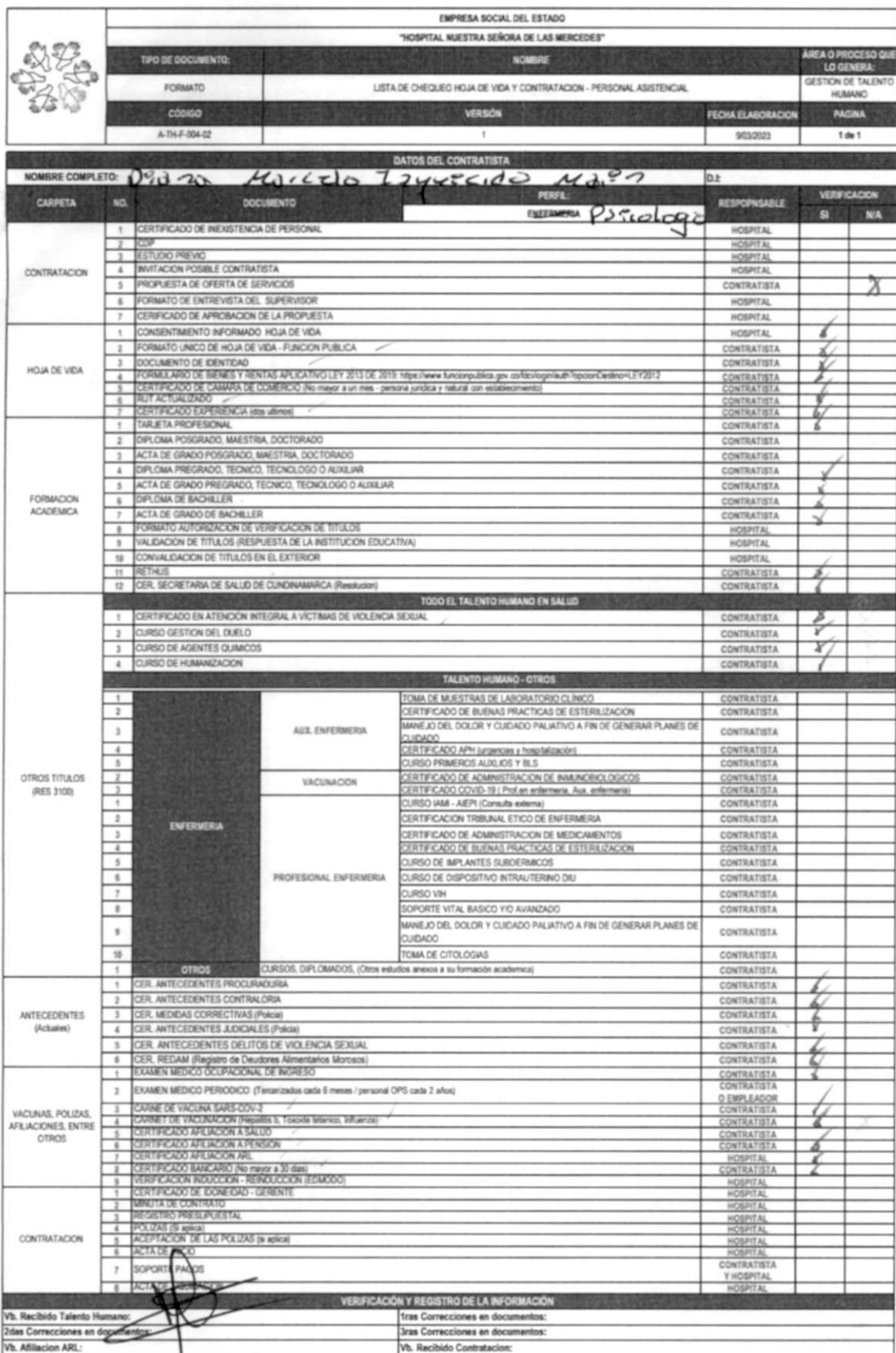




JULIO 2026

Doctora
Julia Isabel Muelle
Gerente
E.S.E Hospital Nuestra Señora de las Mercedes
Funza Cundinamarca

Ref.: Presentación propuesta de servicios de apoyo a la gestión de la E.S.E

Yo, Diana Marcela Izquierdo Marín identificado (a) con Cedula de Ciudadanía No 52.985.425 expedida en Bogotá, me permito presentar propuesta para prestar mis servicios, cuyos datos describo la continuación, manifiesto que acepto las condiciones pactadas en el contrato a suscribir entre las dos partes como contratista independiente; así mismo manifiesto que las actividades a realizar las puedo ejecutar en el tiempo acordado con el Hospital.

OBJETO DE ESTUDIOS PREVIOS PARA LA CONTRATACION DE UNA PERSONA PSICOLOGO QUE REALICE EL APOYO A LA GESTION ASISTENCIAL A EFECTOS DE PRESTACION DE SERVICIOS PARA DESARROLLAR LAS ACTIVIDADES ENCAMINADAS AL FORTALECIMIENTO DE LA ATENCION PRIMARIA EN SALUD EN CUMPLIMIENTO A LA RESOLUCION No 801 DE 2026 DEL MINISTERIO DE SALUD

Actividades a Realizar

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD
Realizar mapeo y cartografía social de los territorios de abordaje y de primer contacto con las comunidades de cada microterritorio e Informar en la comunidad las acciones que desarrollarán los equipos a través de medios y herramientas comunicativas
Aplicación y formulación el plan integral del cuidado primario individual, familiar y comunitario con base en los resultados de la caracterización, identificando y articulando las diferentes intervenciones a desarrollar en el sector salud y los diferentes sectores, junto con los demás instrumentos aplicados durante la Intervención, zarit, apgar, gad 7, srq, rqc, dast 10, ecomapa, familiograma (SPA)- SEMANAL
Realizar seguimientos a casos prioritarios de alto riesgo identificados en el microterritorio asignado
Digitalizar los instrumentos que sean diligenciados de forma manual en la herramienta que defina el Ministerio de Salud y Protección Social para tal fin, MATRIZ EXCEL PLAN DE CUIDADO- SEMANAL
Realizar demanda inducida a los servicios de los eventos relacionados con las prioridades en salud pública y aquellos que ocasionen un alto impacto en salud Pública- SEMANAL
Gestionar el traslado a instituciones de salud de personas que requieren remisión urgente a partir de lo identificado en la atención en salud
Educación individual y familiar, dirigidos a las personas y núcleos familiares identificados en los microterritorios asignados, de acuerdo con los riesgos priorizados. Estas acciones están orientadas a la promoción de la salud, prevención de la enfermedad y fortalecimiento del autocuidado

Asistir y participar activamente en brigadas, jornadas de salud y demás actividades programadas por la E.S.E, Asistir a cada una de las capacitaciones, socializaciones e inducción frente a los cambios del proceso que requiera ser compartido por parte de la E.S.E, Secretaria de Salud Departamental, Ministerio y/o Entidad Territorial.
Identificar, notificar y gestionar casos de Interesen en Salud Publica. (Matriz Excel Conducta Suicida, Consumo de SPA y fichas de notificación)- INMEDIATA - SEMANAL
Realizar de manera oportuna la publicación del informe de actividades con soportes en la plataforma SECOP II, DRIVE o demás plataformas que sean solicitadas por parte de la E.S.E. REPORTE SEMANAL-MENSUAL
Garantizar el cargue de las actividades de Promoción y Mantenimiento conforme rutas en el sistema de información propio del Hospital (CNT)- SEMANAL
Convocar, implementar y realizar seguimiento a espacios de participación social y popular por cada una de las veredas- barrios y microterritorios abordados por el equipo
Realizar actividades del plan de gestión documental como son: organización, foliación y conservación de la documentación que tiene a cargo de acuerdo a los lineamientos exigidos, cumplir con cada uno de los procesos frente al manejo de la información y consolidación.
Cláusula verde participar de las actividades de gestión ambiental y poner en práctica el contenido de las capacitaciones de manejo integral de residuos, conductas básicas de bioseguridad, limpieza y desinfección, hospital verde y todas aquellas que surjan en el desarrollo de sus actividades
Las demás que se requieran para el cumplimiento del objeto contractual, (capacitaciones, reuniones, apoyos, etc).

VALOR MENSUAL; El valor de la propuesta por la prestación de los servicios mensuales es según lo ejecutado cada mes según el anexo técnico.

TERMINO INICIAL DE LA EJECUCION: Según el contrato interadministrativo MINISTERIO DE SALUD EQUIPOS BASICOS DE 2026.

SEGURIDAD SOCIAL: Me comprometo de acuerdo a la normatividad vigente a la obligación legal de todo Contratista Independiente, **a realizar las afiliaciones al Sistema General de Seguridad Social en Pensión, Salud y Riesgo Laboral**, a realizar los aportes por mi cuenta y acreditar tales afiliaciones y pagos ante la entidad contratante (E.S.E.), así como acreditar mi registro en el RUT como contratista independiente en la actividad para la cual voy a ser contratado (a).

En cumplimiento a lo dispuesto en el Artículo 18 de la Ley 1122 de 2007, los aportes como contratista independiente serán del 40% de los ingresos mensuales recibidos por el contratista, que en ningún caso podrá ser inferior a un salario mínimo legal vigente, ni superior a 25 salarios mínimos legales vigentes.

INHABILIDAD E INCOMPATIBILIDAD: Declaró que no me hallo incurso (a) en ninguna de las causales de inhabilidad e incompatibilidad establecidas en la Ley y que tampoco me encuentro incurso en ninguno de los eventos previstos como prohibiciones especiales para contratar.

DOCUMENTOS: Me comprometo a entregar a la E.S.E. la totalidad de los documentos solicitados para la suscripción del contrato, así como las pólizas y demás documentos a que haya lugar para la legalización y ejecución del contrato.

DIRECCIÓN: Manifiesto que mi dirección de residencia es Cm 22 # 10-80 barrio Guicor del municipio de Funza, correo electrónico Psicologia.dnm@gmail.com, mi número de celular es 3138561594.

Agradezco la oportunidad de prestar mis servicios a esa Entidad.

Cordialmente,

(Firma)



Nombre: Diana Marcela Izquierdo

C.C. No. 52985425



FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO IZQUIERDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) MARIN	NOMBRES DIANA MARCELA
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 52985425	GENERO F ☒ M ☐ NB ☐	NACIONALIDAD COL. ☒ EXTRANJERO ☐ PAÍS COLOMBIA
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐	NÚMERO	D.M.
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DIA 09 MES 01 AÑO 1983 PAÍS COLOMBIA DEPTO BOGOTÁ. D.C. MUNICIPIO BOGOTÁ. D.C.	DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA CARRERA 22 10 80 Torre 3 apartamento 302 PAÍS COLOMBIA DEPTO CUNDINAMARCA MUNICIPIO FUNZA TELÉFONO 8235674 EMAIL psicologia.dmim@gmail.com	

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		BÁSICA SECUNDARIA			
PRIMARIA					SECUNDARIA					MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	11	AÑO	1999	

EDUCACIÓN 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		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
PREGRADO	10	X		PSICOLOGIA	12	2015	166676

3

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN Estricto ORDEN CRONOLÓGICO; EN LA MODALIDAD, ESCRIBA:

INF (EDUCACIÓN INFORMAL)

TR_DES (EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO)

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

INSTITUCIÓN	MODALIDAD	No. TOTAL HORAS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULOS OBTENIDOS	TERMINACIÓN	
			SI	NO		MES	AÑO
Esacomp	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	1008	X		Técnico Laboral en sistemas y desarrollo Informatico	12	2000
Educación Futuro	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	40	X		Taller de Competencias Transversales	08	2018
Fundación Universitaria Sanitas	EDUCACIÓN INFORMAL	120	X		Diplomado de introducción a las intervenciones asistidas por perros en salud	05	2020
Organización Internacional de las Migraciones	EDUCACIÓN INFORMAL	8	X		Socialización del Manual de Salud Mental y apoyo psicosocial de base comunitarias y emergencias y desplazamientos	11	2023
Colegio Colombiano de Psicólogos	EDUCACIÓN INFORMAL	120	X		Diplomado estrategias para la prevención frente a comportamientos de riesgo y el suicidio	12	2023

4

IDIOMAS

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

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

5

EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO VIGENTE														
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE FUNZA					PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA					
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA			MUNICIPIO FUNZA					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 8234071			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	22	Mes	01	Año	2025	Día		Mes		Año	
CARGO O CONTRATO ACTUAL 1069/2009 PSICOLOGA			DEPENDENCIA ALCALDIA - SECRETARIA DE SALUD					DIRECCIÓN CARRERA 14 13 5						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE FUNZA				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA			MUNICIPIO FUNZA					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 8257620			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	02	Mes	04	Año	2024	Día	20	Mes	12	Año	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL 2808 PSICOLOGA			DEPENDENCIA ALCALDIA - SECRETARIA DE SALUD					DIRECCIÓN CARRERA 14 13 5						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE MOSQUERA - CUNDINAMARCA				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA			MUNICIPIO FUNZA					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 8276022			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	01	Mes	02	Año	2023	Día	16	Mes	12	Año	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL 1069/2009 PSICOLOGA			DEPENDENCIA ALCALDIA - SECRETARIA DE SALUD					DIRECCIÓN CARRERA 2 2 68						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE FUNZA				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA			MUNICIPIO FUNZA					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 8234070			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	11	Mes	04	Año	2023	Día	10	Mes	08	Año	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL 1069/2009 PSICOLOGA			DEPENDENCIA DESARROLLO SOCIAL ADULTO MAYOR					DIRECCIÓN CARRERA 14 13 05						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE MOSQUERA - CUNDINAMARCA				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA			MUNICIPIO MOSQUERA					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 8276022			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	27	Mes	01	Año	2022	Día	11	Mes	12	Año	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL 1117/2010 PSICOLOGA			DEPENDENCIA ALCALDIA - SECRETARIA DE SALUD					DIRECCIÓN CARRERA 2 2 68						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE MOSQUERA - CUNDINAMARCA				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA			MUNICIPIO MOSQUERA					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 8276022			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	17	Mes	06	Año	2021	Día	31	Mes	12	Año	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL 1069/2009 PSICOLOGA			DEPENDENCIA ALCALDIA - SECRETARIA DE SALUD					DIRECCIÓN CARRERA 2 2 68						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD ESE CENTRO DE SALUD				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA			MUNICIPIO MOSQUERA					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 8932393			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	01	Mes	02	Año	2019	Día	30	Mes	11	Año	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL 1069/2009 PSICOLOGA			DEPENDENCIA ALCALDIA DE MOSQUERA					DIRECCIÓN CALLE 3 2 15						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD CORPORACION SAN ISIDRO				PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA			MUNICIPIO SANTA FE					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 6694181			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	20	Mes	04	Año	2009	Día	16	Mes	01	Año	2019
CARGO O CONTRATO ACTUAL COORDINADORA DE JARDINES INFAN			DEPENDENCIA EDUCACION					DIRECCIÓN CALLE 170 8 70						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD CAJA COLOMBIANA DE SUBSIDIO FAMILIAR COLSUBSIDIO				PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C.			MUNICIPIO BOGOTÁ. D.C.					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 7447575			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	07	Mes	02	Año	2018	Día	07	Mes	12	Año	2018
CARGO O CONTRATO ACTUAL CORDINADORA PEDAGOGICA EN PRIM			DEPENDENCIA SECCION DE EDUCACION					DIRECCIÓN CALLE 26 25 50						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD FUNDACION DE PROMOCION EDUCATIVA SATHYA SAI				PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C.			MUNICIPIO BOGOTÁ. D.C.					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 3158780973			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	19	Mes	12	Año	2015	Día	03	Mes	12	Año	2017
CARGO O CONTRATO ACTUAL SECRETARIA			DEPENDENCIA EDUCACION					DIRECCIÓN Kra 2 B # 15/55						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD Fundacion Nacional Batuta				PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C.			MUNICIPIO BOGOTÁ. D.C.					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 3336765			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	06	Mes	02	Año	2006	Día	19	Mes	04	Año	2009
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR ADMINISTRATIVO			DEPENDENCIA ADMINISTRATIVA - EDUCACION					DIRECCIÓN CALLE 9 8 97						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

6

EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

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

7

TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	6	2
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	12	11
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
EXPERIENCIA DOCENTE	0	0

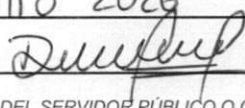
8

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI ☐ NO ☐ ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E 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 FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95).

Ciudad y fecha de diligenciamiento

Funza Julio 2026


FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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.

Funza, Julio 2026
Ciudad y fecha


NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

LÍNEA GRATUITA DE ATENCIÓN AL CLIENTE No. 018000917770 PÁGINA WEB: www.funcionpublica.gov.co

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

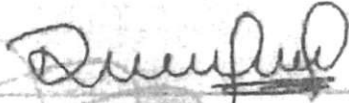
NUMERO **52.985.425**

IZQUIERDO MARIN

APELLIDOS

DIANA MARCELA

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **09-ENE-1983**

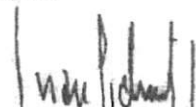
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

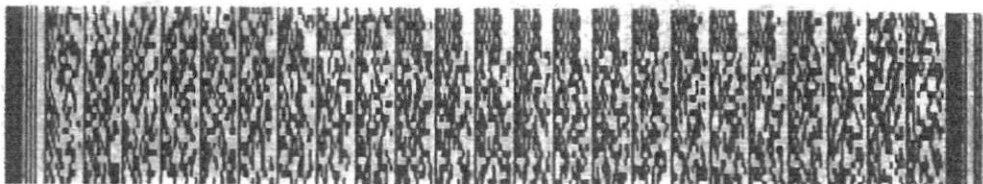
1.56
ESTATURA

O+
G.S. RH

F
SEXO

23-ENE-2001 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION


REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA



A-1508800-00810089-F-0052985425-20160406

0049202589A 1

1423861964

Tipo de declaración Fecha de publicación

Nombres y apellidos completos

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
DIANA	MARCELA	IZQUIERDO	MARIN

Documento de identificación

Tipo Número

Lugar de nacimiento

País Departamento Municipio

Lugar de domicilio

País Departamento Municipio

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

ALCALDIA DE FUNZA

Lugar de sede

País Departamento Municipio

Dirección

Cargo o función que cumple

Tipo de sujeto obligado de acuerdo con el artículo 2 de la Ley 13 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 13 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	\$41.328.000,00
Cesantías e intereses de cesantías	\$0,00
Gastos de representación	\$0,00
Arriendos	\$0,00
Honorarios	\$0,00
Otros ingresos y rentas	\$0,00
TOTAL	\$41.328.000,00

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

Tipo de cuenta	Sede de la cuenta (País)	Saldo total de la cuenta a diciembre 31 del año inmediatamente anterior
CUENTA DE AHORROS	COLOMBIA	\$0,00

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor
INMUEBLE	COLOMBIA	CUNDINAMARCA	FUNZA	\$160.000.000,00

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo
HIPOTECA INMUEBLE	\$20.000.000,00

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

Tengo participación en juntas, consejos o directivos: Sí ☐ No ☒

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 ☒

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 ☒

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 ☐

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
JHON	FREDY	VALDES	HERRADA

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 ☒

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☒

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☒

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☒

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☒

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 ☒

- 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:

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO "HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES"		
	TIPO DE DOCUMENTO	NOMBRE	ÁREA O PROCESO QUE LO GENERA
	FORMATO	FORMATO ÚNICO DE CONOCIMIENTO SARLAFT/PDAM	GESTIÓN DE CONTABILIDAD
	CÓDIGO	VERSIÓN	FECHA ELABORACIÓN
	A-FIN-CON-F-001	1	09/03/2023
			PAGINA
			1 de 4

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO	TIPO DE CLIENTE O CONTRAPARTE			TIPO DE SOLICITUD
	Contratista ☒	Proveedor ☐	Personal Planta ☐	Vinculación ☒
	Prestador IPS ☐	Junta Directiva ☐	Otro ☐	Actualización ☐

Departamento: Cundinamarca

Ciudad: FUNZA

1. INFORMACIÓN GENERAL

PERSONA NATURAL

Primer Apellido: <u>Izquierdo</u>	Segundo Apellido: <u>Marin</u>	Nombres: <u>Diana Marcela</u>
Tipo De Documento <u>CC</u>	No. De Identificación <u>52985425</u>	Fecha De Nacimiento <u>9/01/1983</u>
Lugar De Nacimiento <u>Bogotá</u>	Fecha De Expedición <u>23/01/2001</u>	Lugar De Expedición <u>Bogotá</u>
Dirección: <u>Cra 22#10-80</u>	Ciudad <u>FUNZA</u>	Departamento <u>Cundinamarca</u>
Teléfono	Celular <u>3138561594</u>	Profesión/Ocupación <u>Psicóloga</u>

RESPONDA SI O NO A LAS SIGUIENTES PREGUNTAS

¿Administra recursos públicos? NO ¿Tiene reconocimiento público? NO ¿Tiene grado de poder público? NO
 ¿Tiene vínculo con una persona considerada PEP? NO

PERSONA JURÍDICA

Razón social:	Nit:	Correo electrónico
Tipo de contribuyente: ☐ Régimen simplificado ☐ Régimen común ☐ Grandes contribuyentes ☐ Otra ☐ ¿Cual? ☐		
Tipo de Empresa: Privada ☐ Publica ☐ Mixta ☐ Sin ánimo de lucro ☐		

Esta información es confidencial y será utilizada para dar cumplimiento a las Circulares externas 09 del 21 de Abril de 2016 y 05 de 17 de Septiembre de 2021, expedida por la Superintendencia Nacional de Salud

"Tu Salud, Nuestro Compromiso"

Documento controlado. Una vez impreso o descargado este documento se considera copia.

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO "HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES"		
	TIPO DE DOCUMENTO		ÁREA O PROCESO QUE LO GENERA
	NOMBRE		
	FORMATO	FORMATO ÚNICO DE CONOCIMIENTO SARLAFT/PDAM	GESTIÓN DE CONTABILIDAD
CÓDIGO	VERSIÓN	FECHA ELABORACION	PAGINA
A-FIN-CON-F-001	1	09/03/2023	2 de 4

ACTIVIDAD ECONÓMICA PRINCIPAL						
Salud ☒	Farmacéutico ☐	Industrial ☐	Servicios ☐	Comercial ☐	Otro ☐	¿Cuál?

Descripción de la actividad económica:

Psicología

Dirección Oficina Principal	Teléfono Oficina Principal	Celular oficina principal
Departamento oficina principal	Correo oficina principal	Ciudad oficina principal
Dirección sucursal o agencia	Teléfono Sucursal O Agencia	Celular sucursal o agencia
Departamento Sucursal O Agencia	Correo Sucursal O Agencia	Ciudad Sucursal O Agencia

REPRESENTANTE LEGAL		
Primer Apellido:	Segundo Apellido:	Nombres:
Tipo De Documento	No. De Identificación	Fecha De Nacimiento
Lugar De Nacimiento	Fecha De Expedición	Lugar De Expedición
Dirección:	Ciudad	Departamento
Teléfono	Celular	Profesión/Ocupación

RESPONDA SI O NO A LAS SIGUIENTES PREGUNTAS		
¿Administra recursos públicos?	<u>NO</u>	¿Tienen reconocimiento público?
¿Tiene vínculo con una persona considerada PEP?	<u>NO</u>	¿Tiene grado de poder público?
		<u>NO</u>

Esta información es confidencial y será utilizada para dar cumplimiento a las Circulares externas 09 del 21 de Abril de 2016 y 05 de 17 de Septiembre de 2021, expedida por la Superintendencia Nacional de Salud

"Tu Salud, Nuestro Compromiso"
Documento controlado. Una vez impreso o descargado este documento se considera copia.

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO		
	"HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES"		
	TIPO DE DOCUMENTO	NOMBRE	
	FORMATO	FORMATO ÚNICO DE CONOCIMIENTO SARLAFT/PDAM	
	CÓDIGO	VERSIÓN	FECHA ELABORACION
A-FIN-CON-F-001	1	09/03/2023	ÁREA O PROCESO QUE LO GENERA GESTIÓN DE CONTABILIDAD PAGINA 3 de 4

Relación de accionistas o asociados que tengan directa o indirectamente más del 5% del capital social, aporte o participación.
(Adjuntar relación si los campos son insuficientes)

Razón Social O Nombres Y Apellidos	Tipo De Documento	No. De Documento
Porcentaje De Participación	Dirección	Teléfono

RESPONDA SI O NO A LAS SIGUIENTES PREGUNTAS

¿Administra recursos públicos? _____ ¿Tienen reconocimiento público? _____ ¿Tiene grado de poder público? _____
¿Tiene vínculo con una persona considerada PEP? _____

JUNTA DIRECTIVA (Adjuntar relación si los campos son insuficientes)

Nombres Y Apellidos	Tipo De Documento	No. De Documento
Correo	Dirección	Teléfono

RESPONDA SI O NO A LAS SIGUIENTES PREGUNTAS

¿Administra recursos públicos? _____ ¿Tienen reconocimiento público? _____ ¿Tiene grado de poder público? _____
¿Tiene vínculo con una persona considerada PEP? _____

PERSONAS PÚBLICAMENTE EXPUESTAS PEP

Nombres Y Apellidos	Tipo De Documento	No. De Documento
Correo	Dirección	Teléfono

RESPONDA SI O NO A LAS SIGUIENTES PREGUNTAS

¿Administra recursos públicos? _____ ¿Tienen reconocimiento público? _____ ¿Tiene grado de poder público? _____
¿Tiene vínculo con una persona considerada PEP? _____

2. INFORMACIÓN FINANCIERA

Total Activos \$ 160.000.000	Total Pasivos \$ 13.400.000	Total Patrimonio \$ 146.600.000
Ingresos Mensuales \$ 3.817.000	Egresos Mensuales \$ 3.500.000	Otros Ingresos \$ 0

Corte De Información Financiera

Esta información es confidencial y será utilizada para dar cumplimiento a las Circulares externas 09 del 21 de Abril de 2016 y 05 de 17 de Septiembre de 2021, expedida por la Superintendencia Nacional de Salud

"Tu Salud, Nuestro Compromiso"

Documento controlado. Una vez impreso o descargado este documento se considera copia.

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO "HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES"		
	TIPO DE DOCUMENTO	NOMBRE	ÁREA O PROCESO QUE LO GENERA
	FORMATO	FORMATO ÚNICO DE CONOCIMIENTO SARLAFT/PDAM	GESTIÓN DE CONTABILIDAD
	CÓDIGO	VERSIÓN	FECHA ELABORACION
	A-FIN-CON-F-001	1	09/03/2023
			PAGINA
			4 de 4

3. OPERACIONES INTERNACIONALES		
Realiza negocios en moneda extranjera	NO	Tipo de transacciones
		¿Cuál?

PRODUCTOS FINANCIEROS EN MONEDA EXTRANJERA						
Tipo De Producto	No. De Producto	Entidad	Monto	Ciudad	País	Moneda

4. DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS

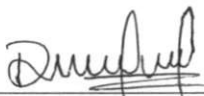
- DECLARO EXPRESAMENTE QUE:**
- Los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes:
producto de ingreso economico por Trabajo como psicologa
 - Tanto mi actividad, profesión u oficio es lícita y la ejerzo dentro del marco legal. Los recursos que poseo no provienen de actividades ilícitas contempladas en el código penal colombiano o cualquier norma que adicione o modifique.
 - La información que he suministrado en este documento es veraz y verificable y me obligo a actualizarla en cada proceso contractual o anualmente
 - De manera irrevocable autorizo a la E.S.E. Hospital Nuestra Señora de las Mercedes de Funza, para solicitar, consultar, procesar, suministrar y reportar o divulgar a cualquier entidad con la que mantenga una relación comercial vigente, o que se encuentre debidamente autorizada para manejar o administrar bases de datos, incluidas las entidades gubernamentales, la información contenida en este formulario
 - Los recursos que se deriven del desarrollo de relaciones de este contrato, no se destinarán a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas ni a la proliferación de armas de destrucción masiva.
 - Eximimos a la ESE Hospital Nuestra Señora de las Mercedes de Funza, su representante legal y administradores, de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que se hubiere proporcionado en este documento o de la violación del mismo.

5. DOCUMENTOS REQUERIDOS

- Fotocopia de documento de identidad personal natural o persona jurídica
- Fotocopia de documento de identidad personal del representante legal
- Certificado de existencia y representación legal con vigencia no superior a dos meses para personas jurídicas

6. FIRMA Y HUELLA

Como constancia de haber leído, entendido y aceptado lo anterior, declaro que la información que he suministrado es exacta en todas sus partes y firmo el siguiente documento:


 FIRMA


 HUELLA

Esta información es confidencial y será utilizada para dar cumplimiento a las Circulares externas 09 del 21 de Abril de 2016 y 05 de 17 de Septiembre de 2021, expedida por la Superintendencia Nacional de Salud

"Tu Salud, Nuestro Compromiso"
Documento controlado. Una vez impreso o descargado este documento se considera copia.

DIAN		Formulario del Registro Único Tributario		001	
2. Concepto 0 2 Actualización				4. Número de formulario 141227694774	
				 (415)7707212489984(8020) 000014122769477 4	
5. Número de Identificación Tributaria (NIT) 5 2 9 8 5 4 2 5		6. DV 2	12. Dirección seccional Impuestos de Bogotá		14. Buzón electrónico 3 2
IDENTIFICACIÓN					
24. Tipo de contribuyente Persona natural o sucesión ilíquida 2		25. Tipo de documento Cédula de Ciudadanía 1 3		26. Número de Identificación 5 2 9 8 5 4 2 5	
Lugar de expedición 28. País COLOMBIA 1 6 9		29. Departamento Bogotá D.C. 1 1		30. Ciudad/Municipio Bogotá, D.C. 0 0 1	
31. Primer apellido IZQUIERDO		32. Segundo apellido MARIN		33. Primer nombre DIANA	
34. Otros nombres MARCELA					
35. Razón social					
36. Nombre comercial					
37. Sigla					
UBICACIÓN					
38. País COLOMBIA 1 6 9		39. Departamento Cundinamarca 2 5		40. Ciudad/Municipio Funza 2 8 6	
41. Dirección principal CR 22 10 80 TO 3 AP 302					
42. Correo electrónico psicologia.dmim@gmail.com					
43. Código postal		44. Teléfono 1 3 1 3 8 5 6 1 5 9 4		45. Teléfono 2 6 0 1 8 2 3 5 6 7 4	
CLASIFICACIÓN					
Actividad económica				Ocupación	
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades	
46. Código 8 7 2 0	47. Fecha inicio actividad 2 0 1 8 0 2 0 1	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código 1 2	51. Código
52. Número establecimientos					
Responsabilidades, Calidades y Atributos					
53. Código 4 9					
49 - No responsable de IVA					
Usuarios aduaneros					Exportadores
54. Código 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20					55. Forma 56. Tipo Servicio 1 2 3 57. Modo 58. CPC
IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación					
Para uso exclusivo de la DIAN					
59. Anexos SI NO X		60. No. de Folios: 0			
La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012. Firma del solicitante:			Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice. Firma autorizada: 984. Nombre IZQUIERDO MARIN DIANA MARCELA 985. Cargo CONTRIBUYENTE		

SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	GESTIÓN CONTRACTUAL	 FUNZA ALCALDÍA DE	11-FR-79
	FORMATO CERTIFICACIÓN CONTRATO		Versión: 01
			Fecha: 2023-05-03

N° 1340

**LA SUSCRITA SECRETARIA JURÍDICA DEL MUNICIPIO DE FUNZA
CERTIFICA:**

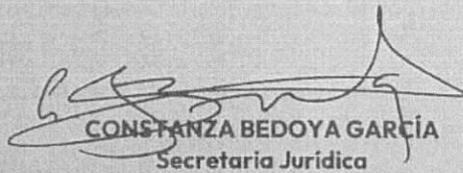
Que de conformidad con los archivos que reposan en la entidad, el (la) señor (a) **IZQUIERDO MARIN DIANA MARCELA** identificado (a) con cédula de ciudadanía No. **52985425** suscribió con el Municipio de Funza, Cundinamarca, los siguientes contratos:

Nombre del Contratante:	MUNICIPIO DE FUNZA
NIT:	899999433-5
Nombre del Contratista:	IZQUIERDO MARIN DIANA MARCELA
Identificación:	52985425
Tipo de Contrato:	CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES
Número del Contrato:	CPS-0211-2025
Fecha Inicio del contrato:	22/01/2025
Fecha de Terminación del Contrato:	19/12/2025
Estado:	TERMINADO
Valor inicial:	\$37,800,000.00
Valor adiciones:	\$3,528,000.00
Valor total:	\$41,328,000.00
Valor ejecutado:	\$37,800,000.00
Objeto	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA LA GESTIÓN INTEGRAL DE RIESGOS EN SALUD MENTAL Y LA CONVIVENCIA SOCIAL EN EL MUNICIPIO DE FUNZA.
Obligaciones:	1. REALIZAR SEMANALMENTE SEGUIMIENTO Y ACTIVACIÓN DE RUTAS A LOS EVENTOS DE INTERÉS EN SALUD MENTAL REPORTADOS POR EL SISTEMA DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA (SIVIGILA), DE ACUERDO CON LOS LINEAMIENTOS DEPARTAMENTALES Y MUNICIPALES. 2. REALIZAR BIMENSUALMENTE UNA VISITA PRESENCIAL A LA COMISARÍA DE FAMILIA DEL MUNICIPIO, PARA VERIFICAR EL SEGUIMIENTO OPORTUNO DEL EVENTO DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR. 3. REALIZAR UNA ASISTENCIA TÉCNICA A LAS UNIDADES PRIMARIAS GENERADORAS DE DATOS (UPGD), EN LOS PROTOCOLOS DE INTENTO SUICIDA, CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS Y VIOLENCIAS, DE ACUERDO A LOS LINEAMIENTOS DEL INSTITUTO NACIONAL DE SALUD. 4. LLEVAR A CABO MENSUALMENTE EL COMITÉ DEL BUEN TRATO, DE ACUERDO A LINEAMIENTOS DEPARTAMENTALES Y MUNICIPALES. 5. ELABORAR Y HACER SEGUIMIENTO A LOS PLANES DE ACCIÓN DE PREVENCIÓN DE CONDUCTA SUICIDA Y VIOLENCIA INTRAFAMILIAR, DE ACUERDO A

SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	GESTIÓN CONTRACTUAL	 ALCALDIA DE FUNZA	11-FR-79
	FORMATO CERTIFICACIÓN CONTRATO		Versión: 01
			Fecha: 2023-05-03

	LINEAMIENTOS DEPARTAMENTALES Y MUNICIPALES. 6. APOYAR MENSUALMENTE LA APLICACIÓN DEL INSTRUMENTO PSICOSOCIAL PARA LA IDENTIFICACIÓN DE FACTORES DE RIESGOS PSICOSOCIALES A POBLACIÓN DIAGNOSTICADA CON TUBERCULOSIS, MEDIANTE EL SISTEMA DE SALUD PÚBLICA (SIVIGILA), DE CONFORMIDAD CON LA NORMATIVIDAD VIGENTE. 7. APOYAR LA IMPLEMENTACIÓN DE LA POLÍTICA PÚBLICA DE SALUD MENTAL, DE ACUERDO A LAS ACCIONES ESTABLECIDAS EN EL PLAN DE ACCIÓN. 8. ARTICULAR MENSUALMENTE ACCIONES CON LA ESTRATEGIA DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD, PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO DE CASOS DE SALUD MENTAL. 9. APOYAR LA CONMEMORACIÓN DE LA SEMANA DE LA SALUD MENTAL, DE ACUERDO A LINEAMIENTOS NACIONALES, DEPARTAMENTALES Y MUNICIPALES. 10. ASISTIR Y APOYAR EN EL REPORTE DE LOS PLANES DE ACCIÓN, MATRICES DE SEGUIMIENTO Y DEMÁS REQUERIMIENTOS REALIZADOS POR LOS SUB-COMITÉS DE: PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN, ATENCIÓN INTEGRAL Y PROTECCIÓN DEL MECANISMO ARTICULADOR PARA LA PREVENCIÓN DE VIOLENCIAS POR RAZONES DE GÉNERO. 11. APOYAR LA CONVOCATORIA, LOGÍSTICA Y PARTICIPACIÓN DE LAS CAMPAÑAS, JORNADAS Y FERIAS PROGRAMADAS POR LA SECRETARÍA DE SALUD, Y PARTICIPAR DE LOS COMITÉS, MESAS DE TRABAJO Y REUNIONES CONVOCADAS POR LA SUPERVISIÓN. 12. ELABORAR Y CONSOLIDAR INFORMES, CONCEPTOS, PRESENTACIONES Y DEMÁS DOCUMENTOS, QUE SEAN REQUERIDOS EN RELACIÓN AL OBJETO CONTRACTUAL. 13. APOYAR LA GESTIÓN DE LAS PETICIONES, QUEJAS O RECLAMOS QUE INGRESAN AL BUZÓN DE USUARIO DEL SISTEMA DE GESTIÓN DOCUMENTAL, CON RELACIÓN AL OBJETO CONTRACTUAL. 14. PARTICIPAR EN EL COMITÉ MUNICIPAL DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA Y APOYAR LAS ACTIVIDADES DEL EQUIPO DE RESPUESTA INMEDIATA (ERI) PARA LA ATENCIÓN Y CONTENCIÓN DE TODOS LOS BROTES RELACIONADOS CON LOS EVENTOS DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA, EMERGENCIAS QUE AFECTEN LA SALUD DE LA POBLACIÓN Y RESPUESTA A LOS EVENTOS DE INTERÉS INTERNACIONAL CONTENIDOS EN EL REGISTRO SANITARIO INTERNACIONAL (RS), DE ACUERDO CON LOS LINEAMIENTOS DADO POR EL SUPERVISOR
--	---

La presente certificación se expide por solicitud del interesado, se firma en el municipio de Funza, Cundinamarca, a los 15 (quince) días del mes de enero del año dos mil veintiséis.


CONSTANZA BEDOYA GARCÍA
 Secretaria Jurídica

	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	CARGO	FIRMA	FECHA
Revisó	Wendy Bonilla Medina	Profesional Especializado		15/01/2026
Proyectó	Nelson David Reyes	Auxiliar Administrativo		15/01/2026

SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	GESTIÓN CONTRACTUAL	 FUNZA ALCALDÍA DE	11-FR-79
	FORMATO CERTIFICACIÓN CONTRATO		Versión: 01
			Fecha: 2023-05-03

N° 541

**LA SUSCRITA SECRETARIA JURÍDICA DEL MUNICIPIO DE FUNZA
CERTIFICA:**

Que de conformidad con los archivos que reposan en la entidad, el (la) señor (a) **IZQUIERDO MARIN DIANA MARCELA** identificado (a) con cédula de ciudadanía No. **52985425** suscribió con el Municipio de Funza, Cundinamarca, los siguientes contratos:

Nombre del Contratante:	MUNICIPIO DE FUNZA
NIT:	899999433-5
Nombre del Contratista:	IZQUIERDO MARIN DIANA MARCELA
Identificación:	52985425
Tipo de Contrato:	CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES
Número del Contrato:	CPS20240957
Fecha Inicio del contrato:	23/07/2024
Fecha de Terminación del Contrato:	20/12/2024
Estado:	TERMINADO
Valor inicial:	\$14,400,000.00
Valor adiciones:	\$3,360,000.00
Valor total:	\$17,760,000.00
Valor ejecutado:	\$17,760,000.00
Objeto	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA LA GESTIÓN INTEGRAL DE RIESGOS EN LA SALUD MENTAL Y LA CONVIVENCIA SOCIAL EN EL MUNICIPIO DE FUNZA.
Obligaciones:	1.REALIZAR SEMANALMENTE, SEGUIMIENTO Y ACTIVACIÓN DE RUTAS A LOS EVENTOS DE INTERÉS EN SALUD MENTAL REPORTADOS POR EL SISTEMA DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA (SIVIGILA), DE ACUERDO CON LOS LINEAMIENTOS DEPARTAMENTALES Y MUNICIPALES. 2.REALIZAR BIMENSUALMENTE UNA VISITA PRESENCIAL A LA COMISARÍA DE FAMILIA DEL MUNICIPIO, PARA VERIFICAR EL SEGUIMIENTO OPORTUNO DEL EVENTO DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR. 3.REALIZAR UNA ASISTENCIA TÉCNICA A LAS UNIDADES PRIMARIAS GENERADORAS DE DATOS (UPGD), EN LOS PROTOCOLOS DE INTENTO SUICIDA, CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS Y VIOLENCIAS, DE ACUERDO A LOS LINEAMIENTOS DEL INSTITUTO NACIONAL DE SALUD. 4.LLEVAR A CABO MENSUALMENTE EL COMITÉ DEL BUEN TRATO, DE ACUERDO A LINEAMIENTOS DEPARTAMENTALES Y MUNICIPALES. 5.ELABORAR Y HACER SEGUIMIENTO A LOS PLANES DE ACCIÓN DE PREVENCIÓN DE CONDUCTA SUICIDA Y VIOLENCIA INTRAFAMILIAR, DE ACUERDO A

CP 250020 / Dir. Carrera 14 No. 13-05 Funza
Tel: 8234070 / 8234071 / 8234072/ 8234073 Fax: 8257620
Página web: www.funza-cundinamarca.gov.co

SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	GESTIÓN CONTRACTUAL	 ALCALDÍA DE FUNZA	11-FR-79
	FORMATO CERTIFICACIÓN CONTRATO		Versión: 01
			Fecha: 2023-05-03

	LINEAMIENTOS DEPARTAMENTALES Y MUNICIPALES. 6.APOYAR MENSUALMENTE LA APLICACIÓN DEL INSTRUMENTO PSICOSOCIAL PARA LA IDENTIFICACIÓN DE FACTORES DE RIESGOS PSICOSOCIALES A POBLACIÓN DIAGNOSTICADA TUBERCULOSIS, MEDIANTE EL SISTEMA DE SALUD PÚBLICA (SIVIGILA), DE CONFORMIDAD CON LA NORMATIVIDAD VIGENTE. 7.APOYAR LA IMPLEMENTACIÓN DE LA POLÍTICA PÚBLICA DE SALUD MENTAL, DE ACUERDO A LAS ACCIONES ESTABLECIDAS EN EL PLAN DE ACCIÓN. 8.ARTICULAR MENSUALMENTE, ACCIONES CON LA ESTRATEGIA DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD, PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO DE CASOS DE SALUD MENTAL. 9.ASISTIR Y APOYAR EN EL REPORTE DE LOS PLANES DE ACCIÓN, MATRICES DE SEGUIMIENTO Y DEMÁS REQUERIMIENTOS REALIZADOS POR LOS COMITÉS DE: SUB-COMITÉ DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN DE VIOLENCIAS, SUB COMITÉ DE ACCESO A LA JUSTICIA, SUB- COMITÉ DE SISTEMA DE INFORMACIÓN Y COMITÉ MUNICIPAL DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS. 10.APOYAR LA CONVOCATORIA, LOGÍSTICA Y PARTICIPACIÓN DE LAS CAMPAÑAS, JORNADAS Y FERIAS PROGRAMADAS POR LA SECRETARÍA DE SALUD, Y PARTICIPAR DE LOS COMITÉS, MESAS DE TRABAJO Y REUNIONES CONVOCADAS POR LA SUPERVISIÓN. 11.ELABORAR Y CONSOLIDAR INFORMES, CONCEPTOS, PRESENTACIONES Y DEMÁS DOCUMENTOS, QUE SEAN REQUERIDOS EN RELACIÓN AL OBJETO CONTRACTUAL. 12.APOYAR LA GESTIÓN DE LAS PETICIONES, QUEJAS O RECLAMOS QUE INGRESAN AL BUZÓN DE USUARIO DEL SISTEMA DE GESTIÓN DOCUMENTAL, CON RELACIÓN AL OBJETO CONTRACTUAL. 13 APOYAR LAS ACTIVIDADES DEL EQUIPO DE RESPUESTA INMEDIATA (ERI) PARA LA ATENCIÓN Y CONTENCIÓN DE TODOS LOS BROTES RELACIONADOS CON LOS EVENTOS DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA, EMERGENCIAS QUE AFECTEN LA SALUD DE LA POBLACIÓN Y RESPUESTA A LOS EVENTOS DE INTERÉS INTERNACIONAL CONTENIDOS EN EL REGISTRO SANITARIO INTERNACIONAL (RS), DE ACUERDO CON LOS LINEAMIENTOS DADO POR EL SUPERVISOR
--	---

La presente certificación se expide por solicitud del interesado, se firma en el municipio de Funza, Cundinamarca, a los (10) diez días del mes de abril del año dos mil veinticinco.


CONSTANZA BEDOYA GARCÍA
 Secretaria Jurídica

	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	CARGO	FIRMA	FECHA
Revisó	Wendy Bonilla Medina	Profesional Especializado		10/04/2025
Proyectó	Nelson David Reyes	Auxiliar Administrativo		10/04/2025

CP 250020 / Dir. Carrera 14 No. 13-05 Funza
 Tel: 8234070 / 8234071 / 8234072 / 8234073 Fax: 8257620
 Página web: www.funza-cundinamarca.gov.co

SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	GESTIÓN CONTRACTUAL		11-FR-79
	FORMATO CERTIFICACIÓN CONTRATO		Versión: 01
			Fecha: 2023-05-03

Nº 540

**LA SUSCRITA SECRETARIA JURÍDICA DEL MUNICIPIO DE FUNZA
CERTIFICA:**

Que de conformidad con los archivos que reposan en la entidad, el (la) señor (a) **IZQUIERDO MARIN DIANA MARCELA** identificado (a) con cédula de ciudadanía No. **52985425** suscribió con el Municipio de Funza, Cundinamarca, los siguientes contratos:

Nombre del Contratante:	MUNICIPIO DE FUNZA
NIT:	899999433-5
Nombre del Contratista:	IZQUIERDO MARIN DIANA MARCELA
Identificación:	52985425
Tipo de Contrato:	CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES
Número del Contrato:	CPS20240452
Fecha Inicio del contrato:	02/04/2024
Fecha de Terminación del Contrato:	11/07/2024
Estado:	LIQUIDADO
Valor inicial:	\$12,000,000.00
Valor adiciones:	\$0.00
Valor total:	\$12,000,000.00
Valor ejecutado:	\$12,000,000.00
Objeto	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA LA GESTIÓN INTEGRAL DE RIESGOS EN SALUD PÚBLICA, DE LA CONVIVENCIA SOCIAL Y SALUD MENTAL, DE LA POBLACIÓN DEL MUNICIPIO DE FUNZA.
Obligaciones:	1. SUSCRIBIR DE FORMA CONJUNTA CON EL SUPERVISOR DESIGNADO EL ACTA DE INICIO. 2. REALIZAR SEMANALMENTE SEGUIMIENTO Y ACTIVACIÓN DE RUTAS DE ATENCIÓN INTEGRAL, A LOS EVENTOS DE INTERÉS EN SALUD MENTAL REPORTADOS POR EL SISTEMA DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA (SIVIGILA), DE ACUERDO CON LOS LINEAMIENTOS DEPARTAMENTALES Y MUNICIPALES. 3. REALIZAR BIMENSUALMENTE UNA VISITA PRESENCIAL A LA COMISARÍA DE FAMILIA DEL MUNICIPIO, PARA VERIFICAR EL SEGUIMIENTO OPORTUNO DE LOS CASOS DE VIOLENCIA. 4. REALIZAR UNA ASISTENCIA TÉCNICA A LAS UNIDADES PRIMARIAS GENERADORAS DE DATOS (UPGD), EN LOS PROTOCOLOS DE INTENTO SUICIDA, CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS Y VIOLENCIAS, DE ACUERDO A LOS LINEAMIENTOS DEL INSTITUTO NACIONAL DE SALUD. 5. ELABORAR Y HACER SEGUIMIENTO A LOS PLANES DE ACCIÓN DE PREVENCIÓN DE CONDUCTA SUICIDA, SUSTANCIAS

CP 250020 / Dir. Carrera 14 No. 13-05 Funza
Tel: 8234070 / 8234071 / 8234072 / 8234073 Fax: 8257620
Página web: www.funza-cundinamarca.gov.co

SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	GESTIÓN CONTRACTUAL	 ALCALDIA DE FUNZA	11-FR-79
	FORMATO CERTIFICACIÓN CONTRATO		Versión: 01
			Fecha: 2023-05-03

	PSICOACTIVAS Y VIOLENCIA INTRAFAMILIAR, DE ACUERDO A LINEAMIENTOS DEPARTAMENTALES Y MUNICIPALES. 6. APOYAR MENSUALMENTE EL DESARROLLO DEL COMITÉ DEL BUEN TRATO, Y TRIMESTRALMENTE EL COMITÉ DE PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS, DE ACUERDO A LINEAMIENTOS DEPARTAMENTALES Y MUNICIPALES. 7. APOYAR MENSUALMENTE, CON LA APLICACIÓN DEL INSTRUMENTO PSICOSOCIAL PARA IDENTIFICAR FACTORES DE RIESGO DE NO ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO A TODAS LAS PERSONAS NOTIFICADAS POR SISTEMA DE SALUD PÚBLICA (SIVIGILA) CON TUBERCULOSIS, DE CONFORMIDAD CON LA NORMATIVIDAD VIGENTE. 8. APOYAR LA GESTIÓN DE LAS PETICIONES, QUEJAS O RECLAMOS QUE INGRESAN AL BUZÓN DE USUARIO DEL SISTEMA DE GESTIÓN DOCUMENTAL, CON RELACIÓN AL OBJETO CONTRACTUAL. 9. APOYAR LA IMPLEMENTACIÓN DE LA POLÍTICA PÚBLICA DE SALUD MENTAL, DE ACUERDO A LAS ACCIONES ESTABLECIDAS EN EL PLAN DE ACCIÓN. 10. ARTICULAR MENSUALMENTE, ACCIONES CON LA ESTRATEGIA DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD, PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO DE CASOS DE SALUD MENTAL. 11. PARTICIPAR MENSUALMENTE, EN EL COMITÉ DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA MUNICIPAL. 12. APOYAR LA CONVOCATORIA, LOGÍSTICA Y PARTICIPACIÓN DE LAS CAMPAÑAS Y/O JORNADAS, PROGRAMADAS POR LA SECRETARÍA DE SALUD. 13. APOYAR EL DESARROLLO E IMPLEMENTACIÓN DE LA RUTA DE ATENCIÓN A PERSONAS HABITANTES DE CALLE, DE ACUERDO A LA POLÍTICA PÚBLICA SOCIAL DE HABITANTE DE CALLE. 14. ELABORAR Y CONSOLIDAR INFORMES, CONCEPTOS, PRESENTACIONES Y DEMÁS DOCUMENTOS, QUE SEAN REQUERIDOS EN RELACIÓN AL OBJETO CONTRACTUAL. 15. APOYAR LA COORDINACIÓN DEL COMITÉ INTERSECTORIAL MUNICIPAL PARA LA PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA POR RAZONES DE SEXO Y GENERO DE LAS MUJERES, NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES, DEL MUNICIPIO DE FUNZA. 16. APOYAR LAS ACTIVIDADES DEL EQUIPO DE RESPUESTA INMEDIATA (ERI) PARA LA ATENCIÓN Y CONTENCIÓN DE TODOS LOS BROTES RELACIONADOS CON LOS EVENTOS DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA, EMERGENCIAS QUE AFECTEN LA SALUD DE LA POBLACIÓN Y RESPUESTA A LOS EVENTOS DE INTERÉS INTERNACIONAL CONTENIDOS EN EL REGISTRO SANITARIO INTERNACIONAL (RS), DE ACUERDO CON LOS LINEAMIENTOS DADO POR EL SUPERVISOR.
--	---

La presente certificación se expide por solicitud del interesado, se firma en el municipio de Funza, Cundinamarca, a los (10) diez días del mes de abril del año dos mil veinticinco.


CONSTANZA BEDOYA GARCÍA
 Secretaria Jurídica

	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	CARGO	FIRMA	FECHA
Revisó	Wendy Bonilla Medina	Profesional Especializado		10/04/2025
Proyectó	Nelson David Reyes	Auxiliar Administrativo		10/04/2025

CP 250020 / Dir. Carrera 14 No. 13-05 Funza
 Tel: 8234070 / 8234071 / 8234072 / 8234073 Fax: 8257620
 Página web: www.funza-cundinamarca.gov.co



República de Colombia
Colegio Colombiano de Psicólogos

Tarjeta Profesional de Psicólogo

Ley 1090 de 2006

No. 166676

DIANA MARCELA IZQUIERDO MARIN

C.C. 52.985.425



Expedida: 2016-12-15

IDentico S.A.S.

Esta tarjeta profesional es personal e intransferible y acredita a su portador como PSICÓLOGO de conformidad con los Artículos 6 y 12 de la Ley 1090 de 2006 y es requisito legal para el ejercicio profesional en Colombia.

Si esta tarjeta es encontrada, agradecemos enviarla al Colegio Colombiano de Psicólogos.

Presidente

www.colpsic.org.co



*República de Colombia
Ministerio de Educación Nacional*



*La Universidad Nacional Abierta y a Distancia - UNAD
Ley 52 de 1981, Ley 396 de 1997 y Decreto 2770 de 2006*

Teniendo en cuenta que

DIANA MARCELA IZQUIERDO MARIN

Cédula de Ciudadanía No. 52985425 de Bogotá, D.C.

*Cumplió satisfactoriamente los requisitos académicos exigidos
por la Institución, de conformidad con las normas legales
y reglamentarias vigentes, le otorga el título de*

PSICÓLOGO

Dado en Bogotá D.C. el día 18 de diciembre de 2015

Rector

Decano Escuela

Secretario General

*Acta de Grado N° 5655
Fecha 18 de diciembre de 2015
Registro de Diploma 74058
Libro 18, Folio 34*

Ministerio de Educación Nacional

ACTA DE GRADO No. 5655

ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES, ARTES Y HUMANIDADES

En ceremonia realizada el día 18 de Diciembre de 2015 en la ciudad de Bogotá D.C. y presidida por el Doctor Carlos Andrés Vanegas Torres, Director del CENTRO JOSÉ ACEVEDO Y GÓMEZ, previa delegación de la Rectoría, una vez tomado el juramento reglamentario, confirió el título de:

PSICÓLOGO
REGISTRO ICFES - M.E.N. 3274

A:

DIANA MARCELA IZQUIERDO MARIN

Identificada con Cédula de Ciudadanía No. 52985425 de Bogotá, D.C., quien cumplió satisfactoriamente con los requisitos exigidos en los Reglamentos y Normas Legales, habiendo aprobado el trabajo de grado titulado:

**OPCIÓN DE GRADO: DIPLOMADO DE PROFUNDIZACIÓN PARA GRADO
EN DESARROLLO HUMANO Y FAMILIA: FLORECIMIENTO DE UNA NUEVA
FORMA DE COMUNICACIÓN FAMILIAR.**

Y le otorgó el diploma que lo acredita como tal.

En fe de lo anterior se firma la presente Acta de Grado, en Bogotá D.C., a los 18 días del mes de Diciembre de 2015

Anotado en el libro de actas No. 17
Registro de Diploma 74058, Libro 18, Folio 34



Decano Escuela



Secretario General



La República de Colombia

El Ministerio de Educación Nacional
y en su nombre 'EL

Colegio Distrital

Juan Lozano y Lozano

Autorizado por El Ministerio de Educación Nacional
Según Resoluciones No 6817 y 6818 del 10 de Junio de 1988

Confiere a:

Diana Marcela Izquierdo Marin

Identificado con C.E. No 832199-10259 De Santafé de Bogotá

El Título de

Bachiller Académico

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al nivel de
Educación Media Vocacional, según los planes y programas vigentes

Rector

Secretaria



Anotado al Folio No. _____ del Libro de registro para Control Interno No. _____

Dado en Santafé de Bogotá, D.C., a 27 de Dic de 1999

* No requiere registro, según decreto 921 del 6 de Mayo de 1994 *

Templeado lido.



Acta Individual de Grado

COLEGIO DISTRITAL JUAN LOZANO Y LOZANO

Jornada Mañana

Calle 140 No. 100 - 30

Tels. 682 28 49 - 682 29 10

Santafé de Bogotá D. C.

Inscripcion S.E. 3418

DANE 11176903416

En la ciudad de Santafé de Bogotá D.C. a los 27 días del mes de Noviembre del año 1999 se reunieron, con el fin de formalizar la graduación de los alumnos de último grado, los suscritos Rector y Secretaria en la Rectoría del COLEGIO DISTRITAL JUAN LOZANO Y LOZANO, Institución aprobada hasta Nueva Visita en el Nivel de Educación Media Vocacional y autorizada por el Ministerio de Educación Nacional, para otorgar el Título de Bachiller Académico, según Resolución No. 6817 del 10 de Junio de 1988.

Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Vocacional, se procedió a otorgar el TITULO DE BACHILLER ACADEMICO al graduando cuyos nombres, apellidos y número del documento de identidad se relacionan a continuación:

Diana Marcela Izquierdo Marin

T.I. 830109-10059 Santafé de Bogotá

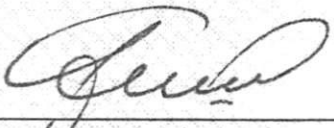
Es fiel copia tomada del Acta original general No. 13 del 27 de Noviembre de 1999, que consta de 107 alumnos; que comienza con el nombre de: ACUÑA GALAN BIBIANA y cierra con el nombre de: VELANDIA CAMELO ARNOLD CAMILO.

Firmada y sellada por:

Guillermo Navarrera León (Rector) y Marlen Mora (Secretaria)

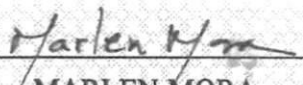
Dada en Santafé de Bogotá, D.C., a los 27 días del mes de Noviembre de 1999.

(Firmado y sellado)


GUILLERMO NAVARRERA LEON

Rector

C.C. 5'554.750 Bucaramanga


MARLEN MORA

Secretaria

C.C. 41'680.771 Santafé de Bogotá

ReTHUS

A continuación diligencie la identificación o nombre y apellido de la persona a consultar en el Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud.

Tipo de Identificación * Número de Identificación * Primer Nombre Primer Apellido

Cedula de Ciudadanía 52985425 DIANA IZQUIERDO

Confirme los números de la imagen *



Cambiar

7664

Verificar Registro en ReTHUS

Limpiar

Resultado General -2026-06-26--2:51:49 PM

Tipo de Identificación	Número de Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado de Identificación	Detalles
CC	52985425	DIANA	MARCELA	IZQUIERDO	MARIN	Vigente	Ver

De conformidad con los artículos 100 y 101 del Decreto Ley 2106 de 2019, una vez revisadas las bases de datos del Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud se constató que el (la) señor(a) DIANA MARCELA IZQUIERDO MARIN identificado(a) con CC 52985425 registra la siguiente información:

2026-06-26--2:51:49 PM

Información Académica

Tipo Programa	Origen de la Formación	Profesión u Ocupación	Fecha Inicio de Formación	Acto Administrativo	Entidad Registradora
UNV	Local	PSICOLOGIA	2017-03-07	2687	DTS SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD

La información dispuesta se encuentra en proceso de actualización de conformidad con lo señalado por el Ministerio de Salud y Protección Social. El talento humano en salud puede continuar ejerciendo su profesión u ocupación del área de la salud, presentando los documentos que acreditaron el cumplimiento de los requisitos que se encontraban vigentes (Resolución de autorización de ejercicio en todo el territorio nacional, expedida por este Ministerio o por una Secretaría de Salud, y según la profesión, tarjeta profesional, matrícula profesional, etc.). Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (ReTHUS).



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Resolución No 2687 de 07/03/2017

Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C

Por la cual se autoriza el ejercicio de una profesión en el Territorio Nacional.

LA DIRECCION DE CALIDAD DE SERVICIOS DE SALUD

En uso de sus facultades legales y en especial las conferidas por el Decreto 780 de 2016, Ley 1164 de 2007 y Resolución 3030 de 2014 del Ministerio de Salud y Protección Social y,

CONSIDERANDO

Que el(la) señor(a) IZQUIERDO MARIN DIANA MARCELA Identificado(a) con CC número 52985425 expedida en BOGOTÁ D.C solicitó ante esta Secretaría la autorización del ejercicio de su profesión según TITULO de PSICOLOGO(A) otorgado por LA UNIVERSIDAD NACIONAL ABIERTA Y A DISTANCIA UNAD el día 18/12/2015 y registrado en el libro 18 Folio 34 año 2015.

Que estudiada la documentación presentada por el solicitante esta cumple con los requisitos establecidos en las normas legales vigentes;

En virtud de lo expuesto este Despacho,

RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO: Autorizar a IZQUIERDO MARIN DIANA MARCELA identificado(a) con CC número 52985425 expedida en BOGOTÁ D.C para ejercer la profesión de PSICOLOGO(A) en el Territorio Nacional.

ARTICULO SEGUNDO: A partir de la expedición de la presente resolución, quedara inscrito en el registro Único Nacional del Talento Humano en salud (RETHUS).

COMUNIQUESE, Y CÚMPLASE

Dada en Bogotá, D.C. a los 07/03/2017

Original Firmado Por
Rosmira Mosquera Padilla

ROSMIRA MOSQUERA PADILLA.
Directora de Calidad de Servicios de Salud.

Revisó :Sebastián Quiroz L.
Elaboró :Victor Sánchez

Bogotá, D.C. 22-Junio-2017
A la fecha notifiqué personalmente al
señor (a) Diana Marcela Izquierdo
CC. # 52.985.425
Firma Rosmira Mosquera Padilla

Cra. 32 No. 12-81
Tel.: 364 9090
www.saludcapital.gov.co
Info: 364 9666



**BOGOTÁ
MEJOR
PARA TODOS**

ESCUELA DE FORMACIONES TÉCNICAS FORMATÉS

NIT: 900071364-4, Resolución 110264 del 12 de junio de 2024, 08-014 del 26 de enero de 2026 emitidas por la Secretaría de Educación, Acuerdos 00357 del 12 diciembre de 2016, 0285 del 10 noviembre de 2017 del Ministerio de Protección Social. "Educación para el trabajo y Desarrollo Humano"



CERTIFICA QUE:

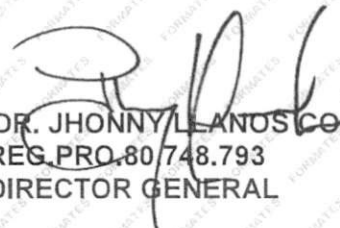
DIANA MARCELA IZQUIERDO MARIN

C.C. No. 52.985.425 DE BOGOTÁ D.C.

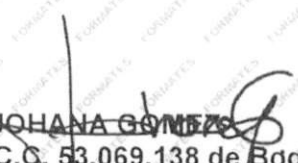
**ASISTIÓ AL CURSO DE ATENCIÓN A VÍCTIMAS
DE VIOLENCIA SEXUAL Y DE GENERO**

DADO EN BOGOTÁ EL DIA 2 DE JULIO DE 2026. CON UNA INTENSIDAD HORARIA DE 40 HORAS. VIGENCIA DE UN AÑO PARA NUEVA ACTUALIZACIÓN.




DR. JHONNY LLANOS CORREA
REG. PRO. 80748.793
DIRECTOR GENERAL




JOHANA GOMEZ
C.C. 53.069.138 de Bogotá
SECRETARIA GENERAL


CÓDIGO BLANCO

SELLO

PARA VERIFICAR LA AUTENTICIDAD DE ESTA CERTIFICACION PUEDE CONTACTARNOS EN:
DIRECCION: SEDE SUBA AV. CALLE 132 N° 108-09 SUBA AURES 2 SEDE KENNEDY CALLE 42 H SUR N° 83-10
TELEFONOS: 3144028239-3208904956-3195107003
CORREO ELECTRONICO: tramitesformatés@gmail.com

ESCUELA DE FORMACIONES TÉCNICAS FORMATÉS

NIT: 900071364-4, Resolución 110264 del 12 de junio de 2024, 08-014 del 26 de enero de 2026 emitidas por la Secretaría de Educación, Acuerdos 00357 del 12 de diciembre de 2016, 0285 del 10 noviembre de 2017 del Ministerio de Protección Social. "Educación para el trabajo y Desarrollo Humano"



CERTIFICA QUE:

DIANA MARCELA IZQUIERDO MARIN
C.C. No. 52.985.425 DE BOGOTÁ D.C.
ASISTIÓ AL CURSO DE ATENCIÓN A VICTIMAS CON
AGENTES QUÍMICOS

DADO EN BOGOTÁ EL DIA 2 DE JULIO DE 2026, CON UNA INTENSIDAD HORARIA DE 40 HORAS.VIGENCIA DE UN AÑO PARA NUEVA ACTUALIZACIÓN.

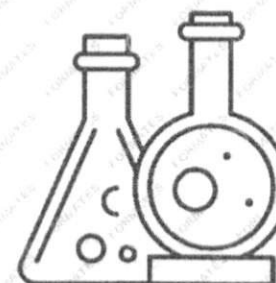



DR. JHONNY LLANOS CORREA
REG.PRO.80.748.793
DIRECTOR GENERAL



SELLO


JOHANA GOMEZ
C.C. 58.069.138 de Bogotá
SECRETARIAGENERAL



PARA VERIFICAR LA AUTENTICIDAD DE ESTA CERTIFICACION PUEDE CONTACTARNOS EN:
DIRECCION: SEDE SUBA AV CALLE 132 N° 108-09 SUBA AURES 2 SEDE KENNEDY CALLE 42 H SUR N° 83-10
TELEFONOS: 3144028239-3208904956-3195107003
CORREO ELECTRONICO: tramitesformatés@gmail.com

ESCUELA DE FORMACIONES TÉCNICAS FORMATÉS

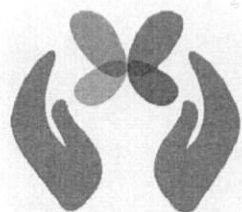
NIT: 900071364-4, Resolución 110264 del 12 de junio de 2024, 08-014 del 26 de enero de 2026 emitidas por la Secretaría de Educación, Acuerdos 00357 del 12 diciembre de 2016, 0285 del 10 noviembre de 2017 del Ministerio de Protección Social. "Educación para el trabajo y Desarrollo Humano"



CERTIFICA QUE:

DIANA MARCELA IZQUIERDO MARIN
C.C. No. 52.985.425 DE BOGOTÁ D.C.
ASISTIÓ AL CURSO DE GESTION
DEL DUELO

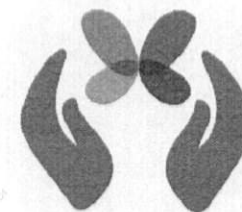
DADO EN BOGOTÁ EL DIA 2 DE JULIO DE 2026. CON UNA INTENSIDAD HORARIA DE 40 HORAS. VIGENCIA DE UN AÑO PARA NUEVA ACTUALIZACIÓN.




DR. JHONNY LLANOS CORREA
REG. PRO. 80.748.793
DIRECTOR GENERAL




JOHANA GOMEZ
C.C. 53.069.138 de Bogotá
SECRETARIA GENERAL



SELLO

PARA VERIFICAR LA AUTENTICIDAD DE ESTA CERTIFICACION PUEDE CONTACTARNOS EN:
DIRECCION: SEDE SUBA AV. CALLE 132 N° 108-09 SUBA AURÉS 2 SEDE KENNEDY CALLE 42 H SUR N° 83-10
TELEFONOS: 3144028239-3208904956-3195107003
CORREO ELECTRONICO: tramitesformatés@gmail.com

ESCUELA DE FORMACIONES TÉCNICAS FORMATÉS

NIT: 900071364-4, Resolución 110264 del 12 de junio de 2024, 08-014 del 26 de enero de 2026 emitidas por la Secretaría de Educación, Acuerdos 00357 del 12 de diciembre de 2016, 0285 del 10 noviembre de 2017 del Ministerio de Protección Social. "Educación para el trabajo y Desarrollo Humano"

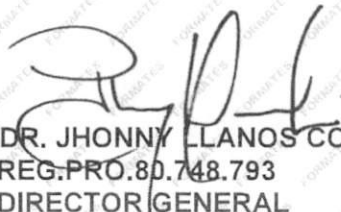


CERTIFICA QUE:

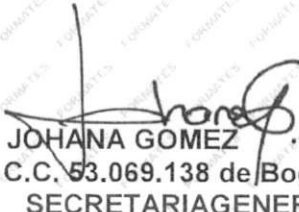
DIANA MARCELA IZQUIERDO MARIN
C.C. No. 52.985.425 DE BOGOTÁ D.C.
ASISTIÓ AL CURSO DE HUMANIZACIÓN EN LOS
SERVICIOS DE SALUD

DADO EN BOGOTÁ EL DIA 2 DE JULIO DE 2026 CON UNA INTENSIDAD HORARIA DE 40 HORAS, VIGENCIA DE UN AÑO PARA NUEVA ACTUALIZACIÓN.




DR. JHONNY LLANOS CORREA
REG. PRO. 80.748.793
DIRECTOR GENERAL




JOHANA GOMEZ
C.C. 53.069.138 de Bogotá
SECRETARIA GENERAL



SELLO

PARA VERIFICAR LA AUTENTICIDAD DE ESTA CERTIFICACION PUEDE CONTACTARNOS EN:
DIRECCION: SEDE SUBA AV CALLE 132 N° 108-09 SUBA AURÉS 2 SEDE KENNEDY CALLE 42 H SUR N° 83-10
TELEFONOS: 3144028239-3208904956-3195107003
CORREO ELECTRONICO: tramitesformatés@gmail.com

CERTIFICADO DE PARTICIPACIÓN

La Organización Internacional para las Migraciones – OIM hace constar que

Diana Marcela Izquierdo Marín

Identificado/a con el documento de identidad

52985425

Participó en la
**Socialización del Manual sobre Salud Mental y Apoyo Psicosocial de
base comunitaria en emergencias y desplazamientos**

Llevada a cabo en el departamento de Cundinamarca los días 21 y 22 de
Noviembre de 2023



**El Ministerio de Salud y Protección Social junto al
Programa Hilando Vidas y Esperanza de USAID implementado por OIM**

CERTIFICAN QUE

DIANA MARCELA IZQUIERDO MARIN

Cédula de ciudadanía No: 52985425

PARTICIPÓ EN

**CURSO DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL Y
SALUD INTEGRAL A VÍCTIMAS PAPSIVI**

Intensidad horaria:
60 horas

Fecha de expedición:
19 de octubre de 2024



USAID
DEL PUEBLO DE LOS ESTADOS
UNIDOS DE AMÉRICA



OIM
ONU MIGRACIÓN



CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 298520520



PIB
14:06:50
Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 26 de junio 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 IZQUIERDO MARIN identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 52985425:

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 Relacionamento Con El Ciudadano (C)

ATENCIÓN :

ESTE CERTIFICADO CONSTA DE 01 HOJA(S), SOLO ES VALIDO EN SU TOTALIDAD. VERIFIQUE QUE EL NUMERO DEL CERTIFICADO SEA EL MISMO EN TODAS LAS HOJAS.

División de Relacionamento con el Ciudadano.



www.procuraduria.gov.co



Carrera 5 No. 15 - 60 Piso 1; Pbx 5878750
ext. 13170; Bogotá D.C.



Línea gratuita 018000910315

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 viernes 26 de junio de 2026, a las 14:08:44, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	52985425✓
Código de Verificación	52985425260626140844

Esta Certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

De conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la Resolución 220 del 5 de octubre de 2004, la firma mecánica aquí plasmada tiene plena validez para todos los efectos legales.



HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado



Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

Consulta Ciudadano

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 26/06/2026 02:11:35 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía N°. **52985425**.

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. **142880904**. 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 Búsqueda

 Imprimir

Información

515 9000



Policía Nacional de Colombia
Dirección General - Cra. 59 Nº 26 - 21
Centro Administrativo Nacional CAN, Bogotá D.C.
Línea de atención: 018000-910112



 GOV.CO



POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 02:09:53 PM horas del 26/06/2026, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° 52985425

Apellidos y Nombres: IZQUIERDO MARIN 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.



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:
51 59700 ext. 30552 (Bogotá)
Resto del país. 018000 910 112
E-mail: [dijin.araic-
atc@policia.gov.co](mailto:dijin.araic-atc@policia.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 14:13:58 horas del 26/06/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **52985425**,
Apellidos y Nombres **IZQUIERDO MARIN DIANA MARCELA**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **ALCALDIA DE FUNZA**, con NIT **899999433-5** 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>



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 52985425 **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 26/06/2026 02:16 PM



Código Verificación: **QPMLAN52TW**

Válida hasta: **24/09/2026**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS
COMUNICACIONES - MINTIC



IPS Sigmedical

NTT: 900.923.659-9

Sede Mosquera : Carrera 1 #4-03. Barrio Cartagenita

Sede Madrid : Carrera 9 # 4-97. Barrio San Luis

Sede Funza Calle 14 #10 64, Barrio Centro

Telefonos: Mosquera :8295414 Madrid:8287009 Funza:8218385

Codigo de Prestador :252860264203

Audiometria Tamiz Pre ingreso



Fecha: 24/Nov/2025, Hora: 11:04:14 a.m.

HC: # 53479

Edad: 42 años

Apellido: Izquierdo marin

Nombre: Diana marcela

Tipo Doc: CC

Nro Identidad: 52985425

Sexo: Femenino

Rh: O+

Direccion: Cra 22 n 10 -80

Nacim: 09/Ene/1983

Estado Civil: Casado

EPS: Sanitas

ARL: Positiva

AFP: Colpensiones

Cargo: Contratista

Ciudad: Cundinamarca - funza

Empresa: Particular

CC:

Direccion:

Telefono:

Celular:

Email: Sistema@ipsintegral.com

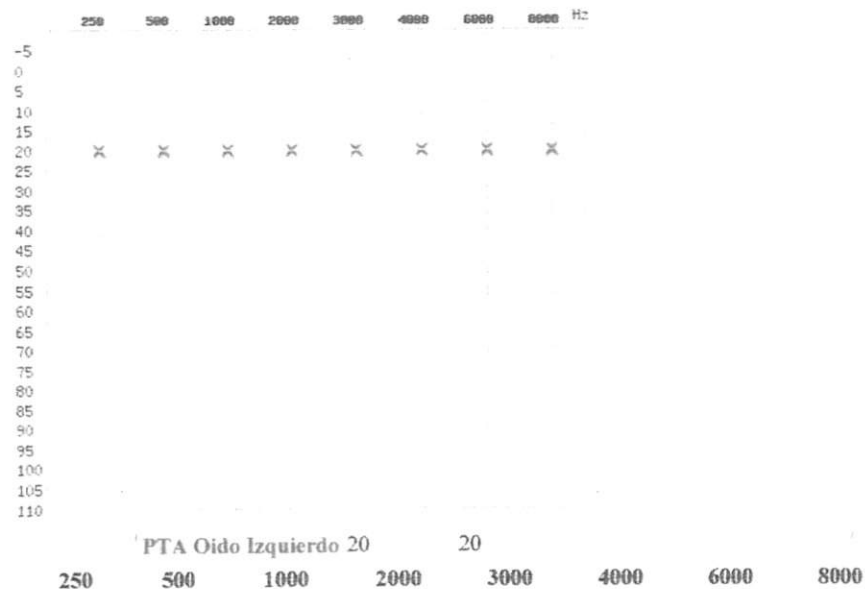
IPS que Atendio: , Ciudad de Atención:

Antecedentes						
Personales	Si/No	OI/OD	Personales	Si/No	Tiempo	Uso EPP
Cirugia	No	Ninguno	Practica de tiro	No	N/a	No
Otalgia	No	Ninguno	Presto el servicio militar	No	N/a	No
Otorrea	No	Ninguno	Musica a alto volumen	Si	Ocasional	No
Prurito	No	Ninguno	Audifonos / Diademas	Si	Ocasional	No
Acufeno	No	Ninguno	Uso de motocicleta	No	N/a	No
Vertigo	No	Ninguno	Actividades Acuaticas	No	N/a	No
Consumo medicinas Ototoxicas	No	Ninguno	Frecuencia sitios ruidosos	No	N/a	No
Consumo del cigarrillo	No	Ninguno				
Trabajo con Exposicion	No	Ninguno				
Antecedentes Laborales						
Empresa	Puesto de Trabajo	Duracion en la Empresa	Exposicion a Ruido	Jornada Laboral	Medidas de Control	
Alcaldia Funza	Contratista	2 Años	No	9h	No	

OTOSCOPIA

Oido Derecho Normal
Observ Ninguna
Gatiso OD 25 Db Audición Normal

Oido Izquierdo Normal
Observ Ninguna
Gatiso OI 25 Db Audición Normal





IPS Sigmedical

NTT: 900.923.659-9

Sede Mosquera : Carrera 1 #4-03, Barrio Cartagena

Sede Madrid : Carrera 9 # 4-97, Barrio San Luis

Sede Funza : Calle 14 #10 64, Barrio Centro

Telefonos: Mosquera :9295414 Madrid:9287009 Funza:9218395

Código de Prestador :252960264203

Certificado de aptitud laboral Pre ingreso



Fecha: 24/Nov/2025, Hora: 11:04:14 a.m.

Apellido: Izquierdo marin

Tipo Doc: CC

Dirección: Cra 22 n 10 -80

Estado Civil: Casado

Cargo: Contratista

Nro Identidad: 52985425

EPS: Sanitas

HC: # 53479

Nombre: Diana marcela

Sexo: Femenino

ARL: Positiva

Ciudad: Cundinamarca - funza

Edad: 42 años

Rh: O+

Nacimiento: 09/Ene/1983

AFP: Colpensiones

Empresa: Particular

CC:

Teléfono:

IPS que Atendió: , Ciudad de Atención:

Dirección:

Celular:

Email: Sistema@ipsintegral.com

Exámenes Realizados

☐ Audiometría clínica

☐ Coprológico

☒ Optometría

☐ Visiometría

☒ Audiometría tamiz

☐ Espirometría

☐ Perfil lipídico

☐ Bateria de riesgo psicosocial

☐ Glicemia

☐ Vestibular

Otros: Examen médico ocupacional con énfasis osteomuscular

Recomendaciones Específicas

S.V.E.

S.v.e salud visual

Estilo de Vida Saludable

* Adecuada dieta, actividad física regular, bajar de peso, disminuir ingesta de grasas saturadas

Medicas

Laborales

* 2- uso de elementos de protección personal según factores de riesgo.

* 1- capacitación en su cargo según factores de riesgo

* 3- realizar pausas activas durante la jornada laboral según el programa de seguridad y salud en el trabajo de la empresa.

Resumen Resultados

Examen

Resultado

Audiometría Tamiz

Se Sugiere Control Auditivo Anual. Utilizar Protectores Auditivos Durante La Jornada Laboral Mientras Este En áreas De Exposición A Ruido. Tener Descansos Auditivos Extralaborales. Se Brindan Pautas De Higiene Auditiva.

ácc Paciente Corregido

Optometría

Requiere Uso De Corrección óptica Permanente Para Su Labor. Se recomienda Realizar Pausas Visuales Activas. Uso De Elementos De Protección Ocular Según Factores De Riesgo. Se Sugiere Controles Periódicos.

Concepto

Sin restricción para el cargo

Restricciones

Restricciones Personalizadas

No aplica

Recomendaciones Personalizadas

Paciente corregido requiere uso de corrección óptica permanente para su labor.

Observaciones

No Aplica

Dra. Adriana P Fuyo R
Salud Ocupacional y Riesgos Laborales
CC 1073234879
UMB



[Handwritten signature]



IPS Sigmedical

NTT: 900.923.659-9

Sede Mosquera : Carrera 1 #4-03. Barrio Cartagenita

Sede Madrid : Carrera 9 # 4-97. Barrio San Luis

Sede Funza : Calle 14 #10 64, Barrio Centro

Telefonos: Mosquera :9295414 Madrid:9287009 Funza:9218385

Codigo de Prestador :252960264203

Diagnostico Audiologico:

Sensibilidad Auditiva Periférica Bilateral Dentro De Parámetros Normales En Todas Las Frecuencias

Paciente Con Antecedentes Familiares Ca Mama Y Diabetes (abuela Paterna) Ca Matriz (abuela Materna), Médicos De Hipotiroidismo, Farmacologicos De Levotiroxina Y Niega Personales A Nivel Auditivo.

Refiere La última Audiometría Hace 3 Años Para Control Laboral, Con Resultados Dentro De Parámetros Normales.

Recomendaciones:

Se Sugiere Control Auditivo Anual. Utilizar Protectores Auditivos Durante La Jornada Laboral Mientras Este En áreas De Exposición A Ruido. Tener Descansos Auditivos Extralaborales. Se Brindan Pautas De Higiene Auditiva.

Santiago Legro
Fonoaudiólogo
TP 06794
Unidad Nacional de Colombia

Santiago legro
CC 77867
Fonoaudiologa



Diana marcela izquierdo marin
CC 52985425

Huella
Digital



IPS Sigmedical

NTT: 900.923.659-9

Sede Mosquera : Carrera 1 #4-03, Barrio Cartagenita

Sede Madrid : Carrera 9 # 4-97, Barrio San Luis

Sede Funza Calle 14 #10 64, Barrio Centro

Telefonos: Mosquera :8295414 Madrid:8287009 Funza:8218385

Codigo de Prestador :252860264203

Optometria

Pre ingreso



Fecha: 24/Nov/2025, Hora: 11:04:14 a.m.

Apellido: Izquierdo marin

Tipo Doc: CC

Direccion: Cra 22 n 10 -80

Estado Civil: Casado

Cargo: Contratista

Nro Identidad: 52985425

EPS: Sanitas

Empresa: Particular

CC:

Telefono:

IPS que Atendio: , Ciudad de Atención:

HC: # 53479

Nombre: Diana marcela

Sexo: Femenino

ARL: Positiva

Ciudad: Cundinamarca - funza

Edad: 42 años

Rh: O+

Nacim: 09/Ene/1983

AFP: Colpensiones

Email: Sistema@ipsintegral.com

Antigüedad en la Empresa

Antigüedad en el Cargo

Antecedentes				
Personales		Familiares		Laborales
Hipertension Arterial	No	Hipertension Arterial	No	No
Diabetes	No	Diabetes	No	No
Hipercolesterolemia	No	Glaucoma	No	No
Glaucoma	No	Cataratas	No	No
Migraña	No	Miopia	No	No
Cataratas	No	Astigmatismo	No	No
Cirugías Oculares	No	Hipermetropía	No	No
Traumas Oculares	No	Cancer	No	No
Cuerpos Extraños	No			
Hipermetropía	No			
Astigmatismo	No			
Miopia	No			
Presbicia	No			
Otro? cual:				

Correccion	
Usa Lentes	Si
Cerca	Si
De Contacto	No
Lejos	Si
Bifocales / Progresivos	No



IPS Sigmedical

NTT: 900.923.659-9

Sede Mosquera : Carrera 1 #4-03. Barrio Cartagena

Sede Madrid : Carrera 9 # 4-97. Barrio San Luis

Sede Funza Calle 14 #10 64, Barrio Centro

Telefonos: Mosquera :8295414 Madrid:8287009 Funza:8218385

Codigo de Prestador :252860264203

Presenta corrección óptica durante el examen

Si

Evaluación			
Agudeza Visual	Visión próxima Sin corrección	Visión lejana Sin corrección	RX en A.V Con Uso Corrección
O.D.	0.50m	20/40 PH: -	-0.75- 20/20 0.50 1.25*89 M
O.I.	0.50m	20/40 PH: -	-1.25- 20/20 0.50 1.00*80 M
A.O.	0.50m	20/30	20/20 0.50m

Oftalmoscopia

Medios Refringentes Transparentes

Queratometría

OD: No Se Realiza

OI: No Se Realiza

Balance Muscular

O.D. Normal

O.I. Normal

Refraccion

AV

Rx Final

AV

O.D. -0.75-1.25*89

20/20

O.D.

O.I. -1.25-1.00*80

20/20

O.I.

ADD -

0.50 M

ADD

Vision Cromatica

Normal , Ishihara

Estereopsis

Normal , 40" Arco " />

Examen Externo			
Percepcion del Color		Convergencia	
Percepcion Anormal	No	Lejos	Si
		Cerca	Si
OD		OI	
Normal		Normal	

Examen Motor	
--------------	--

Normal

Hirschberg:

Interpretacion	Lejos		Cerca	
	Derecho	Izquierdo	Derecho	Izquierdo

Agudeza Visual Normal

Patologia de Refraccion

Adecuadamente Corregida

X

X

X

X

Inadecuadamente Corregida



IPS Sigmedical

NTT: 900.923.659-9

Sede Mosquera : Carrera 1 #4-03. Barrio Cartagena

Sede Madrid : Carrera 9 # 4-97. Barrio San Luis

Sede Funza : Calle 14 #10 64, Barrio Centro

Telefonos: Mosquera :8295414 Madrid:8287009 Funza:8218395

Codigo de Prestador :252860264203

No Corregida

Interpretacion	Normal	Anormal
Vision de Profundidad	X	
Percepcion de Colores	X	
Forias	X	
Vision Periferica	X	

Concepto

Cumple actualmente requerimiento ocupacional: Si X, No

Recomendaciones

Debe usar correccion para laborar	Si X No	Valoracion por Optometria	Si No	Valoracion por Oftalmologia	Si No	Se recomienda control de Optometria	en 12 Meses
-----------------------------------	------------	---------------------------	----------	-----------------------------	----------	-------------------------------------	-------------

â€¢ Paciente Corregido

Conducta y Recomendaciones Requiere Uso De Correcci3n 3ptica Permanente Para Su Labor. Se Recomenda Realizar Pausas Visuales Activas, Uso De Elementos De Protecci3n Ocular Seg3n Factores De Riesgo. Se Sugiere Controles Peri3dicos.

Diagnostico

Sandra Liliana Bedoya Nossa
Registrada: 53050692

Sandra liliana bedoya nossa
CC 53050692
Optometra



Diana marcela izquierdo marin
CC 52985425

Huella
Digital

Carné Digital de Vacunación Colombia



Esquema de Vacunación

VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA



QR DE AUTENTICIDAD

Nombres y apellidos / Full name

DIANA MARCELA IZQUIERDO MARIN

Tipo de identificación / ID Type

CÉDULA DE CIUDADANÍA

Número de identificación / ID Number

5 2 9 8 5 4 2 5

Fecha de nacimiento / Date of birth

09/01/1983

Pais nacimiento / Country of birth

COLOMBIA

Número de contacto (móvil) / Phone number

3138561594

Correo electrónico / e-mail

Datos de Vacunación / Vaccination detail

[illegible]

El Ministerio de Salud y Protección Social certifica que los datos aquí dispuestos fueron extraídos del Sistema de Información PAWEB del Programa Ampliado de Inmunizaciones - PAI.

Este Certificado Digital de Vacunación acredita que la persona identificada ha recibido las dosis del esquema de vacunación aquí descritas.

Para validar la autenticidad de este documento, por favor escanee el código QR que debe abrir la página.

El carné podrá presentar actualizaciones de conformidad con el registro de la información de la vacunación que realizan los prestadores de servicios de Salud y Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud.

The Ministry of Health and Social Protection certifies that the information in this document was extracted from **PAWEB**, according to the **Wide Program of Immunization - PAI** (by its acronym in spanish: Programa Ampliado de Inmunización)

This Digital Certificate of Vaccination certifies that the holder of this document has received the doses of the vaccination schedule as it is described here.

To validate the authenticity of this document, please scan the QR code that should open the page.

The card can be updated based on vaccination information records maintained by healthcare institutions and health service plan administrators.

Este carné es válido en Colombia.
Podrá ser solicitado para entrar a zonas de riesgo.



Consérvelo

En caso de requerir el certificado internacional de vacunación o profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados, los cuales podrá consultar en la página oficial de la Secretaría de Salud de su entidad territorial.



Salud

Certificado de vacunación del adulto

Nombres:

Diana marcela

Apellidos:

Requero marin

Documento de identidad:

C.C. ☒ CE P.A. C.D. S.C. P.E. P.P.T. D.E.

Número de documento:

5 2 9 8 5 4 7 5

Fecha de nacimiento:

Día 09 Mes 01 Año 1983

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
arampión - Rubeola	Única	02/07/26	Serum 026000	Paola
Fiebre Amarilla	Única	02/07/26	23341006	Liliana Pérez
Toxoide Tetánico - Diftérico (Td)	1	02/07/26	23341006	Paola
	2	02/07/26	23341006	Paola
	3	02/07/26	23341006	Paola
	4	02/07/26	23341006	Paola
	5	02/07/26	23341006	Paola
Tdap acelular Una dosis por embarazo				
Virus Sincitial Respiratorio Una dosis por embarazo				

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
VPH Dos dosis en personas inmunosuprimidas	1			
	2			
Influenza estacional	Anual	02/07/26	23341006	Paola
	Anual	02/07/26	23341006	Paola
Hepatitis B	1			
	2			
	3			
Covid 19				
Otras				

Este carné es válido en Colombia.
Será exigido para entrar a zonas de riesgo.

Consérvelo

En caso de requerir el certificado Internacional de Vacunación o Profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados.

POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO.



GOBIERNO
DE COLOMBIA



MINSALUD

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres:

Diana

Apellidos:

Izquierdo Mann

Documento

de identidad:

C.C. X.T.I.

Pasaporte

No.

52985425

Fecha de

Nacimiento:

Día 09

Mes 01

Año 1983

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	Única			
Fiebre amarilla	Única			
Toxoide Tetánico	1			
Diftérico (Td)	2			
	3			
	4			
	5			
	1	02 FEB 2019	AMBICINAT	Johanna Sanchez
	2	05 JUL 2019	UPV 231P	Sembrenson
	3			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
VPB	1			
	2			
	3			
Anti rábica	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
	Anual	24-05-19	25-33-24	Rebeca

Este carné es válido en Colombia
Será exigido para entrar a zonas de riesgo

Consérvelo

En caso de requerir el certificado Internacional de Vacunación o Profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados.

Libertad y Orden

POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO



MinSalud

PROSPERIDAD
PARA TODOS

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres:

Diana Marcela

Apellidos:

Izquierdo Mann

Documento

de identidad:

C.C. Y.T.I.

Pasaporte

No.

52985425

Fecha de

Nacimiento:

Día 09

Mes 01

Año 1983

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	1			
Toxoide Tetánico	1			
Diftérico Td	2			
	3			
	4			
	5			
	1			
Contra hepatitis B	2			
	3			
	R			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla	Única	24-05-19	25-33-24	Johanna Sanchez
Contra Influenza				
Virus de Papiloma Humano				

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL POS DE EPS SANITAS

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

CERTIFICA

Que Diana Marcela Izquierdo Marin, identificado(a) con CC número 52985425, está registrado(a) en el POS DE EPS SANITAS con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 52985425
NOMBRES Y APELLIDOS	Diana Marcela Izquierdo Marin
TIPO DE AFILIADO	Segundo Cotizante
PARENTESCO	Conyuge
FECHA DE NACIMIENTO	09/01/1983
ESTADO DE LA AFILIACIÓN	0 Tiene Derecho A Cobertura Integral
CAUSA ESTADO DE AFILIACIÓN	10 - Cobertura Integral
FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS	06/02/2009
FECHA DE RETIRO LABORAL / EPS SANITAS	Activo(a)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SANITAS	589 semanas
SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS	3144 semanas
SEMANAS COTIZADAS EN ÚLTIMO AÑO	41 semanas
RÉGIMEN	Contributivo
FECHA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN	06/02/2009
NIVEL SISBEN	No aplica
EMPLEADOR(ES)*	

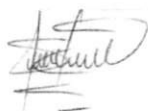
CEDULA DE CIUDADANIA 52985425 DIANA MARCELA
IZQUIERDO MARIN Desde 15/01/2025 - Vigente

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **DIANA MARCELA IZQUIERDO MARIN** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **52985425**, se encuentra afiliado/a desde **01/05/2021** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 01 de julio de 2026.



Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

Nota: Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

El BANCO DE BOGOTÁ a solicitud del interesado informa que DIANA MARCELA IZQUIERDO MARIN, identificado(a) con Cedula de ciudadanía número 52.985.425 está vinculado(a) con el BANCO DE BOGOTÁ a través de los siguientes productos financieros:

Cuenta de Ahorros Cuentas Privadas No. 011424512, abierta/o desde el 15/1/2026.

Se expide en Bogotá el día 26 del mes de Junio del año 2026



Firma Autorizada

ESTA INFORMACION ES CONFIDENCIAL Y SE SUMINISTRA SIN RESPONSABILIDAD ALGUNA POR PARTE DEL BANCO



LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

CERTIFICA QUE:

DIANA MARCELA IZQUIERDO MARIN identificado con CC. 52985425 registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales:

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE			
Nombres y/o Razón		MUNICIPIO DE FUNZA	
Tipo y Numero de Documento		NI - 8999999433	
INFORMACIÓN RELACIÓN LABORAL			
Fecha de inicio de cobertura		Fecha inicio contrato	2026/01/14
Tipo de vinculación		Fecha de fin contrato	2026/07/14
Riesgo	2	Código actividad económica	2862102 - Actividades de la practica medica, sin internacion; incluye la practica medica realizada a pacientes externos o
Estado afiliación			
Activa			
Fecha retiro		Estado del contrato	Activa
-			

Esta certificación se expide a los 26 días del mes de junio del 2026.

Tenga en cuenta que, una vez finalice la fecha de terminación del contrato, el sistema aplicará automáticamente el retiro. Si tiene un nuevo contrato o prórroga, registre la novedad en www.positivaenlinea.gov.co para mantener la cobertura.

Para verificar la autenticidad de este certificado, escanea el código QR incluido o visita nuestra página web. Selecciona la opción "Validar certificados de afiliación" e ingresa el siguiente código: **CC26062026N52985425A19338835**. Este código es válido por un mes.

Cordialmente,

Gerencia de afiliaciones y novedades ARL
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S. A.

Positiva Compañía de Seguros S.A.:
 Nit. 860.011.153-6 | Línea Gratuita Nacional: (+57) 01-8000-111-170 - Teléfono: +57 (601) 330 7000

Defensor del Consumidor Financiero: Ana Maria Giraldo (Principal) - Pablo Valencia(Suplente) | defensordelcliente@positiva.gov.co | Carrera 10 #97A - 13, Oficina 502. Bogotá | +57 (601) 610 8164 | Lunes a Viernes 8:00 a. m. - 6:00 p. m. | El Defensor, resolverá las quejas o reclamos, actuará como Conciliador ante Positiva.

Más información: <https://www.positiva.gov.co/web/guest/defensoria-del-consumidor>
 Puedes interponer una queja ante Positiva, o el Defensor, o la SFC u otro organismo de

**LA ASEGURADORA
 DE TODOS LOS
 COLOMBIANOS**

	E.S.E DEL ORDEN DEPARTAMENTAL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES DEL MUNICIPIO DE FUNZA				
	Tipo de Documento	Área o Proceso que lo Genera:		AREA O PROCESO QUE LO GENERA	
	FORMATO	CERTIFICADO DE IDONEIDAD		GESTION DEL TALENTO HUMANO	
	CODIGO	VERSION	FECHA DE ELABORACION	PAGINA	
	A - TH - F - 015	2	12/0/2025	1 DE 1	

LA PROFESIONAL DE TALENTO HUMANO DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO "HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES"

NIT. 900.750.333-1

CERTIFICA:

Que una vez verificada la Hoja de Vida del contratista **DIANA MARCELA IZQUIERDO MARIN** identificado (a) con cedula de ciudadanía No 52.985.425, se ha podido constatar que cumple con todos los documentos requeridos para el objeto y actividades a ejecutar.

Que la persona en mención demuestra la idoneidad y experiencia relacionada.

Para constancia de lo anterior se firma a los tres (03) días del mes de Julio del Año dos mil veintiséis (2026).


MARICEL MUÑOZ CÁRDENAS
 Profesional de Talento Humano

Elaboró y Proyectó: Maricel Muñoz Cárdenas / Profesional de Talento Humano
 Revisó y Aprobó: Juan Sebastián Duarte Flores / Subgerente Administrativo y Financiero

Quienes proyectamos, revisamos aprobamos, declaramos que le presente documento lo encontramos ajustado a las normas y disposiciones legales vigentes y por lo tanto bajo nuestra responsabilidad lo recomendamos para la firma de Gerencia de la E.S.E

Documento controlado. Una vez impreso o descargado este se considera

"Tu Salud, Nuestro Compromiso"

Sede Administrativa. Calle 11 N° 9-99, Piso 2 - Funza Cundinamarca - Correo: gerencia@hospitalfunza.gov.co