

 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA	LISTA DE VERIFICACIÓN DE DOCUMENTOS PARA LA CONTRATACIÓN DE PERSONAL		
	PROCESO: Gerencia de Talento humano	CÓDIGO	TH_FTO_10
		VERSIÓN	05
		VIGENCIA	30/04/2026

Para el efecto, dentro de los criterios técnicos establecidos por la resolución 3100 de 2019 del Ministerio de Salud y Protección Social, el manual de contratación de la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA y la normatividad vigente.

NOMBRES Y APELLIDOS:

CARGO:

CARGO:	ÍTEM	DESCRIPCIÓN	CUMPLE			OBSERVACIÓN
			SI	NO	N/A	
	GESTIÓN DE TALENTO HUMANO					
	1	Propuesta de servicios dirigida al gerente	/			
	2	Hoja de vida (actualizada con foto)	/			
	3	Documento de identificación al 150% Legible totalmente por las dos caras *Para extranjeros visa y cedula de extranjería	/			
	4	Libreta militar al 150% Legible totalmente por las dos caras o certificado situación militar definida. *Aplica únicamente para hombres menores de 50 años	/			
	5	Certificado de antecedentes Procuraduría. *No mayor a tres meses	/			
	6	Certificado de antecedentes Contraloría. *No mayor a tres meses	/			
	7	Certificado de antecedentes judiciales Policía Nacional. *No menor a tres meses	/			
	8	Certificado medidas correctivas. *No mayor a tres meses	/			
	9	Certificado del Registro de Deudores Alimentarios Morosos	/			
	10	Consulta de Inhabilidades Delitos sexuales cometidos contra menores de 18 años. Ley 1918 de 2018.	/			
	11	Antecedentes disciplinarios tribunal (medicina, odontología y enfermería)	/			
	12	Registro usuario Secop II	/			
	13	RUT Actualizado	/			
	14	Formato SARLAFT: Sistema de administración del riesgo de lavado de activos y financiación Del terrorismo.	/			
	15	Certificado actual de afiliación EPS	/			
	16	Certificado actual de afiliación fondo de pensiones	/			
	17	Hoja de vida formato único de la función pública. *Hoja de vida SIGEP II	/			
	18	Formato de declaración de bienes y rentas (conflicto intereses ajustado SIGEP II solo Referentes)	/			
	19	Formato de oferta de prestación de servicios	/			
	20	Formato de indemnidad	/			
	21	Formato de ARL	/			
	22	Autorización manejo de datos personales (habeas data) (Consulta de Títulos)	/			
	23	Compromiso de Confidencialidad y no Divulgación de la Información	/			
	24	Formato de Inhabilidades e incompatibilidades	/			
	25	Póliza de responsabilidad civil (Asistenciales)	/			
	26	Carné de vacunas: COVID 19 Esquema completo	/			
	27	Carné de vacunas: hepatitis (titulaciones) toxoide tetánico. * Esquema completo	/			
	28	Examen médico ocupacional con énfasis osteomuscular y visiometría*Vigencia de 3 años	/			
	SOPORTES DE ESTUDIOS FORMALES *DIPLOMA Y ACTA DE GRADO					
	29	Básica secundaria (bachiller) *De conformidad con el perfil solicitado				
	30	Técnico *De conformidad con el perfil solicitado				
	31	Tecnólogo *De conformidad con el perfil solicitado				
	32	Profesional *De conformidad con el perfil solicitado	/			
	33	Especialización *De conformidad con el perfil solicitado				
	34	Maestría *De conformidad con el perfil solicitado				
	35	Tarjeta profesional	/			
	36	Resolución para ejercicio profesional y técnico de Cundinamarca	/			
	37	RETHUS actualizado– pregrado y postgrado (Asistenciales)	/			
	38	Resolución de convalidación de títulos*Aplica para extranjeros	/			
	CERTIFICADO SOPORTES DE ESTUDIOS NO FORMALES VIGENCIA NO MAYOR A 2 AÑOS					
	39	Atención a víctimas de agente químicos (Personal asistencial y transporte asistencial)	/			
	40	Ruta atención integral a víctimas de abuso sexual (Asistenciales)	/			
	41	Manejo del duelo (Asistenciales)	/			
	42	Inducción – reinducción corporativa (Todos)	/			
	43	Certificado Dengue y fiebre amarilla	/			
	AUXILIAR DE ENFERMERÍA URGENCIAS ADULTOS, PEDIÁTRICAS O GINECOLÓGICAS					
	44	Soporte vital básico con fecha de vigencia				
	45	Toma de muestra con fecha de vigencia				
	46	Certificado pruebas en el punto de atención de paciente (POINT OFF CARE TESTING -POCT)				
	JEFE DE ENFERMERÍA URGENCIAS ADULTOS, PEDIÁTRICAS O GINECOLÓGICAS					
	47	Toma de muestra con fecha de vigencia				
	48	Soporte vital avanzado con fecha de vigencia				
	49	Certificado pruebas en el punto de atención de paciente (POINT OFF CARE TESTING -POCT)				
	MEDICO GENERAL, URGENCIAS ADULTOS, PEDIÁTRICAS O GINECOLÓGICAS					
	50	Soporte v tal avanzado con fecha de vigencia				
	51	Soporte vital avanzado pediátrico con fecha de vigencia (Pediatria)				
	52	Certificado curso donación de órganos * Aplica a médicos hospitalización, médicos urgencias, médicos quirúrgicos Institución aprobada INS.				
	53	Certificado pruebas en el punto de atención de paciente (POINT OFF CARE TESTING -POCT)				
	MEDICO URGENCIOLOGO					
	54	Certificado en formación de sedación				
	ODONTOLOGO					
	55	Certificado radio protección * Vigencia 2 años				
	AUXILIAR DE ENFERMERÍA CENTROS Y PUESTOS DE SALUD					

 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA	LISTA DE VERIFICACIÓN DE DOCUMENTOS PARA LA CONTRATACIÓN DE PERSONAL		
	PROCESO: Gerencia de Talento humano	CÓDIGO	TH_FTO_10
		VERSIÓN	05
		VIGENCIA	30/04/2026

56	Certificado en administración de inmunobiológicos (PAI) con fecha de vigencia *Aplica para vacunador				
57	Toma de muestra con fecha de vigencia				
JEFE DE ENFERMERÍA CENTROS Y PUESTOS DE SALUD					
58	Retiro e inserción DIU				
59	Retiro e inserción JADELLE				
60	Certificado de formación en toma de citología				
61	Soporte vital avanzado				
62	Certificado pruebas en el punto de atención de paciente (POINT OFF CARE TESTING - POCT)				
MEDICO GENERAL CENTROS Y PUESTOS DE SALUD					
63	Soporte v tal avanzado				
CONDUCTORES DE AMBULANCIA - ADMINISTRATIVOS					
64	Formación operador vehículo de emergencia (COVE) * Aplica solo ambulancia				
65	Primeros auxilios * Aplica solo ambulancia				
66	Registro único nacional de tránsito RUNT				
67	Licencia de conducción				
68	Consulta SIMIT estado de infracciones y multas de transito				
69	Certificado de aptitud laboral con énfasis osteomuscular y evaluaciones psicosensoométricas * Vigencia 3 años.				
AUXILIAR ENFERMERÍA AMBULANCIA					
70	Soporte vital básico				
71	Primeros Auxilios				
72	Certificado pruebas en el punto de atención del paciente (POINT OFF CARE TESTING -POCT)				
INGENIERO BIOMÉDICO					
73	Certificado del registro INVIMA				
SERVICIO TRANSFUSIONAL / LABORATORIO CLÍNICO					
74	Certificado en formación para el manejo de transfusión sanguínea				
75	Certificado pruebas en el punto de atención de paciente (POINT OFF CARE TESTING -POCT)				
RADIOLOGÍA (APLICA PARA PERSONAL EXPUESTO A RADIACIONES IONIZANTES)					
76	Certificado curso radio protección * Vigencia 2 años.				
77	Certificado aptitud laboral con énfasis osteomuscular , visimetría y laboratorios clínicos (cuadro hemático con recuento de plaquetas y medición de TSH T3 Y T4 libre)				
SERVICIO DE ALIMENTACIÓN					
78	Certificación de manipulación de alimentos				
79	Certificado de aptitud laboral con examen coprológico, frotis faríngeo con cultivo, COH.				
MANTENIMIENTO					
80	Certificado curso de alturas				
81	Certificado de aptitud laboral con énfasis trabajo en alturas * Vigencia 1 año.				
EXPERIENCIA LABORAL					
82	Certificaciones laborales *De conformidad con el perfil solicitado				
Nombre y firma de quien verifica la documentación:					

- **Favor entregar fotocopia de los documentos en el orden relacionado anteriormente.**
- **El Referente de Talento Humano certifica que los documentos aportados en medio físico se encuentran completos y vigentes una vez firmada la lista de verificación para la contratación de personal.**

NOTA: IMPRIMIR ESTE DOCUMENTO A DOBLE CARA (Pagina 1-2)

- **Personal Asistencial:** La EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA contempla como Personal Asistencial a todo aquel colaborador que está inmerso en la Atención directa de Pacientes o Usuarios (Médicos Especialistas, Profesional Médico, Odontólogos, Enfermeras jefes, Terapeutas, Instrumentadores Quirúrgicos, Psicólogos, Trabajadores sociales, Auxiliares de Enfermería, Camilleros, entre otros).
- **Personal Administrativo:** EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA, define como Personal Administrativo a los Profesionales Especializados, Profesionales Universitarios, Tecnólogos, Técnicos y Bachilleres que en su actividad contractual no están relacionados con la atención de Pacientes o Usuarios.



**COORDINADOR DE TALENTO HUMANO Y/O
QUIEN HAGA SUS VECES**

Soacha, 08 de Julio de 2025

Doctor.

DIEGO ALEJANDRO GARCIA

Gerente

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA

Calle 13 # 9-97

Teléfono: (601) 730 92 30

Ciudad

REFERENCIA: PROPUESTAS DE SERVICIOS

Nombre: DIANA MARCELA DIAZ MURCIA

Cargo: PSICOLOGA

Respetado Doctor Diego Alejandro García, reciba un cordial saludo, por medio de la presente me permito confirmar mi intención de participar en la contratación que a bien tenga la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA y cumplir a cabalidad cada una de las actividades que sean asignadas mediante contrato de prestación de servicios conforme los términos que se estipulen en la minuta contractual.

Cordialmente,



Nombre del Contratista:

Diana M. Diaz Murcia

CC:1072429857

Dirección: Traversal 14B 38C 46

Email: Psic.dianadiaz10@gmail.com

Teléfono/ Celular: 3219476281



DIANA MARCELA DIAZ MURCIA

Psicóloga

CONTACTO

📞 3219476281

✉ Psic.dianadiaz10@gmail.com

📍 CL 68 sur #77 H16

FORMACION ACADÉMICA

CORPORACIÓN UNIVERSITARIA MINUTO DE DIOS

Pregrado en psicología
2019

I.E. DEPARTAMENTAL FRANCISCO JULIAN OLAYA

Bachiller técnico
2013

OTROS ESTUDIOS

ESCUELA SUPERIOR DE ADMINISTRACIÓN PÚBLICA-ESAP

Diplomado en Construcción de paz
y derechos humanos.
2021

CORPORACIÓN UNIVERSITARIA MINUTO DE DIOS

Diplomado en espacios de
encuentro (psicología política y
pedagogías críticas.
2018

PERFIL PROFESIONAL

Psicóloga con formación integral y experiencia en el ámbito social, orientada a la promoción del bienestar, la garantía de derechos y la inclusión de poblaciones en situación de vulnerabilidad. Cuento con habilidades en acompañamiento psicosocial, fortalecimiento de la autonomía y la capacidad de afrontamiento, así como en la consolidación de redes de apoyo comunitarias.

Integro un enfoque clínico y comunitario para brindar una atención sensible, pertinente y oportuna, aportando al desarrollo de proyectos sociales con impacto positivo. Me destaco por mi escucha activa, empatía y compromiso con procesos de transformación personal y colectiva.

Con experiencia en trabajo interdisciplinario, gestión de proyectos sociales y articulación con actores institucionales y comunitarios. Comprometida con la promoción de cambios sostenibles y la construcción de entornos más equitativos y emocionalmente saludables. Cuento con disponibilidad para trasladarme y adaptarme a diferentes contextos territoriales, según los requerimientos del cargo.

HABILIDADES SOCIALES

- Sensibilidad intercultural
- Comunicación asertiva
- Adaptabilidad social
- Habilidad para motivar y acompañar

EXPERIENCIA PROFESIONAL

ESE MUNICIPAL DE SOACHA JULIO CÉSAR PEÑALOZA

Psicóloga

Junio-Diciembre 2024

Prestación de servicios profesionales como psicóloga para realizar actividades de atención primaria en salud en el municipio de Soacha en el marco de las normas vigentes, mediante la implementación de equipos básicos de salud en el contexto de las acciones de promoción, mantenimiento de la salud y la atención individual, colectiva y comunitaria.

ESE MUNICIPAL DE SOACHA JULIO CÉSAR PEÑALOZA

Psicóloga

Septiembre-Diciembre 2023

Prestación de servicios profesionales como psicóloga para realizar actividades del plan de intervenciones colectivas en el municipio de Soacha en el marco de las normas vigentes, las necesidades y prioridades de la población mediante la implementación de la estrategia Soacha Ciudad Saludable en el contexto de las acciones de promoción y mantenimiento de la salud.

GRUPO ASD OPERADOR LOGÍSTICO DE APLICACIÓN

Psicóloga-Apoyo cognitivo

2023

Aplicación e interpretación de instrumento IDELA en población infantil de municipios PDET (2023)

FUNDACIÓN MÁS ALLÁ DE LOS SUEÑOS (FUNDMAS)

Psicosocial

Agosto 2021- junio 2023

Apoyo y orientación a la comunidad frente a problemáticas presentadas, buscando soluciones y ejecución de las mismas, además de localizar las poblaciones de alto riesgo y suministrarles apoyo psicosocial en la fundación.

CORPOEDUCACIÓN

Codificador

2019

Codificar las pruebas Saber-pro presentadas por los estudiantes de grados undécimo (11)

Referencias y certificados serán entregados a solicitud

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.072.429.857**

DIAZ MURCIA

APELLIDOS

DIANA MARCELA

NOMBRES

Diana Diaz
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **24-NOV-1995**

COPER
(BOYACA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.60

A+

F

ESTATURA

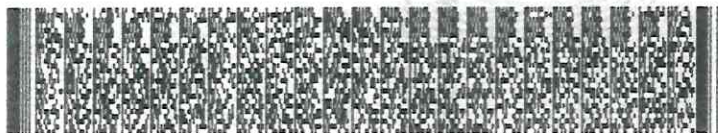
G.S. RH

SEXO

27-NOV-2013 LA MESA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sánchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



P-1514200-00535457-F-1072429857-20140111

0036569304A 1

41343309

C

C

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
Nº. 299089599



PIB

00:27:40

Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 08 de julio 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 DIAZ MURCIA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1072429857:

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 miércoles 08 de julio de 2026, a las 00:28:45, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1072429857
Código de Verificación	1072429857260708002845

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



**Consulta en línea de Antecedentes Penales y
Requerimientos Judiciales**

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 12:34:31 AM horas del 08/07/2026, el
ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° **1072429857**

Apellidos y Nombres: **DIAZ MURCIA 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.



Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

Consulta Ciudadano

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 08/07/2026 12:43:50 a. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía N°. **1072429857** .

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. **143495219** . 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

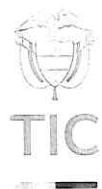
515 9000



**Dios y
Patria**

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





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 1072429857 **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 08/07/2026 12:46 AM



Código Verificación: 4E6VSH2Q8X

Válida hasta: 06/10/2026

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS
COMUNICACIONES - MINTIC

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 00:54:47 horas del 08/07/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. 1072429857, Apellidos y Nombres **DIAZ MURCIA DIANA MARCELA**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **ESE MARIO GAITÁN YANGUAS**, con NIT **800006850-0** 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 20/04/2019 *"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.

DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN CRIMINAL E INTERPOL



Área de Administración de Información Criminal

ENLACES DE INTERÉS

- > Portal web DIJIN
- > Consulta Antecedentes Judiciales
- > Protección de Datos

SÍGANOS EN LAS REDES SOCIALES



Consulta de Inhabilidades - Ley 1918 de 2018 | Ley 2375 de 2024

© 2026 Policía Nacional de Colombia - Grupo Tecnologías de la Información y las Comunicaciones DIJIN

TRIBUNALES DEONTOLÓGICOS Y BIOÉTICOS DE PSICOLOGÍA

La suscrita Directora Ejecutiva de los Tribunales Deontológicos y Bioéticos de Psicología certifica que, una vez consultado el sistema de información y reporte de profesionales sancionados por estos Tribunales, NO se encontró que **Diana Marcela Díaz Murcia**, con documento de identificación N° **1072429857**, tenga antecedentes deontológicos disciplinarios en ninguno de ellos.

Este certificado tiene validez de tres (03) meses.

Se expide en Bogotá, D.C., el 8 de julio de 2026.



DIANA PAOLA PULIDO CASTELBLANCO

Directora Ejecutiva de los Tribunales Deontológicos y Bioéticos de Psicología



bOrskg9bC/IhnTpsq6l+
Para validar este documento ingrese en el siguiente link:
<https://sara.colpsic.org.co/publico/validar-documento>

 Noticias SECOP

 Mis registros

 Accesos del usuario

 Términos y condiciones de uso

Información del usuario

Género Mujer

Cargo psicóloga

Título Sra.

Nombre Diana Marcela

Apellidos Díaz Murcia

Fecha de nacimiento 24/11/1995 (UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)

Nombre y apellido Diana Marcela Díaz Murcia

Tipo de documento Cédula de Ciudadanía

Número de documento 1072429857

Dirección Transversal 14B #38C 45

Código postal

Estrato 2

Ubicación Soacha

País COLOMBIA

Correo electrónico psic.dianadiaz10@gmail.com

Teléfono

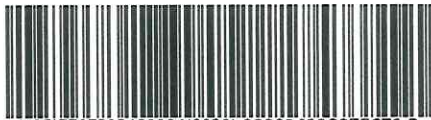
Celular 3219476281

Nivel Educativo Universitaria completa (con título)



C

C

DIAN		Formulario del Registro Único Tributario		001	
2. Concepto 0 2 Actualización		4. Número de formulario 141180756713			
		 (415)7707212489984(8020) 0000141180756713			
5. Número de Identificación Tributaria (NIT) 1 0 7 2 4 2 9 8 5 7		6. DV 0		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 1 0 7 2 4 2 9 8 5 7	
Lugar de expedición 28. País COLOMBIA 1 6 9		29. Departamento Cundinamarca 2 5		30. Ciudad/Municipio La Mesa 3 8 6	
31. Primer apellido DIAZ		32. Segundo apellido MURCIA		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 Soacha 7 5 4	
41. Dirección principal TV 14 B 38 C 46					
42. Correo electrónico psic.dianadiaz10@gmail.com					
43. Código postal		44. Teléfono 1 3 2 1 9 4 7 6 2 8 1		45. Teléfono 2	
CLASIFICACIÓN					
Actividad económica				Ocupación	
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	52. Número establecimientos
8 6 9 9	2 0 2 5 0 5 3 0	8 6 9 2	2 0 2 4 0 6 2 4	1 2	
Responsabilidades, Calidades y Atributos					
53. Código 4 9					
49 - No responsable de IVA					
Usuarios aduaneros					
Exportadores					
54. Código					
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.			Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.		
Firma del solicitante:			Firma autorizada:		
			984. Nombre DIAZ MURCIA DIANA MARCELA		
			985. Cargo CONTRIBUYENTE		

 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA		FORMATO SARLAFT		Codigo	TH_FTO_45
				Version	0
				Vigencia	6/07/2022

SISTEMA DE ADMINISTRACION DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACION DEL TERRORISMO - SARLAFT					
FECHA:	2026-07-08	CIUDAD:	SOACHA	DEPARTAMENTO:	CUNDINAMARCA
Distinguido Cliente: Con el diligenciamiento de este formulario nos permitirá adelantar el Proceso de Conocimiento del Cliente, de conformidad con el Numeral 5.2.2.2.1, de la Circular Externa No 009 de 2016, de la Superintendencia Nacional de Salud. La realización de este proceso es de carácter obligatorio para la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA, como entidad sometida al Control y Vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud, y forma parte de las Políticas de la Entidad enmarcadas dentro del Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo.					
CLASE O TIPO DE VINCULACION CON LA EMPRESA (MARCA CON X)					
PROVEEDOR	☐	PARTICULAR	☐	CONTRATISTA OPS	☒
SERVIDOR PUB	☐	OTRO	☐	CUAL:	
1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL					
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO:		PRIMER NOMBRE	
DIAZ		MURCIA		DIANA	
SEGUNDO NOMBRE					
MARCELA					
TIPO DE IDENTIFICACION		No IDENTIFICACION		LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	
C.C. ☒		1072429857		LAMESA, CUNDINAMARCA	
FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)		2013-11-13			
PASAPORTE ☐		OTRO ☐		ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI ☒ NO ☐	
CUAL:					
FECHA NACIMIENTO:		LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)		PAIS NACIMIENTO	
1995-11-24		COPER, BOYACÁ		COLOMBIA	
NACIONALIDAD:		COLOMBIANA			
ESTADO CIVIL				PERSONA A CARGO	NUMERO DE HIJOS
SOLTERO(A) ☒ CASADO(A) ☐ DIVORCIADO(A) ☐ UNION LIBRE ☐ VIUDO(A) ☐				0	0
				TELEFONO CELULAR	3219476281
NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACION ACADEMICA					PROFESION / OFICIO
MAGISTER ☐ POSGRADO ☐ UNIVERSITARIO ☒ BACHILLER ☐ PRIMARIA ☐ TECNICO ☐ TECNOLOGO ☐ OTRO ☐					CUAL:
					CONTRATISTA
DIRECCION RESIDENCIA:		CIUDAD RESIDENCIA		DEPARTAMENTO:	
TRASVERSAL 14B 38C 46		SOACHA		CUNDINAMARCA	
PAIS RESIDENCIA:		COLOMBIA			
TELEFONO RESIDENCIA		3219476281			
CORREO ELECTRONICO:		PORTAL O PAGINA INTERNET		TIPO DE VIVIENDA	
Psic.dianadiaz10@gmail.com		N/A		PROPIA ☐ FAMILIAR ☐ ARRENDADA ☒	
DIRECCION ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO (Si tiene)		CIUDAD:		DEPARTAMENTO:	
N/A		N/A		N/A	
PAIS:		N/A			
TELEFONO/FAX		N/A			
2. DATOS DEL CONYUGE					
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO:		PRIMER NOMBRE	
SEGUNDO NOMBRE					
TIPO DE IDENTIFICACION		NUMERO IDENTIFICACION		LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	
C.C. ☐					
FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)					
PASAPORTE ☐		OTRO ☐		ES RESIDENTE EN COLOMBIA: SI ☐ NO ☐	
CUAL:					
3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA:					
ASALARIADO ☐		ESTUDIANTE ☐		HOGAR ☐	
CONTRATISTA ☒		COMERCIANTE ☐		PENSIONADO ☐	
EMPLEADO SOCIO ☐				EMPLEADO PUBLICO ☐	
				OTRA ☐	
CUAL:		PSICOLOGA			
INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE:		DECLARA RENTA		CODIGOS C111U ACTIVIDAD ECONOMICA	
SI ☐ NO ☒		IVA		8699 8692	
PRINCIPAL: ☒ SECUNDARIA: ☐					
GRAN CONTRIBUYENTE		AGENTE RETENEDOR		AGENTE AUTORETENEDOR	
SI ☐ NO ☒		SI ☐ NO ☒		SI ☐ NO ☒	
FUNCIONARIO PUBLICO		ADMINISTRA RECURSOS PUBLICOS		NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA	
SI ☐ NO ☒		SI ☐ NO ☒		ESE Región de Salud Soacha	
ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA		GOBIERNO ☐ SERVICIOS ☒ ALUD ☐		# NIT	
EXPORTACIONES ☐ AGRICOLA ☐ INDUSTRIAL ☐ MINERIA ☐ TRANSORTE ☐ TECNOLÓGICO ☐ ALIMENTOS ☐ MEDICAMENTOS ☐				800006850-3	
OTRA ☐ CUAL:					

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA		FORMATO SARLAFT		Codigo	TH_FTO_45
				Version	0
				Vigencia	6/07/2022
DIRECCION DE LA EMPRESA		TELEFONO	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAIS
CALLE 13 # 9 - 97		7309230	SOACHA	CUNDINAMARCA	COLOMBIA
CARGO ACTUAL		PSICOLOGA		FECHA VINCULACION	MES Y AÑO RADICACION CARPETA
4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO					
NUMERO DE EMPLEADOS	VENTAS ANUALES	CODIGO ACTIVIDAD ECONOMICA	DESCRIPCION ACTIVIDAD	FECHA CONSTITUCION	TIPO SOCIEDAD
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
5. INFORMACIÓN FINANCIERA					
INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS	PASIVOS
SALARIOS	\$ 3.000.000	GASTOS FAMILIARES	\$ 2.500.000	AHORROS	\$ 0
HONORARIOS	\$ 0	ARRIENDOS	\$ 0	INVERSIONES	\$ 0
ARRIENDOS	\$ 0	CUOTA VEHICULO	\$ 0	VEHICULOS	\$ 0
COMISIONES	\$ 0	CUOTA VIVIENDA	\$ 0	PROPIEDADES	\$ 0
OTROS INGRESOS*	\$ 0	OTROS EGRESOS*	\$ 0	OTROS ACTIVOS*	\$ 0
TOTAL INGRESOS	\$ 3.000.000	TOTAL EGRESOS	\$ 2.500.000	TOTAL ACTIVOS	\$ 0
DESCRIPCION OTROS INGRESOS		DESCRIPCION OTROS EGRESOS		DESCRIPCION OTROS ACTIVOS	DESCRIPCION OTROS PASIVOS
N/A		N/A		N/A	N/A
6. REFERENCIAS PERSONALES (No debe ser familiar ni vivir con el Cliente o Contraparte y debe ser localizable en Horario Laboral)					
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:		PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	
DIAZ	MURCIA		YELIXE		
DIRECCION	CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS		TIPO RELACION	TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR	
CL57H SUR 68D 56	BOGOTA		HERMANA	3203592899	
7. REFERENCIA FINANCIERA					
NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO		NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO
BANCOLOMBIA	AHORROS		52500013650	BOGOTÁ	6016000
MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI ☐ NO ☒					
NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	PAIS/CIUDAD	MONEDA	MONTO PROMEDIO
N/A	N/A	N/A	N/A		N/A
DESCRIPCION DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRAJERA REALIZADAS:				CUAL:	
IMPORTACION ☐ EXPORTACION ☐ TRANSFERENCIAS ☐ PRESTAMOS ☐ PAGO SERVICIOS ☐ OTRA ☐					
8. DECLARACION DEL ORIGEN DE LOS DINEROS /FONDOS					
Quien suscribe la presente solicitud, obrando en nombre propio, de manera voluntaria y dando certeza de que todo lo aquí consignado es cierto, realiza la siguiente declaración de fuentes de fondos a la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA con el propósito de que se pueda dar cumplimiento a lo señalado al respecto en la Circular Externa 009 de 2016 expedida por la Superintendencia Nacional de Salud, y de las Leyes 526 de 1999, 1121 de 2006 y 1474 de 2011 "Estatuto Anticorrupción":					
1. Que los recursos que entregue y entregará a la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA provienen de las siguientes fuentes (detalle, ocupación, profesión, negocio, etc.):					
PSICOLOGA					
2. Que estos bienes no provienen de ninguna actividad ilícita contemplada en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo adicione, complemente o modifique)					
3. No admitiré que terceros entreguen recursos en mi nombre provenientes de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo adicione, complemente o modifique), ni efectuaré transacciones destinadas a tales actividades o en favor de personas relacionadas con las mismas.					
4. Así mismo declaro que los recursos que reciba de parte de la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA se destinarán a actividades lícitas.					
5. Informaré inmediatamente cualquier circunstancia que modifique la presente declaración, una vez tenga conocimiento de la misma.					
6. Cuando a ello haya lugar, autorizo a la ESE Región de Salud Soacha a dar inicio a la liquidación del (los) Contrato (s) que me vincule (n) con el la ESE Región de Salud Soacha en el caso de infracción de cualquiera de los numerales anteriores o en el eventual caso de que por aplicación de normas sancionadas con posterioridad a la firma de este documento se modifiquen las declaraciones por mí efectuadas, eximiendo por lo tanto a la EMPRESA SOCIAL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que yo hubiere proporcionado en este documento, o de la violación del mismo.					
7. Me comprometo y obligo a actualizar al menos una vez cada año los datos e información que fueren requeridos por la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA					
9. DOCUMENTOS REQUERIDOS					
Asalariado: Certificación laboral no mayor a 30 días o comprobantes de nómina de los tres últimos meses o copia del certificado de ingresos y retenciones + declaración de renta si es declarante. Pensionado: Certificado de pensión o desprendibles de pago de los últimos tres meses + declaración de Renta si es declarante. Profesional Independiente/Contratistas por OPS: Constancia de Honorarios o Certificaciones de contratos no mayor a 30 días calendario indicando vigencia y tipo de servicio o constancia de comisiones o certificado de inversiones o contratos de arrendamiento o extractos bancarios de los últimos tres meses o certificación firmada por contador público o estados financieros certificados + declaración de renta si es declarante. Nota: Si presenta estados financieros o certificación de contador, debe anexar copia de la tarjeta profesional del contador legible. Socios Empresas: Certificado de existencia y representación legal o documento donde conste la calidad de socio + extractos bancarios de los últimos tres meses + declaración de renta si es declarante					



REGION DE SALUD
SOACHA

FORMATO SARLAFT

Codigo

TH_FTO_45

Version

0

Vigencia

6/07/2022

1. Original Certificado de Existencia y Representación Legal con vigencia no superior a noventa (90) días, expedido por la Cámara de Comercio.(Para Comerciantes)
 2. Fotocopia del Registro Único Tributario RUT.
 3. Fotocopia Inscripción en el Rit.
 4. Fotocopia del documento de identificación, ampliada al 150%.
 5. Fotocopia Declaración de Renta del ultimo periodo gravable declarado (si esta obligado a declarar)
 6. Estados Financieros del ultimo periodo disponible, expedidos de conformidad con las normas vigentes, certificados y/o dictaminados según sea el caso (Obligados a llevar contabilidad)
- APODERADO:** Adjunta poder debidamente firmado con reconocimiento ante Notario Publico.
- NOTA:** Todos los concepto de ingreso deben estar debidamente soportados.(Arrendamientos, venta activos, herencias, legados, donaciones, etc.)

10. AUTORIZACION REPORTE Y CONSULTA A LAS CENTRALES DE RIESGO.- AUTORIZACION EXPRESA PARA REPORTAR, CONSULTAR Y COMPARTIR INFORMACIÓN CONTENIDA EN LAS BASES DE DATOS FINANCIERA, CREDITICIA, COMERCIAL, DE SERVICIOS, DE LAS ENTIDADES DE VIGILANCIA Y CONTROL DEBIDAMENTE FACULTADAS Y LA PROVENIENTE DE OTROS PAISES.

CONSIDERACIONES

1. Que los datos personales solicitados en el presente formulario de Conocimiento del Cliente son regidos atendiendo las disposiciones e instrucciones impartidas por la Superintendencia Nacional de Salud y los estándares internacionales para la Prevención y el Control del Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.
2. Que conforme a lo dispuesto en el literal b) del artículo 2 de la Ley 1581 de 2012, las disposiciones que buscan la protección de datos personales y que se encuentran contenidos en dicha disposición, no son aplicables a las bases de datos y archivos que tengan por finalidad la prevención, detección, monitoreo y control del lavado de activos y el financiamiento del terrorismo, por lo que en principio su utilización no requeriría de una autorización de su titular, la cual proviene de la Ley.
3. Que los datos personales adicionales para el estudio técnico del riesgo se tratan observando las disposiciones legales vigentes.
4. Que los datos también serán tratados para fines comerciales, razón por la cual procedo a emitir la siguiente:

AUTORIZACION

Para efectos de la presente autorización, entiéndase por la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA, con Nit. 800006850-3, ubicada en la Calle 13 No. 9-97 y/o cualquier entidad o Unidad Prestadora de Servicios de Salud, controlada directa o indirectamente por la misma Entidad antes mencionada.

Declaro expresamente:

- A. Que para efectos de acceder a la contratación y/o prestación de servicios por parte de la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, debidamente habilitadas, suministramos nuestros datos para todos los fines precontractuales y contractuales que comprende las actividades de prestación de servicios de salud.
- B. Que la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, me han informado, expresamente:
1. FINALIDAD DEL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: Mis datos personales serán tratados por la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, para las siguientes finalidades: a) El trámite de solicitud de vinculación como consumidor, cliente, deudor, contraparte contractual, Servidor Publico, Contratista por OPS y/o proveedor de bienes y servicios. b) El proceso de negociación de contratos con la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, incluyendo la determinación de tarifas y análisis y selección de riesgos. c) La ejecución y el cumplimiento de contratos que celebre. d) El control y la administración del negocio. e) La liquidación y pago de cuentas. f) Todo lo que involucre la gestión integral de los bienes y servicios contratados. g) Controlar el cumplimiento de los requisitos para acceder a los servicios de salud del Sistema de Seguridad Social en Salud. h) La elaboración de estudios técnicos, estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general estudios técnicos del sector salud. i) Envío de información relativa a encuestas de satisfacción de clientes y usuarios y ofertas comerciales de venta de servicios de salud y otros servicios relacionados con la salud. j) Realización de encuestas sobre satisfacción en los servicios prestados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. k) Envío de información de Sujetos de tributación en los Estados Unidos al Internal Revenue Service (IRS) y/o a la -Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales de Colombia - DIAN en los términos del Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA), o a las normas que lo modifiquen y a las reglamentaciones aplicables. l) Intercambio de información en virtud de tratados y acuerdos internacionales suscritos por Colombia. m) La prevención y control de Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.
2. El tratamiento podrá ser realizado directamente por citada Entidad o por los encargados del tratamiento que ella considere necesarios.
3. USUARIOS DE LA INFORMACION: Que los datos suministrados podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para la finalidades mencionadas a: a) Las personas jurídicas que tienen la calidad de asociadas o vinculadas a la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. b) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA y/o las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, tales como call center, investigadores, compañías de asistencia medica, abogados internos y externos, entre otros. c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de celebración, ejecución, terminación y liquidación de contratos de compra-venta de bienes y servicios. d) Las personas con las cuales la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud adelantes gestiones de para efecto de la celebración de contratos de seguros y/o reaseguros. e) A la UIAF, Fasecolda, ya cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control de fraudes, la selección de riesgos y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud, así como para la elaboración de estudios técnicos y estadísticos.
4. TRANSFERENCIA INTERNACIONAL DE INFORMACION A TERCEROS PAISES: Que en determinadas situaciones es necesario realizar transferencias internacionales de mis datos para cumplir con las finalidades del tratamiento.
5. DATOS SENSIBLES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me harán sobre datos personales sensibles, de conformidad con la definición legal vigente. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas, que lo he hecho de manera voluntaria, por lo que autorizo expresamente para que se lleve a cabo el tratamiento de datos sensibles, en especial, los relativos de la salud y los datos biométricos. En todo caso, para efectos del presente formulario de conocimiento del cliente o contraparte, se debe tener en consideración que el capítulo XI del Título I de la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera de Colombia y Circular Externa 009 de la Superintendencia Nacional de Salud, exigen las mismas.
6. DATOS PERSONALES DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niñas, niños y adolescentes. En consecuencia, no hemos sido obligados a responderlas.
7. DERECHOS DEL TITULAR DE LA INFORMACION: Que como titular de la información, nos asisten los derechos previstos en la Ley 1266 de 2008 y 1581 de 2012. En especial, el derecho a conocer, actualizar, rectificar, revocar y suspender las informaciones que se hayan recogido sobre mi.
8. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LAS INFORMACION: Que los responsables del tratamiento de la información son la ESE Región de Salud Soacha y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, cuyos datos de contacto se incluyeron en el encabezado de esta autorización. En todo caso, los encargados del Tratamiento de los datos que se compartan, transfiera, transmitan, entreguen o divulguen, en desarrollo de los previsto en el literal e) del numeral 3 anterior, serán: a) La ESE Región de Salud Soacha y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud (Calle 13 No. 9-97, Soacha, Teléfono (601) 730 92 30) y cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control del fraude.(INDICAR DIRECCION, CIUDAD, TELEFONO Y CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO).
9. AUTORIZACION: De manera expresa, AUTORIZAMOS el tratamiento de los datos personales incluidos los sensibles y autorizamos, de ser necesario, la transferencia nacional e internacional de los mismos, por las personas, para las finalidades y en los términos que nos fueron informados en el presente documento.

IX. FIRMA Y HUELLA

COMO CONSTANCIA DE HABER LEIDO, ENTENDIDO Y ACEPTADO LO ANTERIOR, DECLARO QUE LA INFORMACION QUE HE SUMINISTRADO ES EXACTA Y VERIDICA EN TODAS SUS PARTES Y FIRMO EL PRESENTE DOCUMENTO

Firma Cliente / Representante Legal



Huella Índice Derecho

Mi
Seguridad
Social**Diana Marcela Diaz Murcia**
 Está en: [Página principal](#) [Selección rol](#) [Menú](#)
*Buzón de novedades**Número de novedad**Funcionalidad**Fe*

014CC107242985714072026100000002 Afiliación al régimen contributivo como independiente

Datos básicos del cotizante o cabeza de familia

Tipo de documento	Número de documento	Nombre completo	Fecha de nacimiento	S
CC	1072429857	Diana Marcela Diaz Murcia	1995-11-24	M

Datos complementarios del cotizante o cabeza de familia

Departamento	Municipio	Localidad	Zona	Dirección	S
Bogotá, D. C.	Bogotá, D.C.	Bosa	Urbana - Cabecera municipal	Calle 68 sur # 77 H - 16	M

Datos básicos del empleador

Tipo de documento	Número de documento	Razón social del empleador	Tipo de cotizante	IB
CC	1072429857	DIANA DIAZ	Independiente	2000

ARL

*No aplica**Datos de Afiliación**EPS**SALUD TOTAL ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO Y DEL REGIMEN SUBSIL**Reporte de Novedades a la BDUA*

Novedades del Cotizante o Cabeza de Familia - CC1072429857 diana marcela diaz murcia reportadas a la BDUA

<i>Funcionalidad</i>	<i>Fecha efectividad de la novedad</i>	<i>Estado</i>	<i>Fecha Actualización de Datos</i>	<i>Fecha de Reporte a la BDUA</i>	<i>Archivo / Novedad</i>	<i>Detalle</i>
<i>Afiliación al régimen contributivo como independiente</i>	<i>2026-07-17</i>	<i>Pendiente enviar a BDUA</i>	<i>-</i>	<i>-</i>	<i>N06</i>	<i>-</i>

Aceptar**Volver****VIGILADO** Supersalud

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

Número de novedad	Fecha del reporte de la novedad	Régimen actual	Tipo de afiliado	Fecha efectividad de la novedad
014CC1072429857140720261000000002	2026-07-14	Contributivo	Cotizante	2026-07-14

Datos básicos del cotizante o cabeza de familia

Tipo de documento	Número de documento	Nombre completo	Fecha de nacimiento	Sexo
CC	1072429857	Diana Marcela Díaz Murcia	1995-11-24	Mujer

Datos complementarios del cotizante o cabeza de familia

Departamento	Municipio	Localidad	Zona	Dirección	Etnia	Tipo de discapacidad	Condición de discapacidad	Grupo sanguíneo
Bogotá, D. C.	Bogotá, D.C.	Bosa	Urbana - Cabecera municipal	Calle 68 sur # 77 H - 16	Ninguno	Ninguno	Ninguno	A Positivo (+)

Datos básicos del empleador Fecha efectividad: 2026-07-17

Tipo de documento	Número de documento	Razón social del empleador	Tipo de cotizante	IPC	Estado de la novedad
CC	1072429857	DIANA DIAZ	Independiente	20000000	Relación laboral confirmada
		ARL			
		No aplica			

Datos de Afiliación

EPS

IPS

SALUD TOTAL ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO Y DEL REGIMEN SUBSIDIADO S A

VIRREY SOLIS IPS SA



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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

DIANA MARCELA DIAZ MURCIA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.072.429.857**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 8 de Julio del 2026.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes



Tenga en cuenta:

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.

FORMATO COMPLETO

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:			
ÁREA 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	1	8
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	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

08-07-2026

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

9

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

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



FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA
Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1

DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO Diaz	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) Murcia	NOMBRES Diana Marcela	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 1072429857	GENERO F ☒ M ☐ NB ☐	NACIONALIDAD COL. ☒ EXTRANJERO ☐	PAÍS COLOMBIA
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐	NÚMERO	D.M.	
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DÍA 24 MES 11 AÑO 1995 PAÍS COLOMBIA DEPTO BOYACÁ MUNICIPIO COPER		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA TRANSVERSAL 14B - 38C 46 PAÍS COLOMBIA DEPTO CUNDINAMARCA MUNICIPIO SOACHA TELÉFONO 3219476281 EMAIL psic.dianadiaz10@gmail.com	

2

FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO		EDUCACION MEDIA	
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	11	AÑO	2013

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	02	2019	201223

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 COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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
INGLÉS	X			X			X		

5

EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO E.S.E. MUNICIPAL DE SOACHA JULIO CESAR PEÑALOZA				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA			MUNICIPIO SOACHA					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
			Día	01	Mes	06	Año	2024	Día	31	Mes	12	Año	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL 2808 PSICOLOGA			DEPENDENCIA AREA CLINICA					DIRECCIÓN CARRERA 2 12 38						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO E.S.E. MUNICIPAL DE SOACHA JULIO CESAR PEÑALOZA				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA			MUNICIPIO SOACHA					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
			Día	15	Mes	09	Año	2023	Día	31	Mes	12	Año	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL 2808 PSICOLOGA			DEPENDENCIA 4145. SECRETARIA DE SALUD PUBLICA					DIRECCIÓN CARRERA 1 12 38 SUR						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD FUNDACION MAS ALLA DE LOS SUEÑOS				PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO BOGOTÁ, D.C.			MUNICIPIO BOGOTÁ, D.C.					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 3194721479			FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
			Día	01	Mes	08	Año	2021	Día	01	Mes	02	Año	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL PSICOLOGA PSICOSOCIAL			DEPENDENCIA ACOMPANIAMIENTO PSICOSOCIAL					DIRECCIÓN CALLE 65A 112A 18						

**FORMULARIO ÚNICO
DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES
Y ACTIVIDAD ECONÓMICA PRIVADA
PERSONA NATURAL
(LEY 190 de 1995)**

ENTIDAD RECEPTORA

HOSPITAL MARIO GAITAN
YANGUAS -SOACHA

Período 01/01/2025 - 31/12/2025

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA

1.1. DE BIENES Y RENTAS

YO, DIANA MARCELA DIAZ MURCIA

IDENTIFICADO CON: C.C. X C.E. T.I. No. 1072429857

CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

PAIS: COLOMBIA

DEPARTAMENTO: CUNDINAMARCA

MUNICIPIO: SOACHA

DIRECCIÓN: TRANSVERSAL 14B - 38C 46

TELÉFONO: 3219476281

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
Rosa Isabel Murcia .	23.443.921	MADRE

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTICULO 122, INCISO 3°, DE LA CONSTITUCIÓN POLITICA DE COLOMBIA Y ARTICULOS 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995, PARA TOMAR POSESIÓN X PARA RETIRARME PARA ACTUALIZACIÓN PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE ,QUE LOS UNICOS BIENES Y RENTAS QUE POSEO A LA FECHA, EN FORMA PERSONAL O POR INTERPUESTA PERSONA, SON LOS QUE RELACIONO A CONTINUACION:

a) Los ingresos y rentas que obtuve en el "último" año gravable fueron:

CONCEPTO	VALOR
HONORARIOS	\$28.000.000
OTROS INGRESOS Y RENTAS	\$0
TOTAL	\$28.000.000

b) Las cuentas corrientes y de ahorro que poseo en Colombia y en el exterior son:

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NÚMERO DE CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
BANCOLOMBIA	CUENTA DE AHORROS	52500013650	BOGOTA	2.636.963

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACIÓN DEL BIEN	VALOR
MUEBLES	No poseo bienes	0

d) Las acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR
Vivienda	Arriendo	900.000

1.2. DE PARTICIPACIÓN EN JUNTAS, CONSEJOS, CORPORACIONES, SOCIEDADES Y ASOCIACIONES

a) En la actualidad participo como miembro de las siguientes juntas y consejos directivos:

ENTIDAD O INSTITUCIÓN	CALIDAD DE MIEMBRO
-----------------------	--------------------

b) A la fecha soy socio de las siguientes corporaciones, sociedades y/o asociaciones:

CORPORACIÓN, SOCIEDAD O ASOCIACIÓN	CALIDAD DE SOCIO
------------------------------------	------------------

c) En la SI NO tengo sociedad conyugal o de hecho vigente, con:
NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONYUGE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN N°
C.C. C.E. T.I.

2. ACTIVIDAD ECONÓMICA PRIVADA

Las actividades económicas de carácter privado, adicionales a las declaradas anteriormente, que he venido forma ocasional o permanente son las siguientes:

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACIÓN
----------------------------	------------------------

3. FIRMA



FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

Soacha, 08-07-2026

CIUDAD Y FECHA

DAFP-OAP

DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA FUNCIÓN PÚBLICA
LÍNEA GRATUITA DE ATENCIÓN AL CLIENTE No. 018000-917770

 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA	FORMATO DE OFERTA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS		
	PROCESO: Gerencia del talento humano	CÓDIGO	TH_FTO_13
		VERSIÓN	00
		VIGENCIA	05/07/2022

Soacha, 08 __ de Julio de 2026

NOTIFICACION DE INFORMACION

Yo DIANA MARCELA DIAZ MURCIA, identificado(a) con cedula No.1072429857 de La mesa, Cundinamarca. Interesado(a) en la oferta de prestación de servicios de: Psicóloga, manifiesto haber recibido la información correspondiente por parte del Coordinador del área para el desarrollo de las actividades publicadas en las páginas de empleo www.computrabajo.com.co y/o el www.empleo.com.

Por lo anterior si (x) no () acepto la propuesta y condiciones ofrecidas.

Si su respuesta es negativa agradecemos exponga brevemente su decisión:

Atentamente,


 Diana marcela Díaz Murcia

C.C. 1072429857

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA. PBX 6017309230 ext 109
 Email: www.hmgv.com.co Calle 13 No 9-85. Calle 13 No 10-48.
 Soacha –Cundinamarca-Colombia.

La última versión de cada documento será la única válida para su utilización y estará disponible en el Portal Interno de la Empresa Social del Estado Región de Salud Soacha evite copias de este documento ya que puede ser una versión desactualizada.

 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA	FORMATO DE INDEMNIDAD		
	PROCESO: Gerencia del talento humano, Jurídica	CÓDIGO	JUR_FTO_02
		VERSIÓN	01
		VIGENCIA	31/10/2023

Soacha, 08 de Julio de 2026

Señores,

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA

E. S. M.

Yo Diana Marcela Diaz Murcia identificado (a) con Cedula de ciudadanía No. 1072429857 de La mesa, cundinamarca por medio del presente documento me permito manifestar que:

PRIMERO: Me comprometo a hacer la entrega completa de los documentos requeridos por la Entidad para la realización del contrato, los cuales estarán actualizados y vigentes. **SEGUNDO:** Me encuentro afiliado al sistema de seguridad social (Entidad Promotora de Salud y Fondo de Pensiones). **TERCERO:** Que conozco y acepto que la Entidad realizara la afiliación a la aseguradora de riesgos laborales (ARL), una vez el contrato esté perfeccionado y legalizado. **CUARTO:** Que me comprometo a cancelar mensualmente y de manera oportuna los aportes a Seguridad Social (Entidad Promotora de Salud, Fondo de Pensiones) y aseguradora de riesgos laborales (ARL), dentro de los plazos establecidos por la normatividad vigente, de acuerdo con la base y porcentajes de cotización vigentes. **QUINTO:** Que conozco que el contrato se perfecciona y legaliza cuando: a) La documentación completa se encuentre radicada en la oficina de contratación, con el respectivo visto bueno del área de recursos humanos, b) Este suscrito por las partes (gerente y Contratista), c) Se hayan allegado las pólizas a que hubiere lugar, d) Se encuentre expedido el registro presupuestal. **SEXTO:** Que me comprometo a no iniciar la ejecución del contrato, sin que éste se haya perfeccionado y legalizado. **SÉPTIMO:** Que asumo el riesgo que se derive por haber prestado mis servicios sin que el contrato se encuentre debidamente perfeccionado y legalizado. **OCTAVO:** Que conozco y acepto que el Hospital no realizará pagos de sumas de dinero, que se causen con ocasión de la prestación del servicio sin respaldo contractual, y por lo tanto, renuncio expresamente a realizar el cobro de tales sumas de dinero.

Teniendo en cuenta lo anterior, desde este momento, renuncio expresamente a iniciar acciones judiciales en contra de la Entidad y, por ende, me hago responsable pecuniaria, judicial y disciplinariamente por los daños o perjuicios originados en reclamaciones de terceros, que se deriven de mis actuaciones u omisiones en la prestación de mis servicios sin respaldo contractual.

Cordialmente,


C.C. No. 1072429857 De La mesa, cundinamarca

 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA	FORMATO PARA REALIZAR LA AFILIACIÓN A LA ARL		
	PROCESO: Gerencia del talento humano	CÓDIGO	SSO_FTO_01
		VERSIÓN	01
		VIGENCIA	12/03/2024

ARL SURA

DATOS DEL CONTRATISTA:

Nombre y apellido:
DIANA MARCELA DIAZ MURCIA

N.º Documento:
1072429857

Fecha de Nacimiento:
24/11/1995

Dirección:
TRASVERSAL 14B 38C 46

Teléfono. Fijo – Celular:
3219476281

E-mail:
Psic.dianadiaz10@gmail.com

EPS:
Salud total

AFP:
Porvenir

Firma Contratista:


NOTA: En caso de estar afiliado a otra ARL favor allegar con este formato la copia de la afiliación y de igual forma es de carácter obligatorio el diligenciamiento del formato de solicitud de afiliación 2024 que se encuentra en el drive y fue compartido a cada uno de los responsables de su diligenciamiento.

Medellín, 14 de July de 2026

LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

CERTIFICA:

Que DIANA MARCELA DIAZ MURCIA identificado(a) con cédula de ciudadanía 1072429857 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:

Fecha inicio cobertura: 15/07/2026

Fecha fin cobertura: 31/08/2026

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS N800006850

ACTIVIDAD ECONÓMICA:

3861001 - ACTIVIDADES DE HOSPITALES Y CLÍNICAS, CON INTERNACIÓN, COMPRENDE LAS ACTIVIDADES QUE CONSISTEN PRINCIPALMENTE EN LABORATORIO CLÍNICO, ENDOSCOPIA, PATOLOGÍA ETC. CUANDO SE PRESTAN A PACIENTES INTERNOS LA ATENCIÓN DE PACIENTES INTERNOS, QUE SE REALIZA BAJO LA SUPERVISIÓN DIRECTA DE MÉDICOS Y ABARCA: LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA A PACIENTES INTERNOS EN HOSPITALES CUANDO SE PRESTA POR PROFESIONALES VINCULADOS A LA INSTITUCIÓN DE INTERNACIÓN; EL SERVICIO DE PERSONAL MÉDICO GENERAL Y ESPECIALIZADO Y PARAMÉDICO EN: SERVICIO DE COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA: REHABILITACIÓN (POR TERAPISTAS), OPTOMETRÍA, PSICOLOGÍA, NUTRICIÓN, FONOAUDIOLOGÍA, ETC. CUANDO SE PRESTAN A PACIENTES INTERNOS; SERVICIOS DE URGENCIAS SERVICIOS DE QUIRÓFANOS, SERVICIOS DE FARMACIA, SERVICIOS DE COMIDA A PACIENTES INTERNOS Y OTROS SERVICIOS HOSPITALARIOS; SERVICIOS DE CENTROS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR QUE PROPORCIONAN TRATAMIENTO MÉDICO TALES COMO ESTERILIZACIÓN E INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO, CUANDO SE REALIZAN CON INTERNACIÓN

CLASE DE RIESGO: 3 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 2.436%

CENTRO DE TRABAJO: 0000000001 - TRABAJADORES INDEPENDIENTES

CLASE: 3 **PORCENTAJE:** 2.436% **TIPO COTIZANTE:** INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES

ACTIVIDAD ECONÓMICA CENTRO DE TRABAJO:

3861001 - ACTIVIDADES DE HOSPITALES Y CLÍNICAS, CON INTERNACIÓN, COMPRENDE LAS ACTIVIDADES QUE CONSISTEN PRINCIPALMENTE EN LABORATORIO CLÍNICO, ENDOSCOPIA, PATOLOGÍA ETC. CUANDO SE PRESTAN A PACIENTES INTERNOS LA ATENCIÓN DE PACIENTES INTERNOS, QUE SE REALIZA BAJO LA SUPERVISIÓN DIRECTA DE MÉDICOS Y ABARCA: LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA A PACIENTES INTERNOS EN HOSPITALES CUANDO SE PRESTA POR PROFESIONALES VINCULADOS A LA INSTITUCIÓN DE INTERNACIÓN; EL SERVICIO DE PERSONAL MÉDICO GENERAL Y ESPECIALIZADO Y PARAMÉDICO EN: SERVICIO DE COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA: REHABILITACIÓN (POR TERAPISTAS), OPTOMETRÍA, PSICOLOGÍA, NUTRICIÓN, FONOAUDIOLOGÍA, ETC. CUANDO SE PRESTAN A PACIENTES INTERNOS; SERVICIOS DE URGENCIAS SERVICIOS DE QUIRÓFANOS, SERVICIOS DE FARMACIA, SERVICIOS DE COMIDA A PACIENTES INTERNOS Y OTROS SERVICIOS HOSPITALARIOS; SERVICIOS DE CENTROS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR QUE PROPORCIONAN TRATAMIENTO MÉDICO TALES COMO ESTERILIZACIÓN E INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO, CUANDO SE REALIZAN CON INTERNACIÓN

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

ACTIVIDAD ECONÓMICA:

3861001 - ACTIVIDADES DE HOSPITALES Y CLÍNICAS, CON INTERNACIÓN, COMPRENDE LAS ACTIVIDADES QUE CONSISTEN PRINCIPALMENTE EN LABORATORIO CLÍNICO, ENDOSCOPIA, PATOLOGÍA ETC. CUANDO SE PRESTAN A PACIENTES INTERNOS LA ATENCIÓN DE PACIENTES INTERNOS, QUE SE REALIZA BAJO LA SUPERVISIÓN DIRECTA DE MÉDICOS Y ABARCA: LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA A PACIENTES INTERNOS EN HOSPITALES CUANDO SE PRESTA POR PROFESIONALES VINCULADOS A LA INSTITUCIÓN DE INTERNACIÓN; EL SERVICIO DE PERSONAL MÉDICO GENERAL Y ESPECIALIZADO Y PARAMÉDICO EN: SERVICIO DE COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA: REHABILITACIÓN (POR TERAPISTAS), OPTOMETRÍA, PSICOLOGÍA, NUTRICIÓN, FONOAUDIOLOGÍA, ETC. CUANDO SE PRESTAN A PACIENTES INTERNOS; SERVICIOS DE URGENCIAS SERVICIOS DE QUIRÓFANOS, SERVICIOS DE FARMACIA, SERVICIOS DE COMIDA A PACIENTES INTERNOS Y OTROS SERVICIOS HOSPITALARIOS; SERVICIOS DE CENTROS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR QUE PROPORCIONAN TRATAMIENTO MÉDICO TALES COMO ESTERILIZACIÓN E INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO, CUANDO SE REALIZAN CON INTERNACIÓN

CODIGO DE ACTIVIDAD: 3861001

CLASE DE RIESGO: 3 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 2.436%

Su pago lo debe realizar con riesgo null (null %), teniendo en cuenta lo siguiente:

Artículo 11, Decreto 723 de 2013: Cotización y Pago: La cotización se realizará teniendo en cuenta el mayor riesgo entre:

1. La clase de riesgo del centro de trabajo de la entidad o institución.
2. El propio de la actividad ejecutada por el contratista.

Parágrafo 1: Cuando las entidades o instituciones no tengan centros de trabajo se tomará la actividad principal o institución.

null

 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA	AUTORIZACIÓN CONSULTA TITULOS ACADEMICOS		
	PROCESO: Gerencia del talento humano	CÓDIGO	TH_FTO_31
		VERSIÓN	00
		VIGENCIA	5/07/2022

Soacha 08 de julio de 2026

Señores:

UNIMINUTO

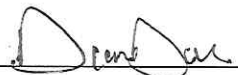
(Nombre de la institución educativa en la que obtuvo el título que soporta el cargo actual)

REF: Autorización para consulta de títulos Académicos.

Yo DIANA MARCELA DIAZ MURCIA en consideración a que el artículo 15 de la Constitución Política de Colombia establece “todas las personas tienen derecho a su intimidad personal y familiar y a su buen nombre y el Estado debe respetarlos y hacerlos respetar” y de acuerdo con lo establecido por el literal c del Artículo 4 de la ley 1581 de 2012 y de conformidad con el Decreto 1377 de 2013, en el que se establecen los principios para el tratamiento de datos personales, en cuanto al principio de libertad “el tratamiento solo puede ejercerse con el consentimiento ,previo, expreso e informado del titular. Los datos personales no podrán ser obtenidos o divulgados sin previa autorización, o en ausencia de mandato legal o judicial que releve el consentimiento”.

De igual manera, teniendo en cuenta que la información solicitada en cuanto a datos personales en mi calidad de egresado. Solo podrá ser suministrada con mi consentimiento previo y expreso, autorizo a ustedes emitir respuesta a la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA, sobre la idoneidad de mi título como: PSICOLOGA

Cordialmente;

Firma 

Nº Documento 1072029857

Tarjeta Profesional 201223

Dirección de contacto TR. 1uB 38C u6

Teléfono 3219476281

 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA	COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD Y NO DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN: CONTRATISTAS		
	PROCESO: Gerencia del talento humano, Jurídica	CÓDIGO	JUR_FTO_20
		VERSIÓN	01
		VIGENCIA	31/10/2023

COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD Y NO DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN CONTRATISTAS DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA.

Yo, Diana Marcela Diaz Murcia, identificado (a) con cédula de ciudadanía número 1072429857, expedida en La mesa, Cundinamarca, en mi condición de contratista de la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA**, usuario (a) de los aplicativos y herramientas del sistema de información de la Entidad, entiendo y acepto las siguientes condiciones, compromisos, derechos y deberes relacionados: **CLÁUSULA PRIMERA: Definición de información confidencial.** La confidencialidad es uno de los principios que regula la actividad del tratamiento de datos personales, en virtud del cual, las personas que intervengan en la recolección, almacenamiento, uso, divulgación y control de estos datos están obligadas, en todo tiempo, a garantizar la reserva de la misma, incluso después de finalizar sus relaciones con el responsable del tratamiento, hállese esta en forma escrita, oral, visual, grabada en medios magnéticos o en cualquier otra forma tangible. **CLÁUSULA SEGUNDA: Propiedad de la información:** La información suministrada pertenece a la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA** y a sus respectivos titulares, no pudiendo ser utilizada para fines distintos al cumplimiento de las actividades contractuales. **CLÁUSULA TERCERA: Objeto de la confidencialidad:** El presente compromiso de confidencialidad y no divulgación de la información, tiene por objeto señalar y especificar las políticas de confidencialidad que debe cumplir el contratista, respecto del acceso, consulta y uso de la información confidencial que produce y administra la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA**. **CLÁUSULA CUARTA: Obligaciones del contratista.** Como contratista de la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA**, me obligo a mantener estricta reserva de confidencialidad sobre la información que conozca o cause con ocasión del desarrollo de mis actividades contractuales y a no divulgar a terceras personas sin autorización del supervisor y/o directivas de la Entidad. También me comprometo a no usar la información suministrada para fines diferentes a los establecidos, a no revelar, divulgar, exhibir, mostrar, hacer circular, compilar, sustraer, ofrecer, vender, intercambiar, captar, interceptar, modificar, almacenar, replicar, complementar o crear bases de datos con la información confidencial. Igualmente, no utilizare la información confidencial de forma que pudiese causar perjuicio directo o indirecto a los titulares de la información o a la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA**. **Parágrafo Primero.** Como contratista responderé frente al Hospital por la utilización indebida de la información y me someteré al régimen del ordenamiento jurídico colombiano en caso de incumplimiento de

 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA	COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD Y NO DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN: CONTRATISTAS		
	PROCESO: Gerencia del talento humano, Jurídica	CÓDIGO	JUR_FTO_20
		VERSIÓN	01
		VIGENCIA	31/10/2023

Los términos pactados. **CLÁUSULA QUINTA: Protección de datos.** La protección de los datos personales de los empleados y contratistas contenidos en los aplicativos y herramientas es mi principal compromiso, toda vez que son catalogados como datos sensibles con carácter reservado y confidencial, y, su tratamiento está sujeto a la ley y normatividad aplicable a la información pública reservada, igualmente reconozco que la historia clínica es un documento privado, obligatorio y sometido a reserva. **CLÁUSULA SEXTA: Utilización de la información:** Como contratista de la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA** me obligó a utilizar la información recibida, únicamente para el buen desarrollo de las actividades correspondientes e implementación de los aplicativos y herramientas relacionadas. **CLÁUSULA SÉPTIMA: Contraseña:** La utilización de la contraseña para el acceso a los aplicativos y herramientas (ver cuadro anexo) se constituye como el primer compromiso de protección de la información y datos personales por estos tratados. La misma estará sujeta a una completa confidencialidad. En ningún caso la divulgaré o compartiré, en forma verbal o escrita, y procurare su custodia para que esta no pueda ser registrada o gravada. En este sentido, como usuario de los aplicativos y herramientas, me comprometo a garantizar la confidencialidad, reserva y seguridad de la información. **Parágrafo Primero:** Como titular del usuario asignado me haré responsable de todas las actividades realizadas a través de mi cuenta. **Parágrafo Segundo.** La contraseña será generada y comunicada al correo electrónico institucional oficial a la solicitud de respuesta de creación del usuario (según aplique). **Parágrafo Tercero:** Es mi compromiso como usuario de los aplicativos y herramientas (ver cuadro relacionado) cambiar la contraseña inicial cuando esto lo requiera al administrador por correo electrónico. La contraseña debe seguir estándares de seguridad como mínimo debe cumplir con: a) Una longitud mínima de siete (7) caracteres alfanuméricos. b) No contendrá nombres, números de teléfonos, palabras, números o letras consecutivas repetidas. **CLÁUSULA OCTAVA: Traspaso de información.** Solo podrá reproducirse dicha información confidencial si ello resulta necesario para cumplir con la función pública y solo podrá darse a conocer a aquellos servidores públicos y/o contratistas que tengan necesidad de conocerla para la mencionada finalidad, y cuando autoridad pública la solicite en ejercicio de sus funciones. En caso de que se les entregue información confidencial a aquellos, se les deberá enterar de los términos de este Acuerdo, los cuales deben aceptar y adherir antes de recibirla. **CLÁUSULA NOVENA: Bloqueo.** Como usuario de los aplicativos y herramientas (ver cuadro anexo) acepto que el Administrador del aplicativo proceda con el bloqueo de la cuenta cuando este último evidencie una falta de uso fuera de los límites permitidos de inactividad. **Parágrafo Primero.** Como usuario de los aplicativos y herramientas (ver cuadro anexo) informaré al Administrador del Sistema, a través de los canales establecidos para tal fin, cuando se presente algún bloqueo o incidencia en la cuenta de usuario de manera que se puedan adelantar las acciones pertinentes. **CLÁUSULA DÉCIMA: Aplicación normativa.** Para el caso del manejo de información que incluya datos personales, daré estricto cumplimiento a las disposiciones

 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA	COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD Y NO DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN: CONTRATISTAS		
	PROCESO: Gerencia del talento humano, Jurídica	CÓDIGO	JUR_FTO_20
		VERSIÓN	01
		VIGENCIA	31/10/2023

Constitucionales y legales sobre la protección del derecho fundamental de habeas data, en particular lo dispuesto en el artículo 15 de la Constitución Política, la Ley 1581 de 2012 y su decreto reglamentario 1377 de 2013; ley 1712 de 2014 y Ley 1074 de 2015; Resolución 1995 de 1999; así como aquellas que regulan reserva y demás normas que las modifiquen, adicionen o deroguen. **CLÁUSULA DÉCIMA PRIMERA:** Verificación de la confidencialidad y uso de la información. La ESE se reserva el derecho a verificar en cualquier momento y sin previo aviso, el cumplimiento del acuerdo de confidencialidad y no divulgación de la información con respecto al tratamiento de la información. **CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA:** Sanciones. La violación del COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD, será objeto de investigación sin perjuicio de las demás sanciones de ley que se pudieran suscitar. **CLÁUSULA DÉCIMA TERCERA:** Vigencia. El presente acuerdo individual tendrá una duración por la vigencia del contrato, pero, aquella información con carácter reservado de acuerdo con la ley, será continúa, permanente y no vencerá por la terminación del contrato.

APLICATIVOS Y HERRAMIENTAS UTILIZADAS EN LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA

ÍTEM	DESCRIPCIÓN	MARCAR CON X
1	BASE DE DATOS PERSONALES DE USUARIOS, EMPRESAS, ENTIDADES DE SALUD, FUNCIONARIOS Y CONTRATISTAS	
2	APLICATIVOS FUENTES DE INFORMACIÓN: • DATADOC • SIVIGILA • SIVISALA • MANGO • PAI WEB • DINÁMICA GERENCIAL HOSPITALARIA • PLATAFORMA INSTITUCIONAL DE CAPACITACIONES	X
3	FICHAS DE NOTIFICACIÓN EPIDEMIOLÓGICAS	
4	HISTORIAS CLÍNICAS	X
5	BASES DE DATOS SISBEN – RÉGIMEN SUBSIDIADO – RÉGIMEN CONTRIBUTIVO	
6	INFORMACIÓN PRIVILEGIADA Y RESERVADA – SECRETO PROFESIONAL	

 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA	COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD Y NO DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN: CONTRATISTAS		
	PROCESO: Gerencia del talento humano, Jurídica	CÓDIGO	JUR_FTO_20
		VERSIÓN	01
		VIGENCIA	31/10/2023

Para constancia se firma en Soacha, a los 08 de Julio de 2026_____




Firma y huella

3219476281
 Celular No.

Psic.diamnadiaz10@gmail.com
 Correo institucional

FORMATO DE INHABILIDADES			
 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA	Proceso: Gestión del Talento Humano	CODIGO	TH FTO 56
		VERSION	00
		VIGENCIA	04/05/2023

Soacha, 08 de Julio de 2026.

Señores

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA
 Soacha (Cundinamarca)

Yo Diana Marcela Diaz Murcia con C.C. 1072429857 expedida en La mesa, Cundinamarca, declaro bajo la gravedad de Juramento que no me encuentro incurso, en causales de inhabilidades e incompatibilidades de conformidad con las normas vigentes que regulan el tema: articulo 8 y 9 Ley 80/93, Ley 1150/2007 y Decretos reglamentarios.

De igual manera declaro no encontrarme, en ninguna de las siguientes causales: Conflicto de Intereses, Ser servidor público, caducidad, destitución, responsabilidad fiscal, cesación de pagos, concurso de acreedores, embargos judiciales, liquidación y cualquier otra circunstancia que permita presumir incapacidad o imposibilidad jurídica, económica o técnica para cumplir con el objeto del contrato.

Atentamente,


 C.C. 1072429857

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.



MINISTERIO DE SALUD
Y PROTECCIÓN SOCIAL

Certificado de vacunación del adulto

Nombres: **Diana Marcela**
Apellidos: **Díaz Murcia**
Documento de identidad: C.C. C.E. P.A. C.D. S.C. P.E. P.P.T. D.E.
Número de documento: **1072429857**
Fecha de nacimiento: Día **24** Mes **11** Año **1995**

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Sarampión - Rubéola	Única			
Fiebre Amarilla	Única			
Toxoide Tetánico - Diférico (Td)	1	17-06-24	23339	IPS vacunadora Nombre vacunador
	2	17-07-24		
	3			
	4			
	5			
TdaP acelular	1			
	2			
Hepatitis B	1			
	2			
	3			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
VPH	1			
	2			
Influenza estacional	Anual	17-06-24	V50	IPS vacunadora Nombre vacunador
	Anual			
Covid 19	1ª	17-06-24		
	2ª			
	1er Ref.			
	2do Ref.			
Otras				



La salud es de todos

Minsalud

MiVacuna

Certificado de vacunación

Nombre:

DIANA WARECIA

Apellido:

DIAZ LUZBIA

Documento de identidad:

C.C. YD. Pasaporte PER DNI CUI

Nº:

1092 429 839.

Fecha de vacunación:

Día

24

Mes

11

Año

199

Biología	Dosis	Fecha	Tabicación	Lote	Fluorometría	Nombre y apellido	Código del
COVID-19	1	03 AGO 2021	MODERNA	914066	Innovar Salud	Thao Adelaide Barrios de Tamarit	U.N. 1.037.12.1.03
	2	03/11/21	MODERNA	914066	ALUX. Enfermería	ALUX. Enfermería	107368539
	3	21/01/22	moderna	914066	ALUX. Enfermería	Natalia Palma Santana	Cc 1192898885

VACUNA	DOSIS	FECHA DE APLICACIÓN	LOTE	FIRMA
FIEBRE TIFOIDEA				
MENINGO COCO				
DPT ACELULAR				
ANTIRRABICA	1			
	2			
	3			
	R			
OTRAS				



CERTIFICADO DE VACUNACIÓN
CON LA VACUNA EN ACCIÓN
GANAMOS PROTECCIÓN

Nombre: Diana Marcela Diaz
Documentos de Identidad 1.032.429.853
Tel: 3219436281 F/N 24 / Nov / 9

Nº 9607

320 951 33

323 800 12

(601) 870 4

esencialtuvida@gmail.com

Gra. 6 # 17 - 40 SOACHA Barrio San Luis

Powered by CamSc

VACUNA	DOSIS	FECHA DE APLICACIÓN	LOTE	FIRMA
TRIPLE VIRAL	1			
	2			
HEPATITIS B	1	02 AGO 2024	HEPATITIS B 220500123C ene-26	IPS ESENCIAL
	2			
	3			
	R			
HEPATITIS A	1			
	2			
VARICELA	1			
	2			

VACUNA	DOSIS	FECHA DE APLICACIÓN	LOTE	FIRMA
INFLUENZA	1			
	2			
	3			
TOXOIDE TETANICO Y DIFTERICO	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
NEUMO COCO	1			
FIEBRE AMARILLA	1			

Powered by CamSc

INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

Tipo certificación: Ingreso ☒ Periódico ☐ Retiro ☐ Post incapacidad ☐ Caso ocupacional ☐
 Control ☐ Reubicación ☐ Ingreso al SVE ☐ Trabajo en alturas ☐

DATOS DEL PACIENTE

Fecha: 21/07/2023 11:56:00 Empresa PARTICULAR

Nombre DIANA MARCELA DIAZ MURCIA

Cargo PSICOLOGA

Doc. identidad CC 1072429857



SE PRÁCTICARON LOS SIGUIENTES PARACLINICOS

1 ESFASIS OSTEOMUSCULAR	2	3
4	5	6
7	8	9

EXAMEN DE INGRESO	SI	NO	NO APLICA	ALTA INFORMACIÓN	EXAMEN PERIÓDICO	SI	NO
Apto para el cargo	☒	☐	☐	☐	Apto para continuar desempeñando el cargo sin limitaciones	☐	☐
Aplazado	☐	☐	☐	☐	Requiere restricciones de actividades	☐	☐
Apto con restricciones	☐	☒	☐	☐	Requiere reubicación laboral temporal	☐	☐
Apto para trabajar en alturas	☐	☐	☒	☐	Requiere reubicación laboral permanente	☐	☐
Apto para trabajar en espacios confinados	☐	☐	☒	☐	Apto para trabajar en alturas	☐	☐
Apto para Trabajar con equipos de suministro de aire o autocontenido	☐	☐	☒	☐	Apto para trabajar en espacios confinados	☐	☐
Apto para participar en la brigada	☐	☐	☒	☐	Apto para trabajar en alturas	☐	☐
Apto para el requerimiento del cargo de la empresa o contratista	☒	☐	☐	☐			

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

Visual ☐ Auditivo ☐ Respiratorio ☐ Cardiovascular ☐ Psicosocial ☐ Ergonómico ☐ Otros ☐

REMISIÓN SI ☐ NO ☒ ARL SI ☐ NO ☒ EPS SI ☐ NO ☒

SGO CARDIOVASCULAR: Bajo

1. Pausas activas 5 min por cada 4 horas de trabajo
2. Higiene postural

Monica Alejandra Perez Navarrete
 MEDICA GENERAL EN
 SEGURIDAD Y SALUD DEL
 TRABAJO
 C.C 1030583036

MÓNICA PEREZ NAVARRETE
 Especialidad: MEDICINA DEL TRABAJO Y
 MEDICINA LABORAL
 CC: 130583036 RM: RES 11741 DE 09/10/2017

Trabajador: DIANA MARCELA DIAZ MURCIA
 CC 1072429857

Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad

Dirección: CL 12 A # 9 -914 Teléfono: 8822218
 Email: CLINICAEUGENIODIAZ2015@GMAIL.COM



Capitula Biométrica

INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

3. Puesto de trabajo ergonómicamente Apto
4. Cuando escribas en un computador, al digitar sólo mueve los dedos. Mantén siempre las muñecas rectas y la espalda derecha sobre el espaldar de la silla.
5. Siempre coloca los pies a la altura del piso.
6. Los monitores deben estar a la altura de los ojos, para no tener que agachar el cuello para mirar lo que se escribe.
7. Uso adecuado del tapabocas
8. Distanciamiento social
9. Lavado de manos
10. Siga los lineamientos de bioseguridad de la empresa
11. Realizar ejercicio 30 min 3 veces a la semana
12. Disminuir el consumo de carbohidratos
13. Procurar mantener un proceso de comunicación fluido, coherente y agradable con el usuario.

Los resultados fueron consignados en una historia clínica ocupacional que reposará en nuestra IPS.

Monica Alejandra Perez Navarrete
MÉDICO GENERAL EN
SEGURIDAD Y SALUD DEL
TRABAJO
C.C. 1030583036

MONICA PEREZ NAVARRETE
Especialidad: MEDICINA DEL TRABAJO Y
MEDICINA LABORAL
CC: 130583036 RM: RES 11741 DE 09/10/2017



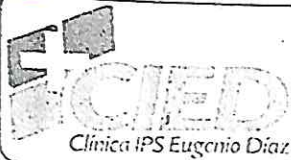
Trabajador: DIANA MARCELA DIAZ MURCIA
CC 1072429857

Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad



Captura Biométrica

Dirección: CL 12 A # 9 -914 Teléfono: 8822218
Email: CLINICAEUGENIODIAZ2015@GMAIL.COM



CLINICA IPS EUGENIO DIAZ SAS

Nit. 900810768 - 8
Dirección: CL 12 A # 9 -914
Tel: 8822218

VISIOMETRÍA

Fecha examen: 14/05/2025

Doc. Identidad CC 1072429857 Nombre DIANA MARCELA DIAZ MURCIA Fecha Nacimiento: 24/11/1995
Entidad PARTICULAR Edad 29 años Ocupación PSICOLOGA
H.C No Ingreso ☒ Periódico ☐ Retiro ☐ Caso Ocupacional ☐ Reubicación ☐
Post incapacidad ☐ Trabajo en alturas ☐ Control ☐ Ingreso al SVE ☐
Empresa CONVENIO PARTICULAR 001 Cargo PSICOLOGA Antigüedad del cargo 6 AÑO
Fondo de Pensión NO SABE EPS ARL NO SABE

Último Examen Visual 6 MESES Usa anteojos: SI ☒ NO ☐ VL ☐ VP ☐ PC ☒ Bifocal ☐
Progresivo ☐ Filtros ☐ LC RGP ☐ LC BLANDO ☐ Frecuencia de uso: Permanente ☐ Ocasional ☒
Usa protección ocular gafas de seguridad o máscara? SI ☐ NO ☒ Cirugías: SI ☐ NO ☒ Cual? NO REFIERE,
Accidentes oculares SI ☐ NO ☒ Cual? NO REFIERE,
Signos y síntomas: Asintomático ☐ Disminución visual de cerca ☐ Disminución visual de lejos ☐ Cefaleas ☐ Resequedad ocular ☐
Ardor Ocular ☐ Lagrimeo ☐ Cansancio Ocular ☒ Irritación ☐ Fotofobia ☐ Prurito Ocular ☐ Salto de renglón ☐
Antecedentes personales y/o familiares NO REFIERE, NO SINTOMAS COVID VACUNA COVID 3 DOSIS /2022

CC	VL	VP	SC	VL	VP
OD	-	-	-	20/20-	20/20-
OI	-	-	-	20/20-	20/20-
AO	-	-	-	-	-

	ESF	CIL	EJE	ADD
OD	-	-	°	-
OI	-	-	°	-

Segmento Anterior: Hiperemia conjuntival ☒ Pterigio N ☐
Pterigio T ☐ Pinguécula ☐ Nevus ☐ Blefaritis ☐
Blefaritis seborreica ☐ Secreción ☐ Leucoma Corneal ☐
Ptosis palpebral ☐ Otros: ☐

VL: - VP: - HISHBERG: -
Ducciones: - Versiones: - PPC: -

Visión cromática		Vis. profun.	Vis. confor.
OD Normal ☒	Discromatopsia ☐	Ceguera al color ☐	-
OI Normal ☒	Discromatopsia ☐	Ceguera al color ☐	-

Emetropia ☐ OD OI ☐
Ametropia ☐ ☒ ☒
Disminución visual ☐ ☐ ☐
Otros: ☐

Refracción: ESF				Subjetivo: - DP: -			
	Esfera	Cilindro	Eje		Esfera	Cilindro	Eje
OD	+050	-050	10	OD	-	-	-
OI	+075	-075	0	OI	-	-	-

H522 ASTIGMATISMO

☒ Apto ☐ No Apto ☐ Aplazado

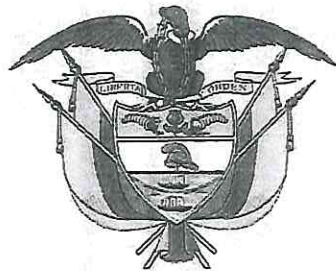
RECOMENDACIONES

OBSERVACIONES

1. USO DE CORRECCIÓN ÓPTICA PARA COMPUTADOR, LECTURA Y ESCRITURA
2. PAUSAS VISUALES
3. NO TRAE GAFAS

DRA. CLAUDIA R. VELANDIA M.
OPTOMETRA -FUAA
REG 1373 CTNPO
ESPECIALISTA SALUD OCUPACIONAL
RES. 7854/2013

CLAUDIA ROCIO VELANDIA MARENTES
Especialidad: OPTOMETRIA
CC: 39877176 RM: RESOLUCION 7854 DE 2013



La República de Colombia
En su nombre la
Institución Educativa Departamental
“ Francisco Julián Olaya ”
La Mesa - Cundinamarca

Aprobado por la Secretaría de Educación de Cundinamarca, según
Resolución No. 009054 del 29 de Octubre de 2007

Confiere a:

Diana Marcela Díaz Murcia

Identificado (a) con C.C. No. 1.072.429.857 de La Mesa

El Título de:

**Bachiller Técnico
en Turismo y Recreación**

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al Nivel de
Educación Media Técnica, Artículo 28 Ley 115 de 1994;
según los planes y programas vigentes

Rector

Secretaría



Gustavo Padilla Villamil
Gustavo Padilla Villamil

Dolly Jaidibe Correa Oliveros
Dolly Jaidibe Correa Oliveros

Libro de Registro No. 01

Folios No. 46

Folio No. 041

Dado en La Mesa, a los 02 días del mes de Diciembre del año 2013

No requiere Registro de la Secretaría de Educación, según Decretos No. 921
del 6 de Mayo de 1994, expedido por el Ministerio de Educación Nacional,
y 2150 del 5 de Diciembre de 1995, Presidencia de La República

ACTA INDIVIDUAL DE GRADO



INSTITUCION EDUCATIVA DEPARTAMENTAL FRANCISCO JULIAN OLAYA

JORNADA UNICA

BARRIO MARSELLA — Teléfono: 8472839
LA MESA - CUNDINAMARCA

Nº 081 Folio Nº 115
INSCRIPCION S.E.

125386000295
INSCRIPCION DANE

En la ciudad de La Mesa - Cundinamarca, a los 2 días del mes de Diciembre del año 2013 se reunieron, con el fin de formalizar la graduación de los estudiantes, de último grado, los suscritos Rector y Secretaria Pagadora encargada en la Rectoría de la INSTITUCION EDUCATIVA DEPARTAMENTAL FRANCISCO JULIAN OLAYA, Jornada Unica. Institución aprobada hasta Grado Once en el nivel de Educación Media. Aprobada por el Ministerio de Educación Nacional, para otorgar el Título de Bachiller Técnico en Turismo y Recreación, según Resolución N° 009054 del 29 de Octubre de 2007.

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

BACHILLER TECNICO EN TURISMO Y RECREACION

al graduando cuyos nombres, apellidos y número de documento de identidad se relacionan a continuación:

Diana Marcela Díaz Murcia

Identificado (a) con C.C. N° 1.072.429.857 de La Mesa

Es fiel copia tomada del Acta Original General N° 046 Folio N° 041 de fecha 2 de Diciembre del año 2013 que consta de 137 estudiantes; que comienza con el nombre de OSCAR JAVIER ALVAREZ GALVIZ y se cierra con el nombre de SUSAN ESTHER ZURITA PULIDO

FIRMADA Y SELLADA

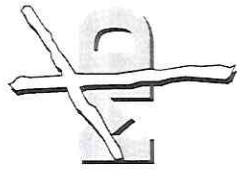
Rector

Secretaria

P. Gustavo Padilla Valenzuela
C.C. N° 19.291.680 de Bogotá

Nelly Jaidive Correa Oliveros
C.C. N° 20.685.126 de La Mesa Cund

Dada en La Mesa - Cundinamarca, a los 2 días del mes de Diciembre del año 2013



UNIMINUTO

Corporación Universitaria Minuto de Dios

Diana Marcela Díaz Murcia

C.C. No. 1.072.429.857

Ha cumplido con los requisitos académicos exigidos por la Institución,
la cual, con las debidas autorizaciones le otorga el título de

Psicóloga

en testimonio se firma y sella este diploma

Rector General

Secretario General

Rector UVD



Diana Marcela Díaz Murcia
Secretario General



ACTA INDIVIDUAL DE GRADO No. 100

La Suscrita Secretaria General de La Corporación Universitaria Minuto de Dios - UNIMINUTO.

Certifica:

Que en la ciudad de Bogotá, Distrito Capital; el día veintisiete (27) de Junio de dos mil diecinueve (2019), la Corporación Universitaria Minuto de Dios - UNIMINUTO, Institución de Educación Superior, reconocida por el Ministerio de Educación Nacional, previo el juramento reglamentario, confirió el título de Psicóloga a Diana Marcela Diaz Murcia con cédula de ciudadanía No. 1.072.429.857 quien aprobó la opción de grado correspondiente y cumplió con las normas legales, los requisitos académicos y las exigencias establecidas en los Estatutos y Reglamentos para el grado, y le otorgó el Diploma No. 100772 que la acredita como tal, registrado en el Folio 484 del Libro No. 009 de Registro de Títulos expedidos por la Corporación Universitaria Minuto de Dios – UNIMINUTO.

La Corporación Universitaria Minuto de Dios – UNIMINUTO está autorizada para conferir este título por la Ley 30 del 28 de Diciembre de 1992. El programa cuenta con Resolución de Registro Calificado según Código SNIES 91141 concedido por el Ministerio de Educación Nacional.

En constancia de lo anterior se firma en la ciudad de Bogotá, Distrito Capital; el día veintisiete (27) de Junio de dos mil diecinueve (2019).

Alvaro Campo Cabal
Rector UVD



Linda Lucía Guarín Gutiérrez
Secretaria General

Esta Tarjeta Profesional es personal e intransferible y acredita a su portador como PSICÓLOGA de conformidad con los Artículos 6, 7 y 12 de la Ley 1090 de 2006 y es requisito legal para el ejercicio profesional en Colombia.



GLORIA AMPARO VÉLEZ
Presidente del Consejo Directivo

www.colpsic.org.co



COLEGIO COLOMBIANO DE PSICÓLOGOS

**TARJETA PROFESIONAL
DE PSICÓLOGA**

No. 201223

Fecha de expedición: 05/09/2019

DIANA MARCELA DIAZ MURCIA

Cédula de Ciudadanía

1072429857

Según la Ley 1090 de 2006, este documento es de carácter vitalicio y tiene validez nacional, por tanto su vigencia es permanente.

Resolución No. 201223

(05 de septiembre de 2019)

Por la cual se expide una Tarjeta Profesional de Psicóloga

EL PRESIDENTE DEL CONSEJO DIRECTIVO NACIONAL DEL COLEGIO COLOMBIANO DE PSICÓLOGOS

En uso de la atribución conferida por el Acuerdo No. 56 de 2021 de la Sala Nacional Colegial y

CONSIDERANDO:

Que el artículo 6º de la Ley 1090 de 2006 señala : “*Requisitos para ejercer la profesión de psicólogo. Para ejercer la profesión de Psicólogo se requiere acreditar su formación académica e idoneidad profesional, mediante la presentación del título respectivo, el cumplimiento de las demás disposiciones de ley y obtenido la Tarjeta profesional expedida por el Colegio Colombiano de Psicólogos*”;

Que el artículo 7º numeral 1º de la Ley 1090 de 2006 señala que “*Solo podrán obtener la tarjeta profesional de psicólogo, ejercer la profesión y usar el respectivo título dentro del territorio colombiano, quienes: 1. Hayan adquirido o adquieran el título de psicólogo, otorgado por universidades o instituciones universitarias, oficialmente reconocidas*”;

Que DIANA MARCELA DIAZ MURCIA, con Cédula de Ciudadanía No. 1072429857, solicitó a este Colegio la expedición de su Tarjeta Profesional de Psicóloga;

Que según consta en certificación allegada a este Colegio por la Facultad/Programa de Psicología de la CORPORACION UNIVERSITARIA MINUTO DE DIOS -UNIMINUTO- el 7/2/19, la solicitante obtuvo el Título de PSICÓLOGA otorgado por dicha universidad el 6/27/19 según consta en el Acta de Grado No. 100; el Diploma No. 100772; el Folio del Acta No. 484;

Que el Programa de Psicología ofrecido por la CORPORACION UNIVERSITARIA MINUTO DE DIOS -UNIMINUTO-, cuenta con Registro Calificado otorgado por el Ministerio de Educación Nacional.

En consideración con lo anterior, el Presidente del Consejo Directivo Nacional del Colegio Colombiano de Psicólogos,

RESUELVE:

ARTÍCULO 1º-. Expedir la Tarjeta Profesional de Psicóloga **No 201223** válida en todo territorio nacional, a DIANA MARCELA DIAZ MURCIA, con Cédula de Ciudadanía No. 1072429857.

ARTÍCULO 2º-. La presente Resolución rige a partir de la fecha.

ARTÍCULO 3º-. Contra la presente resolución proceden los recursos de ley al tenor de lo dispuesto en el Artículo 76 de la Ley 1437 de 2011.

COMUNIQUESE Y CÚMPLASE.

Original firmado por el/la Presidente/a del Consejo Directivo Nacional el 05 de septiembre de 2019.

JOSÉ RAÚL JIMÉNEZ MOLINA

Presidente del Consejo Directivo Nacional

Duplicado expedido en Bogotá, D.C. a los 08 días del mes de julio de 2026.



StsUu3XsGSMiQSpSfgSJ

Para validar este documento ingrese en el siguiente link:
<https://sara.colpsic.org.co/publico/validar-documento>

Verificar Registro en ReTHUS

Limpiar

Resultado General -2026-07-08 -- 3:15:22 AM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación	Detalles
CC	1072429857	DIANA	MARCELA	DIAZ	MURCIA	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 DIAZ MURCIA identificada(a) con CC 1072429857 registra la siguiente información:

2026-07-08 -- 3:15:22 AM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha Inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
UNV	Local	PSICOLOGIA	2023-08-24	51171	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).

C.E.D.I.F.



CORPORACIÓN EDUCATIVA DE FORMACIÓN INTEGRAL Y EMPRESARIAL

C.E.D.I.F.

OTORGA A:

Diana Marcela Diaz Murcia

Con Cédula de Ciudadanía No. 1.072.429.857 de La Mesa

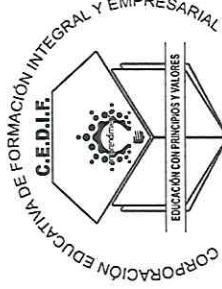
**EL PRESENTE CERTIFICADO DE ASISTENCIA AL;
CURSO DE ATENCION A VICTIMAS DE
AGENTES QUIMICOS**

Dado en Bogotá a los 12 días del mes de mayo de 2026, con una intensidad de 20 horas
y una vigencia de un año para nueva actualización.

Firmado digitalmente por:


JEFFERSON LEONARDO MORA

REPRESENTANTE LEGAL



NIT. 1.022.398.338-3


JORGE ARMANDO PARDE

FORMADOR

*La autenticidad de este documento puede ser verificada mediante el siguiente correo: educar-ecdi@gmail.com / teléfono: 4425733-311-2567402

C.E.D.I.F.



EDUCACIÓN CON PRINCIPIOS Y VALORES

CORPORACIÓN EDUCATIVA DE FORMACIÓN INTEGRAL Y EMPRESARIAL

C.E.D.I.F.

OTORGA A:

Diana Marcela Diaz Murcia

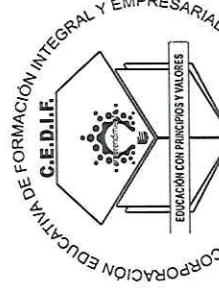
Con Cédula de Ciudadanía No. 1.072.429.857 de La Mesa

**EL PRESENTE CERTIFICADO DE ASISTENCIA AL;
CURSO DE ATENCION A VICTIMAS DE
VIOLENCIA SEXUAL (CODIGO FUCSIA)**

Dado en Bogotá a los 12 días del mes de mayo de 2026, con una intensidad de 10 horas
y una **vigencia de un año** para nueva actualización.

Firmado digitalmente por:


JEFFERSON LEONARDO MORA
REPRESENTANTE LEGAL

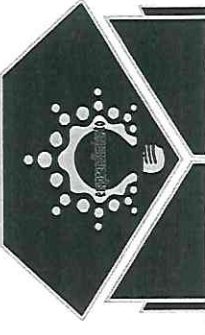


NIT. 1.022.398.338-3


JORGE ARMANDO PARDO
FORMADOR

*La autenticidad de este documento puede ser verificada mediante el siguiente correo: educar.cedit@gmail.com / teléfono: 41257239 - 311 2563 402

C.E.D.I.F.



EDUCACIÓN CON PRINCIPIOS Y VALORES

CORPORACIÓN EDUCATIVA DE FORMACIÓN INTEGRAL Y EMPRESARIAL

C.E.D.I.F.

OTORGA A:

Diana Marcela Diaz Murcia

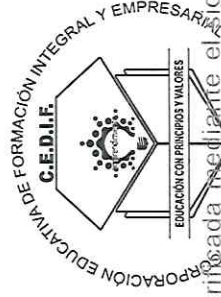
Con Cédula de Ciudadanía No. 1.072.429.857 de La Mesa

EL PRESENTE CERTIFICADO DE ASISTENCIA AL;
CURSO DE GESTION Y MANEJO DEL DUELO

Dado en Bogotá a los 12 días del mes de mayo de 2026, con una intensidad de 20 horas
y una **vigencia de un año** para nueva actualización.

Firmado digitalmente por:

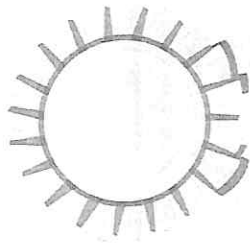
JEFFERSON LEONARDO MORA
[Firma]



JORGE ARMANDO
[Firma]

*La autenticidad de este documento puede ser verificada mediante el siguiente correo: educar.cedif@gmail.com / teléfono: 4425738- 311 2561702
NIT. 1.022.398.338-3

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA



CERTIFICA QUE:

Diana Marcela Diaz Murcia

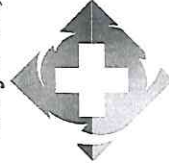
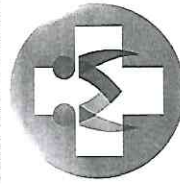
Realizó el curso de:

INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN

ROSANA ALEXANDRA SANTOS ANGEL
CAPACITADOR

DR, JORGE ENRIQUE PEDRAZA
SUBGERENTE ADMINISTRATIVO

Fecha de Emisión: mayo 12, 2025



EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
REGION DE SALUD
SOACHA



C.E.D.I.F.



CORPORACIÓN EDUCATIVA DE FORMACIÓN INTEGRAL Y EMPRESARIAL

C.E.D.I.F.

EDUCACIÓN CON PRINCIPIOS Y VALORES

OTORGA A:

Diana Marcela Díaz Murcia

Con Cédula de Ciudadanía No. 1.072.429.857 de La Mesa

**EL PRESENTE CERTIFICADO DE ASISTENCIA AL;
CURSO DE PREVENCIÓN Y ATENCIÓN**

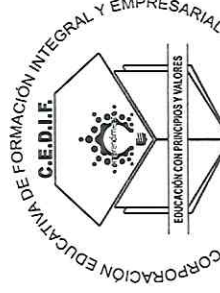
INTEGRAL DEL DENGUE

Dado en Bogotá a los **12** días del mes de **mayo** de 2026, con una intensidad de **10** horas
y una **vigencia de un año** para nueva actualización.

Firmado digitalmente por:


JEFFERSON LEONARDO MORA

REPRESENTANTE LEGAL



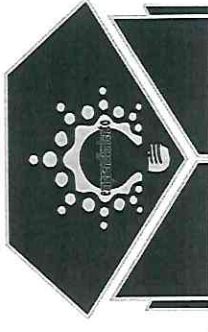
NIT. 1.022.398.338-3


JORGE AMÉRICO PARBO

FORMADOR

*La autenticidad de este documento puede ser verificada mediante el siguiente correo: educar.cedif@gmail.com / teléfono: 44257338-3711-2581709

C.E.D.I.F.



EDUCACIÓN CON PRINCIPIOS Y VALORES

CORPORACIÓN EDUCATIVA DE FORMACIÓN INTEGRAL Y EMPRESARIAL

C.E.D.I.F.

OTORGA A:

Diana Marcela Diaz Murcia

Con Cédula de Ciudadanía No. 1.072.429.857 de La Mesa

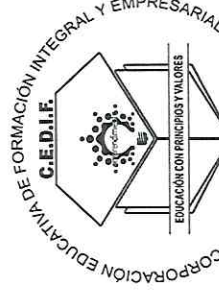
EL PRESENTE CERTIFICADO DE ASISTENCIA AL; CURSO DE PREVENCIÓN Y MANEJO INTEGRAL DE LA FIEBRE AMARILLA

Dado en Bogotá a los 12 días del mes de mayo de 2026, con una intensidad de 20 horas
y una **vigencia de un año** para nueva actualización.

Firmado digitalmente por:


JEFFERSON LEONARDO MORA

REPRESENTANTE LEGAL

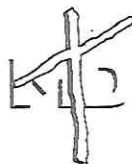


NIT. 1.022.398.338-3


JORGE ARMANDO PARBO

FORMADOR

*La autenticidad de este documento puede ser verificada mediante el siguiente correo: educar.cedif@gmail.com / teléfono: 4425733-333-2565709



UNIMINUTO
Corporación Universitaria Minuto de Dios
Educación de Calidad al alcance de todos

CORPORACIÓN UNIVERSITARIA MINUTO DE DIOS

Certifica que

**Diana Marcela
Díaz Murcia**

C.C. 1072429857 de La Mesa Cundinamarca

Participó y aprobó el diplomado realizado entre el 21 de agosto al 14 de diciembre de 2018, en la Facultad de Educación de UNIMINUTO, con una intensidad horaria de 120 horas académicas presenciales

DIPLOMADO

**Espacios de Encuentro
(Psicología Política y Pedagogías Críticas)**


Amparo Cubillos Flórez
Vicerrectora Regional
UNIMINUTO - Vicerrectoría Regional Bogotá Sur


César Augusto Herrera
Director Académico
UNIMINUTO - Vicerrectoría Regional Bogotá Sur

21

C



LA ESCUELA SUPERIOR DE ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Creada por la Ley 19 de 1958

Dirección Nacional

Departamento de Capacitación - Bogotá, D.C.

CERTIFICA QUE:

DIANA MARCELA DIAZ MURCIA

C.C 1.072.429.857

PARTICIPÓ en el DIPLOMADO

CONSTRUCCIÓN DE PAZ Y DDHH

Realizado en Bogotá, D.C. entre el 22 de Abril y el 15 de Junio de 2021
Con una intensidad de 80 horas, Se expide en BOGOTÁ, D.C., el 21 de Junio de 2021

Ruby G.

RUBY MARITZA GERENA USECHE
Jefe (E) Dirección de Capacitación
Escuela Superior de Administración Pública.



El futuro
es de todos

Estadano
de Colombia



6657d6e0-f478-48c2-bcab-0d20ac1f0e4a

Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud

certifica que:

Diana Marcela Díaz Murcia

ha participado y aprobado el curso virtual:

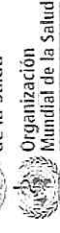
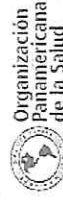
**Protección y promoción de los derechos humanos en la respuesta
en salud mental y apoyo psicosocial en emergencias**

Ofrecido a través del Campus Virtual de Salud Pública

Horas: 7 - Porcentaje de aprobación: 74,67 %

29 de mayo de 2024

Dr. Jarbas Barbosa da Silva Jr.
Director



1948-10-24

OPS



**CAMPUS
VIRTUAL
DE SALUD
PÚBLICA**

*La autenticidad de este certificado se puede verificar en <https://campus.paho.org/mooc/mod/simplecertificate/verify.php?code=6657d6e0-f478-48c2-bcab-0d20ac1f0e4a>



LA ASESORA JURIDICA DE LA E.S.E. MUNICIPAL DE SOACHA
JULIO CÉSAR PEÑALOZA - NIT. 832.001.794-2

CERTIFICA

Que revisados los documentos que obran en el archivo de la E.S.E. MUNICIPAL DE SOACHA JULIO CESAR PEÑALOZA, se encontró que **DIANA MARCELA DIAZ MURCIA** quien se identifica con Cedula de Ciudadanía No 1.072.429.857ha suscrito con la entidad, durante la vigencia 2024, los siguientes contratos de prestación de servicios, dentro del marco legal previsto por en el Estatuto de Contratación de la entidad y demás normas concordantes, los cuales se describen así:

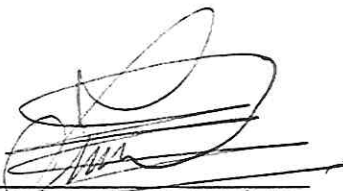
CONTRATO No.	No 818-2024
OBJETO:	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA REALIZAR ACTIVIDADES DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD EN EL MUNICIPIO DE SOACHA EN EL MARCO DE LAS NORMAS VIGENTES, MEDIANTE LA IMPLEMENTACION DE EQUIPOS BASICOS DE SALUD EN EL CONTEXTO DE LAS ACCIONES DE PROMOCION MANTENIMIENTO DE LA SALUD Y LA ATENCION INDIVIDUAL COLECTIVA Y COMUNITARIA DE CONFORMIDAD CON LA RESOLUCION 1778 DEL 2023 EXPEDIDA POR EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL..
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	SEIS MILLONES NOVECIENTOS MIL PESOS M/CTE (\$ 6.900.000)
FECHA DE INICIO:	25 DE JUNIO DE 2024
FECHA DE TERMINACIÓN:	03 DE AGOSTO DE 2024
ESTADO:	EJECUTADO

CONTRATO No.	No1220-2024
OBJETO:	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA REALIZAR ACTIVIDADES DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD EN EL MUNICIPIO DE SOACHA EN EL MARCO DE LAS NORMAS VIGENTES, MEDIANTE LA IMPLEMENTACION DE EQUIPOS BASICOS DE SALUD EN EL CONTEXTO DE LAS ACCIONES DE PROMOCION MANTENIMIENTO DE LA SALUD Y LA ATENCION INDIVIDUAL COLECTIVA Y COMUNITARIA DE CONFORMIDAD CON LA RESOLUCION 1778 DEL 2023 EXPEDIDA POR EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL..
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	DOS MILLONES CIENTO CUARENTA Y SEIS MIL SEICIENTOS SESENTA Y SEIS MIL PESOS M/CTE (\$ 2.146.666)
FECHA DE INICIO:	12 DE AGOSTO DE 2024
FECHA DE TERMINACIÓN:	25 DE AGOSTO DE 2024
ESTADO:	EJECUTADO



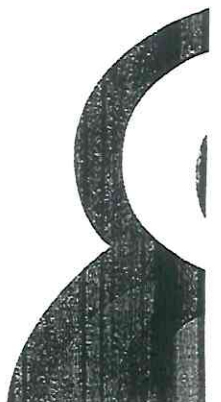
CONTRATO No.	No 1315-2024
OBJETO:	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA REALIZAR ACTIVIDADES DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD EN EL MUNICIPIO DE SOACHA EN EL MARCO DE LAS NORMAS VIGENTES, MEDIANTE LA IMPLEMENTACION DE EQUIPOS BASICOS DE SALUD EN EL CONTEXTO DE LAS ACCIONES DE PROMOCION MANTENIMIENTO DE LA SALUD Y LA ATENCION INDIVIDUAL COLECTIVA Y COMUNITARIA DE CONFORMIDAD CON LA RESOLUCION 1778 DEL 2023 EXPEDIDA POR EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL..
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	DIECIOCHO MIILLONES CUATROCIENTOS MIL PESOS M/CTE (\$ 18.400.000)
FECHA DE INICIO:	27 DE AGOSTO DE 2024
FECHA DE TERMINACIÓN:	31 DE DICIEMBR DE 2024
ESTADO:	EJECUTADO

Se expide la presente certificación a solicitud del interesado en el Municipio de Soacha -Cundinamarca a los Veintiún (21) días del mes de Mayo de 2025.



JESÚS EDUARDO ALFONSO GONZÁLEZ
ASESOR JURÍDICO

Elaboró: Luz Magnolia Sabogal Escobar- Auxiliar Administrativo





**LA SUBGERENTE ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA DE LA E.S.E. MUNICIPAL DE SOACHA
JULIO CÉSAR PEÑALOZA - NIT. 832.001.794-2**

CERTIFICA

Que revisados los documentos que obran en el archivo de la E.S.E. MUNICIPAL DE SOACHA JULIO CESAR PEÑALOZA, se encontró que **DIANA MARCELA DIAZ MURCIA** quien se identifica con cedula de ciudadanía No. **1072429857**, ha suscrito con la entidad, durante la vigencia 2023, los siguientes contratos de prestación de servicios, dentro del marco legal previsto por en el Estatuto de Contratación de la entidad y demás normas concordantes, los cuales se describen así:

CONTRATO No.	No.596-2023
OBJETO:	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO PSICOLOGO PARA REALIZAR ACTIVIDADES DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SOACHA EN EL MARCO DE LAS NORMAS VIGENTES, LAS NECESIDADES Y PRIORIDADES DE LA POBLACION MEDIANTE LA IMPLEMENTACION DE LA ESTRATEGIA SOACHA CIUDAD SALUDABLE EN EL CONTEXTO DE LAS ACCIONES DE PROMOCION Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD, DE CONFORMIDAD CON EL CONTRATO INTERADMINISTRATIVO NO. 1874 DE 2023 SUSCRITO ENTRE EL MUNICIPIO DE SOACHA SECRETARIA DE SALUD Y LA ESE MUNICIPAL DE SOACHA JULIO CESAR PEÑALOZA
VALOR INICIAL DEL CONTRATO:	QUINCE MILLONES DOSCIENTOS MIL PESOS M/CTE. (\$15,200,000.00)
ADICION:	CUATROCIENTOS VENTIDOS MIL DOSCIENTOS VENTITRES PESOS M/CTE. (\$422.223)
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	QUINCE MILLONES SEISCIENTOS VENTIDOS MIL DOSCIENTOS VENTITRES PESOS M/CTE. (\$15,622,223.00)
FECHA DE INICIO:	15 DE SEPTIEMBRE DE 2023
FECHA DE TERMINACIÓN:	31 DE DICIEMBRE DE 2023
ESTADO:	EJECUTADO

Se expide la presente certificación a solicitud del interesado en el Municipio de Soacha -Cundinamarca a los diecisiete (17) días del mes de junio de 2024.


DADELY MORALES MENDEZ
SUBGERENTE ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA

Proyecto Cenaida Martínez González - Profesional de apoyo administrativo-Contralista 
Revisó Yolanda Cathrine Ditta Morato - Abogada - Área Jurídica y Contratación -Contralista

empresadesalud@esesoacha.gov.co

www.esesoacha.gov.co PBX 7293922 Ext. 106 Cel.316 5376570



Fundación Mas Alla De Los Sueños

para el que cree todo le es posible

MIGUEL ANTONIO DAMIAN

NIT. 900.238.444-4

Calle 65ª 112ª 18

Cel. 310 208 6180

Yo **MIGUEL ANTONIO DAMIAN**, identificado con cedula de ciudadanía No. **79.632.284** representante legal de la fundación Mas allá de los sueños (**FUNDMAS**)

CERTIFICO:

Que la señora **DIANA MARCELA DIAZ MURCIA**, identificada con cedula de ciudadanía **No.1072429857** de La mesa, Cundinamarca laboró en nuestra fundación desde Agosto de 2021 hasta el 01 de Junio de 2023, desempeñando el cargo de psicóloga con un contrato a término indefinido.

Para constancia de lo anterior se firma en ciudad de Bogotá, a los (22) días del mes de Septiembre del dos mil veinticinco (2025).

Cordialmente,

FUNDACIÓN
MAS ALLÁ DE LOS SUEÑOS
NIT: 900.238.444-4

MIGUEL ANTONIO DAMIAN

CC. 79 632 284

