
	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO			
	"HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES"			
	TIPO DE DOCUMENTO:	NOMBRE	ÁREA O PROCESO QUE LO GENERA:	
	FORMATO	LISTA DE CHEQUEO HOJA DE VIDA Y VINCULACION - PERSONAL DE PLANTA	GESTION DE TALENTO HUMANO	
	CÓDIGO	VERSIÓN	FECHA ELABORACION	
	A-TH-F-002	2	02/01/2025	

DATOS DEL CONTRATISTA

NOMBRE COMPLETO: Andrés Javier Díaz Alvarado **D.I.:** 1078103355

CÁRPETA	NO.	DOCUMENTO	PERFIL O ÁREA: <u>Autorizaciones - QX.</u>	RESPONSABLE	VERIFICACION	
					SI	N/A
CONTRATACION	1	CERTIFICADO DE INEXISTENCIA DE PERSONAL		HOSPITAL		
	2	CDP		HOSPITAL		
	3	ESTUDIOS PREVIOS		HOSPITAL		
	4	INVITACION POSIBLE CONTRATISTA		HOSPITAL		
	5	PROPUESTA DE OFERTA DE SERVICIOS		CONTRATISTA		
	6	FORMATO DE ENTREVISTA DEL SUPERVISOR		HOSPITAL		
	7	CERIFICADO DE APROBACION DE LA PROPUESTA		HOSPITAL		
HOJA DE VIDA	1	CONSENTIMIENTO INFORMADO HOJA DE VIDA		HOSPITAL		
	2	FORMATO UNICO HOJA DE VIDA - FUNCION PUBLICA		CONTRATISTA		
	3	DOCUMENTO DE IDENTIDAD		CONTRATISTA		
	4	FORMULARIO DE BIENES Y RENTAS APLICATIVO POR LA INTEGRIDAD - CONFLICTO DE INTERES		CONTRATISTA		
	5	FORMULARIO SARLAFT		HOSPITAL Y CONTRATISTA		
	6	CERTIFICADO DE CAMARA DE COMERCIO (No mayor a un mes - persona jurídica y natural con establecimiento)		CONTRATISTA		
	7	RUT (Actualizado)		CONTRATISTA		
	8	CERTIFICADO EXPERIENCIA (dos últimos)		CONTRATISTA		
FORMACION ACADEMICA	1	TARJETA PROFESIONAL		CONTRATISTA		
	2	DIPLOMA POSGRADO, MAESTRIA, DOCTORADO		CONTRATISTA		
	3	ACTA DE GRADO POSGRADO, MAESTRIA, DOCTORADO		CONTRATISTA		
	4	DIPLOMA PREGRADO, TECNICO, TECNOLOGO O AUXILIAR		CONTRATISTA		
	5	ACTA DE GRADO PREGRADO, TECNICO, TECNOLOGO O AUXILIAR		CONTRATISTA		
	6	DIPLOMA DE BACHILLER		CONTRATISTA		
	7	ACTA DE GRADO DE BACHILLER		CONTRATISTA		
	8	FORMATO AUTORIZACION DE VERIFICACION DE TITULOS		HOSPITAL		
	9	VALIDACION DE TITULOS (Respuesta de la Institución)		HOSPITAL		
	10	CONVALIDACION DE TITULOS EN EL EXTERIOR		HOSPITAL		
OTROS TITULOS (Res. 3100)	1	CURSOS, DIPLOMADOS, (Otros estudios anexos a su formación academica)		CONTRATISTA		
ANTECEDENTES (Actuales)	1	CER. ANTECEDENTES PROCURADURIA		CONTRATISTA		
	2	CER. ANTECEDENTES CONTRALORIA		CONTRATISTA		
	3	CER. MEDIDAS CORRECTIVAS (Policia)		CONTRATISTA		
	4	CER. ANTECEDENTES JUDICIALES (Policia)		CONTRATISTA		
	5	CER. ANTECEDENTES DELITOS DE VIOLENCIA SEXUAL		CONTRATISTA		
	6	CER. ANTECEDENTES REDAM (Registro de Deudores Alimentarios Morosos)		CONTRATISTAS		
	7	COPNIA (Ingenieros)		CONTRATISTAS		
VACUNAS, POLIZAS, AFILIACIONES, ENTRE OTROS	1	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO		CONTRATISTAS		
	2	EXAMEN MEDICO PERIODICO (Tercenizados cada 6 meses / personal OPS cada 2 años)		CONTRATISTA EMPLEADOR		
	3	CARNE DE VACUNA SARS-COV-2		CONTRATISTA		
	4	CARNET DE VACUNACION (Hepatitis b, Toxide tetanico, Influenza)		CONTRATISTA		
	5	CERTIFICADO AFILIACION A SALUD		CONTRATISTA		
	6	CERTIFICADO AFILIACION A PENSION		CONTRATISTA		
	7	CERTIFICADO AFILIACION ARL <u>Copatria.</u>		HOSPITAL		
	8	CERTIFICADO BANCARIO (No mayor a 30 días)		CONTRATISTA		
	9	VERIFICACION INDUCCION - REINDUCCION		HOSPITAL		
CONTRATACION	1	CERTIFICADO DE IDONEIDAD - GERENTE		CONTRATISTA		
	2	MINUTA DE CONTRATO		HOSPITAL		
	3	REGISTRO PRESUPUESTAL		HOSPITAL		
	4	POLIZAS (Si aplica)		HOSPITAL		
	5	ACEPTACION DE LAS POLIZAS (si aplica)		HOSPITAL		
	6	ACTA DE INICIO		HOSPITAL		
	7	SOPORTE PAGOS		CONTRATISTA Y HOSPITAL		
	8	ACTA DE LIQUIDACION		HOSPITAL		

VERIFICACIÓN Y REGISTRO DE LA INFORMACIÓN	
Vb. Recibido Talento Humano:	1ras Correcciones en documentos:
2das Correcciones en documentos:	3ras Correcciones en documentos:
Vb. Afiliación ARL:	Vb. Recibido Contratación:

Funza Cundinamarca NOV 2025

Doctora
JULIA ISABEL MUELLE PLAZAS
Gerente
E.S.E. Hospital Nuestra Señora de las Mercedes
Funza Cundinamarca

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

Yo, ANDREA LISSANDRA DAZA ALBARRACIN, identificada con la cedula de ciudadanía No1.073.506.335 expedida en Funza, me permito presentar propuesta para prestar mis servicios, cuyos datos describo a continuación, manifestando que acepto las condiciones pactadas en el contrato a suscribir entre las dos partes como Contratista Independiente; así mismo manifiesto que las actividades a realizar las puedo ejecutar en el tiempo acordado con el Hospital.

OBJETO: Prestación de apoyo a la gestión administrativa como auxiliar de enfermería en el área de **AUTORIZACIONES, APOYO A RADICACION DE CUENTAS Y CARGUE DE RIPS** para la ese hospital nuestra señora de las mercedes del municipio de Funza.

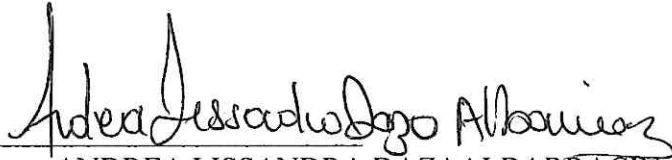
ACTIVIDADES A REALIZAR:

- 1) Identificación de pacientes de las EPS Asignadas
- 2) Validar Copagos y cuotas moderadoras de las ordenes de procedimientos ambulatorios e informar a los usuarios y/o pacientes
- 3) Consultar ordenes médicas realizadas en el sistema
- 4) Clasificar las ordenes de los pacientes por EAPB
- 5) Solicitar y auto gestionar las autorizaciones a la EAPB por correo, telefónico, portal web o planilla
- 6) Registrar el número de la autorización en el módulo de autorizaciones
- 7) Imprimir, digitalizar y almacenar las autorizaciones en el aplicativo propio de la ESE
- 8) Reportar los casos no autorizados por la EAPB al Coordinador de Cuentas Medicas y Líderes de Salas de Cirugía
- 9) Notificar al área de Contratación de la ESE) las Cirugías de Gastroenterología, Cardiología, Ginecología, Ortopedia y Dermatología para la realización de la Oferta Económica respectiva
- 10) Seguimiento al correo para identificar respuesta por el área de Contratación y reportar a salas de cirugía
- 12) Recepcionar las autorizaciones y validar la autorización frente a la orden medica
- 14) Revisar herramienta de egresos para identificar pagador y copago a cancelar
- 15) Colocar sello de autorización para realizar procedimientos ambulatorios.

DIRECCION: Manifiesto que mi dirección de residencia es Calle 16 No 5 –a 22 del municipio de Mosquera, correo electrónico lissandrea@hotmail.com mi número de celular es 3118405620.

Agradezco la oportunidad de prestar mis servicios a esa Entidad.

Cordialmente,



Nombre: ANDREA LISSANDRA DAZAALBARRACIN
C.C. No. 1.073.506.335 de FUNZA



6 FORMATO ÚNICO
HOJA DE VIDA
Persona Natural
(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

ENTIDAD RECEPTORA

NUESTRA SEÑORAS DE
LAS MERCEDES

Libertad y Orden

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO DAZA		SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) ALBARRACIN		NOMBRES ANDREA LISSANDRA	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C <input checked="" type="checkbox"/> C.E <input type="checkbox"/> PAS <input type="checkbox"/> No. 1073506335 Funza			SEXO F <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	NACIONALIDAD PAÍS COL. <input checked="" type="checkbox"/> EXTRANJERO <input type="checkbox"/>	
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE <input type="checkbox"/> SEGUNDA CLASE <input type="checkbox"/> NÚMERO _____ D.M _____					
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA PAÍS DÍA 17 MES 12 AÑO 1988 DEPTO CUNDINAMARCA MUNICIPIO BOGOTA			DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA CALLE N 5 A22 PAÍS COLOMBIA DEPTO CUNDINAMARCA MUNICIPIO MOSQUERA TELÉFONO 8940407-3118405620 EMAIL lissanndrea@hotmail.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: BACHILLER ACADÉMICO	
PRIMARIA					SECUNDARIA					MEDIA X	FECHA DE GRADO	
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	11	MES 11	AÑO 2007

EDUCACION 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				
PRESENCIAL	4	X		AUXILAR DE ENFEREMRIA	06	2	0	0	8	253306
PRESENCIAL	360 HORAS	X		DIPLOMADO EN URGENCIA CUIDADO CRITICO	06	2	0	0	8	
PRESENCIAL	60 HORAS	X		AUXILIAR DE LABORATORIO CLINICO	06	2	0	0	8	
PRESENCIAL	60 HORAS	X		AVANCES TECNICOS EN TERAPIA RESPIRATORIA	06	2	0	0	8	
PRESENCIAL	140HORAS	X		DIPLOMADO EN LIDERAZGO POLITICO	06	2	0	1	1	

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

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

FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

3 EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL.			
<i>EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE</i>			
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITANUESTA SRA DE LAS MERCEDE DE FUNZA		PÚBLICA X	PRIVADA
		PAÍS COLOMBIA	
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	MUNICIPIO FUNZA		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
TELÉFONOS 601 8264000	FECHA DE INGRESO DÍA 01 MES 07 AÑO 2025		1FECHA DE RETIRO DÍA 31 MES 10 AÑO 2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR DE ENFERMERIA	DEPENDENCIA Autorizaciones apoyo a rips	DIRECCIÓN CALLE 11 N°9 -99 FUNZA	
<i>EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR</i>			
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DELAS MERCEDES FUNZA		PÚBLICA X	PRIVADA
		PAÍS COLOMBIA	
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	MUNICIPIO FUNZA		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD funipros@hotmail.com
TELÉFONOS 8264000	FECHA DE INGRESO DÍA 01 MES 04 AÑO 2025		FECHA DE RETIRO DÍA 30 MES 06 AÑO 2025
CARGO O CONTRATO AUXILIAR DE ENFERMERIA	DEPENDENCIA Autorizaciones apoyo a rips	DIRECCIÓN CALLE 11 N° 9 -99 FUNZA	
<i>EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR</i>			
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES FUNZA		PÚBLICA X	PRIVADA
		PAÍS COLOMBIA	
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	MUNICIPIO FUNZA		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
TELÉFONOS 8 264000 -	FECHA DE INGRESO DÍA 01 MES 01 AÑO 2025		FECHA DE RETIRO DÍA 31 MES 03 AÑO 2025
CARGO O CONTRATO AUXILIAR DE ENFERMERIA	DEPENDENCIA Autorizaciones apoyo a rips	DIRECCIÓN CALLE 11 N°9 - 99 FUNZA	
<i>EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR</i>			
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES FUNZA		PÚBLICA X	PRIVADA
		PAÍS COLOMBIA	
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	MUNICIPIO FUNZA		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD PROSALUD.ASOCIACION9@GMAIL.COM
TELÉFONOS 8352998 - 8352999	FECHA DE INGRESO DÍA 01 MES 10 AÑO 2024		FECHA DE RETIRO DÍA 31 MES 12 AÑO 2025
CARGO O CONTRATO AUXILIAR DE ENFERMERIA	DEPENDENCIA Autorizaciones apoyo a rips	DIRECCIÓN CALLE 11 N° 9 -99 FUNZA	

NOTA: SI REQUIERE ADICIONAR MAS EXPERIENCIA LABORAL, IMPRIMA NUEVAMENTE ESTA HOJA.

FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

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

3 EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL.			
EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE			
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITANUESTA SRA DE LAS MERCEDE DE FUNZA		PÚBLICA X	PRIVADA <input type="checkbox"/>
		PAÍS COLOMBIA	
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	MUNICIPIO FUNZA		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD hospitalmadrid@gmail.com
TELÉFONOS 601 8264000	FECHA DE INGRESO DÍA 01 MES 01 AÑO 2023		FECHA DE RETIRO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR DE ENFERMERIA	DEPENDENCIA URGENCIA-REFERENCIA AMBULANCIA	DIRECCIÓN CALLE 11 N°9 -99 FUNZA	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD FUNIPROS HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DELAS MERCEDES FUNZA		PÚBLICA X	PRIVADA <input type="checkbox"/>
		PAÍS COLOMBIA	
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	MUNICIPIO FUNZA		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD funipros@hotmail.com
TELÉFONOS 8280913-	FECHA DE INGRESO DÍA 01 MES 01 AÑO 2018		FECHA DE RETIRO DÍA 31 MES 12 AÑO 2022
CARGO O CONTRATO AUXILIAR DE ENFERMERIA	DEPENDENCIA URGENCIAS Y REFERENCIA AMBULANCIA	DIRECCIÓN CALLE 11 N° 9 -99 FUNZA	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES FUNZA		PÚBLICA X	PRIVADA <input type="checkbox"/>
		PAÍS COLOMBIA	
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	MUNICIPIO FUNZA		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
TELÉFONOS 8 264000 - 8237308	FECHA DE INGRESO DÍA 16 MES 06 AÑO 2015		FECHA DE RETIRO DÍA 31 MES 12 AÑO 2016
CARGO O CONTRATO AUXILIAR DE ENFERMERIA	DEPENDENCIA URGENCIAS*REFERENCIA* AMBULANCIAS	DIRECCIÓN CALLE 11 N° 9 - 99 FUNZA	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD PROSALUD HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES FUNZA		PÚBLICA <input type="checkbox"/>	PRIVADA X
		PAÍS COLOMBIA	
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	MUNICIPIO FUNZA		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD PROSALUD.ASOCIACION9@GMAIL.COM
TELÉFONOS 8352998 -- 8352999	FECHA DE INGRESO DÍA 01 MES 01 AÑO 2017		FECHA DE RETIRO DÍA 31 MES 08 AÑO 2017
CARGO O CONTRATO AUXILIAR DE ENFERMERIA	DEPENDENCIA URGENCIA REFERENCIA -AMBULANCIA	DIRECCIÓN CALLE 11 N° 9 - 99 FUNZA	

NOTA: SI REQUIERE ADICIONAR MAS EXPERIENCIA LABORAL, IMPRIMA NUEVAMENTE ESTA HOJA.

FORMATO ÚNICO
HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
AUX DE ENFEREMERIA URGENCIA -REFERENCIA7	17 años	5 meses

5 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).

Andrea Lissandra Daza Albarracin

ANDREA LISSANDRA DAZA ALBARRACIN

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN AQUÍ SUMINISTRADA HA SIDO CONSTATADA FRENTE A LOS DOCUMENTOS QUE HAN SIDO PRESENTADOS COMO SOPORTE.

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
1.073.506.335

NUMERO
DAZA ALBARRACIN
 APELLIDOS
ANDREA LISSANDRA
 NOMBRES

FIRMA



17-DIC-1988
 FECHA DE NACIMIENTO
BOGOTA D.C.
 (CUNDINAMARCA)
 LUGAR DE NACIMIENTO

1.67 **O+** **F**
 ESTATURA G.S. RH SEXO

26-FEB-2007 FUNZA
 FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
 JUAN CARLOS MARTINO VAHA




P-1508800-39160771-F-1073508335-20070629 02154 07 180B 02 206526132

Tipo de declaración Fecha de publicación

Nombres y apellidos completos			
Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
ANDREA	LISSANDRA	DAZA	ALBARRACIN

Documento de identificación
Tipo Número

Lugar de nacimiento
País Departamento Municipio

Lugar de domicilio
País Departamento Municipio

Nombre de la entidad/organismo/institución/persona jurídica pública o privada que presten función pública o servicios públicos o que administren, celebren contratos y ejecuten bienes o recursos públicos/Notarías/Curadurías/ u otra donde trabaje

Lugar de sede
País Departamento Municipio

Dirección

Cargo o función que cumple

Tipo de sujeto obligado de acuerdo con el artículo 2 de la Ley 2013 de 2019: Persona natural y jurídica, pública o privada, que presten función pública, que presten servicios públicos respecto de la información directamente relacionada con la prestación del servicio público.

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

De acuerdo con lo consagrado en la Ley 2013 de 2019, a continuación procedo a publicar y divulgar proactivamente mi declaración de bienes y rentas y manifiesto que los únicos bienes y rentas que poseo a la fecha, en forma personal o por interpuesta persona, son los que relaciono a continuación.

1.1. DE INGRESOS, BIENES Y ACREENCIAS

Los ingresos y rentas que obtuve en el año gravable 2024 fueron:

Nombre corporación, sociedad o asociación	Tipo	Calidad de socio	País

1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

Tengo actividades económicas privadas: Sí No

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

Detalle de las actividades	Forma participación

2. CONFLICTOS DE INTERÉS

De acuerdo con lo consagrado en la Ley 2013 de 2019, a continuación procedo a publicar y divulgar proactivamente el registro de la información que puede ser susceptible de generarme un conflicto de interés, así como aquella relacionada con los intereses de mi cónyuge o compañero(a) permanente, parientes y socios de hecho o de derecho.

2.1. INFORMACIÓN DE CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

Tengo cónyuge o compañero(a) permanente: Sí No

Los intereses personales de mi cónyuge o compañero o compañera permanente son susceptibles de generar una posible situación de conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeño: Sí No

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido

Tipo documento Número

Descripción del potencial conflicto de interés con su cónyuge o compañero(a) permanente:

2.2. INFORMACIÓN DE PARIENTES POR CONSANGUINIDAD, AFINIDAD Y CIVIL

Tengo parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil con intereses personales que son susceptibles de generar una posible situación de conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeño: Sí No

2.5. DONACIONES QUE REPRESENTARON REDUCCIONES EN LA DECLARACIÓN DE RENTA

Realicé donaciones: Sí No

Las donaciones que me representaron reducciones en la declaración de renta del último año gravable son:

Nombre entidad	Valor

2.6. POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

Tengo potenciales conflictos personales de interés: Sí No

Los conflictos de interés pueden generarse a partir de, por ejemplo:

- > Actividades y negocios que realiza o tiene con socio o socios de hecho o de derecho.
- > Establecimientos que posee.
- > Litigio o controversia ante autoridades administrativas o jurisdiccionales.
- > Haber hecho parte de listas de candidatos a cuerpos colegiados de elección popular.

Los potenciales conflictos personales de interés que tengo son:

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

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO	TIPO DE CLIENTE O CONTRAPARTE			TIPO DE SOLICITUD
21/10/2025	Contratista <input checked="" type="checkbox"/>	Proveedor _____	Personal Planta _____	Vinculación _____
	Prestador IPS _____	Junta Directiva _____	Otro _____	Actualización <input checked="" type="checkbox"/>

Departamento:

Ciudad:

1. INFORMACIÓN GENERAL**PERSONA NATURAL**

Primer Apellido: DAZA	Segundo Apellido: ALBARRACÍN	Nombres: ANDREA LISSANDRA
Tipo De Documento CEDULA	No. De Identificación 1073506335	Fecha De Nacimiento 17/12/1988
Lugar De Nacimiento BOGOTA	Fecha De Expedición 26/02/2007	Lugar De Expedición FUNZA
Dirección: CALL 15 N 5 A 22 ESTE	Ciudad MOSQUERA	Departamento CUNDINAMARCA
Teléfono 8940407	Celular 3118405620	Profesión/Ocupación AUX DE ENFERMERIA

RESPONDA SI O NO A LAS SIGUIENTES PREGUNTAS

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

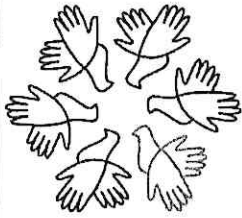
PERSONA JURÍDICA

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

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

"Tu Salud, Nuestro Compromiso"

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



**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
"HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES"**

TIPO DE DOCUMENTO	NOMBRE		ÁREA O PROCESO QUE LO GENERA
FORMATO	FORMATO ÚNICO DE CONOCIMIENTO SARLAFT/PDAM		GESTIÓN DE CONTABILIDAD
CÓDIGO	VERSIÓN	FECHA ELABORACION	PAGINA
A-FIN-CON-F-001	1	09/03/2023	3 de 4

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

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

RESPONDA SI O NO A LAS SIGUIENTES PREGUNTAS

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

JUNTA DIRECTIVA (Adjuntar relación si los campos son insuficientes)

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

RESPONDA SI O NO A LAS SIGUIENTES PREGUNTAS

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

PERSONAS PÚBLICAMENTE EXPUESTAS PEP

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

RESPONDA SI O NO A LAS SIGUIENTES PREGUNTAS

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

2. INFORMACIÓN FINANCIERA

Total Activos \$ 0	Total Pasivos \$ 0	Total Patrimonio \$0
Ingresos Mensuales \$1.696.000	Egresos Mensuales \$ 1.696.000	Otros Ingresos \$0

Corte De Información Financiera OCT02025

3. OPERACIONES INTERNACIONALES

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

"Tu Salud, Nuestro Compromiso"

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



www.recurso temporal.com

RECURSO TEMPORAL
EMPRESA DE SERVICIOS TEMPORALES

CERTIFICA:

Que la señora, **DAZA ALBARRACÍN ANDREA LISSANDRA**, identificada con Cédula de Ciudadanía No. 1.073.506.335, laboro en nuestra empresa usuaria ESE HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES, desempeñando el cargo de AUXILIAR DE ENFERMERÍA; desde el día 01 de Marzo de 2018 hasta el día 31 de Diciembre de 2018 con un contrato de obra o labor y una asignación salarial de \$1.060.000.

La presente certificación se expide en Funza Cundinamarca, a solicitud del interesado a los Dos (02) días del mes de Enero de 2019.

Cordialmente

Recurso Temporal
Apoyo y Gestión
NIT 900.586.443-2

CAMILA BERNAL QUINTERO
Coordinadora Talento Humano



FUNDACION UNIDOS POR EL PROGRESO
FUNIPROS.
N. I. T. 900.090.961-2

CERTIFICA QUE:

El / La Señor (a), DAZA ALBARRACIN ANDREA LISSANDRA, identificado (a) con la cedula de ciudadanía No. 1073506335 Expedida en Funza.

Laboro para esta entidad desde el día 01 de Septiembre del 2.014 al día 15 de Junio del 2.015, en el Procesos de Apoyo Asistencial como AUXILIAR DE ENFERMERIA, con un contrato por labor contratada. Este proceso lo desarrollo En la empresa E.S.E **HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES DE FUNZA.**

Desde el momento de su vinculación se registró como afiliado cotizante al sistema de seguridad social en EPS SURA Fondo de Pensiones PROTECCION Caja de Compensación Familiar **COMPENSAR ARL COLMENA**

La presente Certificación, se expide por solicitud expresa de él (la) interesado (a) y con destino a **QUIEN INTERESE.**

Para constancia de lo anterior se firma, a los Veinticuatro (24) días del Mes de Junio del Dos Mil Quince (2015).

RICARDO SANTAMARIA HANCOJ
GERENTE ADMINISTRATIVO



**FUNDACION UNIDOS POR EL PROGRESO
FUNIPROS.
N. I. T. 909.090.961-2**

**Terminal Terrestre de Carga de Bogotá.
Kilómetro 3.5, vía Siberia Costado Sur.
Oficina C-20
Pbx: 8415235**

CERTIFICA QUE:

La señora **ANDREA LISSANDRA GAZA ALBARRACIN**, identificada con la Cédula de ciudadanía No.1.073.506.335 Expedida en Funza Cundinamarca.

Labora para esta entidad desde el 04 de Enero de 2012, desempeñando el Cargo de **AUXILIAR DE ENFERMERIA** con un contrato de Obra social por nuestra empresa cliente **E.S.E. HOSPITAL SANTA MATILDE DE MADRID Centro de salud Policlínico De Funza**.

La asignación básica que devenga La señora **ANDREA LISSANDRA GAZA ALBARRACIN** es de **QUINIENTOS SESENTA Y SEIS MIL SETECIENTOS PESOS MONEDA LEGAL COLOMBIANA (\$566.700.00)**. Mas auxilio de Transporte por valor de **CIENTO OCHENTA Y TRES MIL TRESCIENTOS PESOS MONEDA LEGAL COLOMBIANA (\$183.300=)**; para un promedio mensual de **SETECIENTOS CINCUENTA MIL PESOS MONEDA LEGAL COLOMBIANA (\$750.000=)**.

La presente Certificación tiene vigencia de treinta días a partir de la fecha, se expide por solicitud de la interesada y con destino a QUIEN INTERESE.

Para constancia de lo anterior se firma en la Ciudad de Madrid, Departamento de Cundinamarca, a los Dieciseis (16) días del Mes de Enero de Dos Mil trece (2013).


FUNIPROS
EIDY CAROLINA JILIBERTO
DIRECTORA OFICINA DE MADRID
Firma Autoriza



**FUNDACION UNIDOS POR EL PROGRESO
FUNIPROS.
N. I. T. 900.090.961-2**

CERTIFICA QUE:

El / La Señor (a), DAZA ALBARRACIN ANDREA LISSANDRA, identificado (a) con la cedula de ciudadanía **No. 1073506335** Expedida en Funza.

Laboro para esta entidad desde el día 01 de Septiembre del 2.014 al día 15 de Junio del 2.015, en el Procesos de Apoyo Asistencial como **AUXILIAR DE ENFERMERIA**, con un contrato por labor contratada. Este proceso lo desarrollo En la empresa **E.S.E HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES DE FUNZA**.

Desde el momento de su vinculación se registró como afiliado cotizante al sistema de seguridad social en EPS SURA Fondo de Pensiones PROTECCION Caja de Compensación Familiar **COMPENSAR ARL COLMENA**

La presente Certificación, se expide por solicitud expresa de él (la) interesado (a) y con destino a **QUIEN INTERESE**.

Para constancia de lo anterior se firma, a los Veinticuatro (24) días del Mes de Junio del Dos Mil Quince (2015).


**RICARDO SANTAMARIA HANCOJ
GERENTE ADMINISTRATIVO**



FUNDACION UNIDOS POR EL PROGRESO
FUNIPROS.
N. I. T. 900.090.961-2

Terminal Terrestre de Carga de Bogotá.
Kilómetro 3.5, vía Siberia Costado Sur.
Oficina C-20
Pbx: 8415235

CERTIFICA QUE:

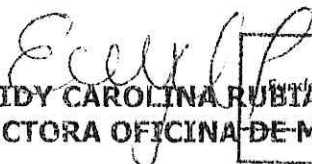
La señora **ANDREA LISSANDRA DAZA ALBARRACIN**, identificada con la Cédula de ciudadanía No.1.073.506.335 Expedida en Funza Cundinamarca

Labora para esta entidad desde el 04 de Enero de 2013 desempeñando el Cargo de **AUXILIAR DE ENFERMERIA** con un contrato de Carga por nuestra empresa cliente **E.S.E. HOSPITAL SANTA MARTEL** del **Centro de salud Policlínico De Funza**.

La asignación básica que devenga La señora **ANDREA LISSANDRA DAZA ALBARRACIN** es de **QUINIENTOS SESENTA Y SEIS MIL SETECIENTOS PESOS MONEDA LEGAL COLOMBIANA (\$566.700.00)**. Mas auxilio de Transporte por valor de **CIENTO OCHENTA Y TRES MIL TRESCIENTOS PESOS MONEDA LEGAL COLOMBIANA (\$183.300=)**; para un promedio mensual de **SETECIENTOS CINCUENTA MIL PESOS MONEDA LEGAL COLOMBIANA (\$750.000=)**.

La presente Certificación tiene vigencia de treinta días a partir de la fecha, se expide por solicitud de la interesada y con destino a **QUIEN INTERESE**

Para constancia de lo anterior se firma en la Ciudad de Madrid, Departamento de Cundinamarca, a los Dieciseis (16) días del Mes de Enero de Dos Mil Trece (2013).


EIDY CAROLINA RUBIANO
DIRECTORA OFICINA DE MADRID
FUNIPROS
Fundación Unidos por el Progreso
Firma Autoriza

GRUPO EMPRESARIAL HUMANO

FUNIPROS

SUCURSAL COTA: Terminal Terrestre de Carga, Kilometro 3.5 Vía Bogotá, Siberia, costado Sur, Oficina C- 2, Teléfono 8415235,
E-mail: COTA@grupohumano.com.co | GRUPO EMPRESARIAL HUMANO: Calle 4 - 574 TEL: 8986613-331737000



**FUNDACION UNIDOS POR EL PROGRESO
FUNIPROS.
N. I. T. 900.090.961-2**

CERTIFICA QUE:

El / La Señor (a), **DAZA ALBARRACIN ANDREA LISSANDRA**, identificado (a) con la cedula de ciudadanía **No. 1073506335** Expedida en Funza.

Laboro para esta entidad desde el día 02 de Julio del 2.012 al día 30 de Agosto del 2.014, en el Procesos de Apoyo Asistencial como **AUXILIAR DE ENFERMERIA**, con un contrato por labor contratada. Este proceso lo desarrollo En la empresa **E.S.E HOSPITAL SANTA MATILDE DE MADRID; centro de salud policlínico de Funza.**

Desde el momento de su vinculación se registró como afiliado cotizante al sistema de seguridad social en EPS SURA Fondo de Pensiones PROTECCION Caja de Compensación Familiar **COMPENSAR ARL COLMENA.**

La presente Certificación, se expide por solicitud expresa de él (la) interesado (a) y con destino a **QUIEN INTERESE.**

Para constancia de lo anterior se firma, a los Veinticuatro (24) días del Mes de Junio del Dos Mil Quince (2015).


**RICARDO SANTAMARIA HANCOJ
GERENTE ADMINISTRATIVO**



NIT. 830.118.929 - 6

LA SUSCRITA COORDINADORA DE COOP ASESORES CTA

CERTIFICA:

Que la Señora **ANDREA LISANDRA DAZA ALBARRACIN** identificada con cédula de ciudadanía Numero 1.073.506.335 de Funza (Cund.) es asociada a nuestra Cooperativa desde el mes de Mayo del 2009, desarrollando el proceso de Auxiliar de Enfermería en la E.S.E Hospital Santa Matilde de Madrid (cud.), en virtud a contrato indefinido con la COOPERATIVA en la mencionada Entidad, con una compensación mensual de Novecientos Veintidós Mil Pesos (\$ 922.000).

Dado en Madrid (cund.) a los Veintiséis (26) días del mes de Septiembre del año Dos Mil Once (2011).

Cordialmente,

KAREN GALLEGO SANTOS

Coordinadora Coop Asesores
E.S.E Hospital Santa Matilde de Madrid



NIT. 830.118.929 - 6

LA SUSCRITA COORDINADORA DE COOP ASESORES CTA

CERTIFICA:

Que la Señora **ANDREA LISANDRA DAZA ALBARRACIN** identificada con cédula de ciudadanía Numero 1.073.506.335 de Funza (Cund.) es asociada a nuestra Cooperativa desde el mes de Mayo del 2009, desarrollando el proceso de Auxiliar de Enfermería en la E.S.E Hospital Santa Matilde de Madrid (cud.), en virtud a contrato indefinido con la COOPERATIVA en la mencionada Entidad, con una compensación mensual de Ochocientos sesenta y Cuatro Mil Pesos (\$ 864.000).

Dado en Madrid (cund.) a el primer (1) día del mes de Diciembre del año Dos Mil Diez (2010).

Cordialmente,

KAREN GALLEGO SANTOS

Coordinadora Coop Asesores

E.S.E Hospital Santa Matilde de Madrid



RESOLUCION No. 25 **3306** DE 2008
(**07 SET. 2008**)

"Por la cual se registra un certificado de aptitud ocupacional".

LA SECRETARIA DE SALUD

En uso de sus facultades legales conferidas por las Resoluciones Nos. 0285 de febrero 7 de 1989, 8211 del 15 de julio de 1989 y Decreto 1352 de 2000, del Ministerio de Salud, y

CONSIDERANDO :

Que **ANDREA LISSANDRA DAZA ALBARRACIN**, identificado (a) con la cédula de ciudadanía **No.1.073.506.335 DE FUNZA – CUNDINAMARCA**, solicita el Registro del Certificado de Aptitud Ocupacional como **TECNICO AUXILIAR EN ENFERMERIA, TITULO** que le otorgó **LA ESCUELA EN ADMINISTRACION Y SALUD ADMISALUD, FUNZA - CUNDINAMARCA, SEGÚN ACTA DE GRADO No.19, REGISTRADA EN EL LIBRO DE ACTAS DE GRADO AL FOLIO No.19, DE FECHA 12 DE JUNIO DE 2008.**

Que dicho Certificado de Aptitud Ocupacional, no requiere Registro de la Secretaría de Educación, de conformidad con la directriz trazada en la Circular No. 030 del 11 de mayo de 1984.

RESUELVE :

ARTICULO PRIMERO.- Registrar el Certificado de Aptitud Ocupacional como **TECNICO AUXILIAR EN ENFERMERIA**, conferido a **ANDREA LISSANDRA DAZA ALBARRACIN**, identificado (a) con la cédula de ciudadanía **No.1.073.506.335 DE FUNZA – CUNDINAMARCA**, que le otorgó **LA ESCUELA EN ADMINISTRACION Y SALUD ADMISALUD, FUNZA - CUNDINAMARCA, SEGÚN ACTA DE GRADO No.19, REGISTRADA EN EL LIBRO DE ACTAS DE GRADO AL FOLIO No.19, DE FECHA 12 DE JUNIO DE 2008.**

PARAGRAFO: Este Registro tiene validez en todo el Territorio Nacional, y tiene efectos de inscripción para laborar en el Departamento de Cundinamarca.

ARTICULO SEGUNDO.- Contra la presente Resolución procede el Recurso de Reposición, de conformidad con lo establecido en el Código Contencioso Administrativo.

NOTIFIQUESE Y CUMPLASE

Dada en Bogotá, D.C. a los

07 SET 2008


ZORAYA LOPEZ DIAZ
Secretaria de Salud

[Faint handwritten text]

[Handwritten initials]

REPUBLICA DE COLOMBIA
Y EN SU NOMBRE
LA
ESCUELA EN ADMINISTRACION Y SALUD
ADMISALUD.

Aprobada Mediante Resolución No. 000029 de Febrero 17 de 1.999
Emanada de la Secretaria de Educación de Cundinamarca y
Acuerdo No. 28 de Septiembre 13 de 1.998
del Ministerio de Salud.

Concede el presente Certificado de Aptitud Ocupacional

Técnico Auxiliar En:

ENFERMERÍA

Con una Intensidad Horaria de (2020) horas

A:

Daza Albarracin Andrea Lissandra

Identificado (a) con C. C. No. 1073506335 De Funza

Por Haber cumplido todos los requisitos académicos y legales que le acreditan para ejercer la Profesión.

[Signature]
Secretario (a) General

ORGANIZACION
Director General

Como Nota al Cargo del Circuito de Mosquera, devuelto
sobre la identidad de esta copia con el original teniente
a la vista
12 12 2008
WILLIAM ORLANDO ZAMBRANO ROJAS
NO FIRMÓ

[Signature]
Coordinadora Pro. Auxiliar de Enfermería

Dado en Funza a los 13 Días del Mes de Junio Del año 2008

ESCUELA EN ADMINISTRACION Y SALUD

ADMISALUD

Aprobada Mediante Resolución No. 000029 de Febrero 17 de 1.999
Emanada de la Secretaría de Educación de Cundinamarca y
Acuerdo No. 28 de Septiembre 13 de 1.998
del Ministerio de Salud.

"El Suscrito Secretario General de la Escuela en Administración y Salud **ADMISALUD**, expide a continuación copia del acta de grado número Diecinueve (19) correspondiente al día Doce (12) del mes de Junio del año dos mil ocho (2008), registrada en el libro de actas de grado al folio número Diecinueve (19).

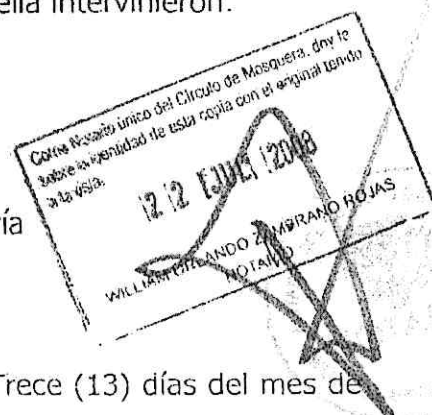
"En el Municipio de Funza Departamento de Cundinamarca, siendo las 3:00 pm. Del día Trece (13) de Junio año dos mil ocho (2008), bajo la Dirección General del Doctor **JORGE ENRIQUE CHIVATA GALINDO**, se efectuó la Ceremonia de Graduación para otorgar el grado Nivel Ocupacional de: **AUXILIAR EN ENFERMERÍA** a: *Daza Albarracín Andrea Lissandra*, identificada con la Cedula de Ciudadanía No. 1073506335 expedida en Funza, quien cursó y aprobó de acuerdo a los reglamentos de estudios correspondientes al Nivel de Educación No Formal. El Director General en Nombre y Representación de la Escuela en Administración y Salud **ADMISALUD** y previo Juramento, hizo entrega del Diploma correspondiente".

Para constancia se firma la presente acta por los que en ella intervinieron.

Firmado Director General

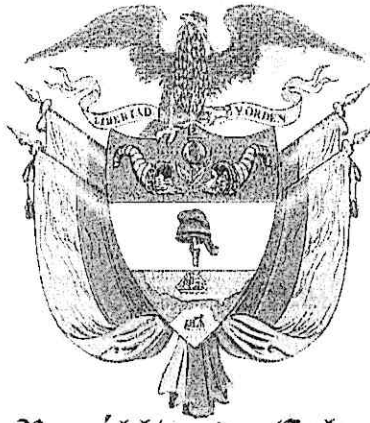
Firmado Coordinadora del Programa Auxiliar de Enfermería

Firmado Secretario (a) general



Es fiel copia tomada de su Original que se expide a los Trece (13) días del mes de Junio del año dos mil ocho (2008).


Secretario (a) General



La República de Colombia
El Ministerio de Educación Nacional
Secretaría de Educación de Cundinamarca
y en su nombre la

Institución Educativa Departamental
"La Merced"

Alosquera

Aprobada por la Secretaría de Educación de Cundinamarca,
según Resolución No. 003467 del 9 de Mayo de 2.007

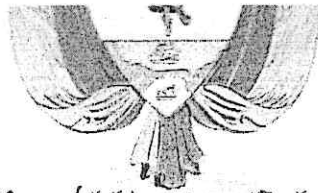
Confiere a

Andrea Lissandra Daza Albarracín
C.C.N° 1,073,506,335 de Funza

El Título de

Bachiller Académico

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al nivel de
Educación Media Académica, Artículo 25 Ley 115 de 1994
según los planes y programas vigentes.



La República de Colombia
El Ministerio de Educación Nacional
Secretaría de Educación de Cundinamarca
y en su nombre la

Institución Educativa Departamental "La Merced"

Mosquera

Aprobada por la Secretaría de Educación de Cundinamarca,
según Resolución No. 003467 del 9 de Mayo de 2.007

Confiere a

Andrea Lissandra Daza Albarracín
C.C. N° 1,073,506,335 de Funza

El Título de

Bachiller Académico

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al nivel de
Educación Media Académica, Artículo 28 Ley 115 de 1994
según los planes y programas vigentes.




LUIS ERNESTO URREGO LADINO
RECTOR


DAGOBERTO COTRINO GUEVARA
SECRETARIO EJECUTIVO

Anotado al Folio No. 2923 del Libro para Control Interno de Diplomas No. 2007...
Acta No. 01.
Dado en Mosquera Cundinamarca los treinta (30) días del mes de Noviembre de 2007



Acta individual de grado
INSTITUCIÓN EDUCATIVA DEPARTAMENTAL
LA MERCED

DANE 125473000242
008979 J.M.
008961 J.T

En el municipio de Mosquera , a los treinta (30) días del mes de Noviembre del año 2007, se reunieron con el fin de formalizar la graduación de los alumnos del último grado, los suscritos Rector y Secretario Ejecutivo en la Rectoría de la **INSTITUCIÓN EDUCATIVA DEPARTAMENTAL LA MERCED**, institución aprobada en el Nivel de Educación Media Académica y autorizada por la Secretaría de Educación de Cundinamarca, para otorgar el título de **BACHILLER** en la modalidad **ACADÉMICO**, según Resolución No.003467 del 9 de Mayo de 2.007.

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

Andrea Lissandra Daza Albarracin

C.C. Nº 1,073,506,335 de Funza

Es fiel copia del Acta Original General No 001 de fecha Noviembre treinta (30) *del año 2007*.
Consta de 168 alumnos, comienza con el nombre de ACOSTA ALFONSO CAROLINA y se cierra con el nombre de ZORACIPA GONZÁLEZ YENY YOHANA

Firmada y sellada por **LUIS ERNESTO URREGO LADINO** (Rector) y **DAGOBERTO COTRINO GUEVARA** (Secretario Ejecutivo)

Dada en Mosquera Cundinamarca a los 30 días del mes de Noviembre *del año 2007*.

En constancia se firma la presente por quienes intervinieron en cumplimiento a lo ordenado en el Artículo 7 del Decreto 180 de 1981

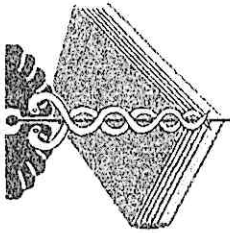
No requiere Registro de la Secretaría de Educación según Decreto 921 del 6 de Mayo de 1994 y 2150 del 5 de Diciembre de 1995, de la Presidencia de la República.

Firmada y sellada

RECTOR
C.C. 19.160.132 de Bogotá

SECRETARIO EJECUTIVO
C.C. 80.390.416 de Choachí

Acta Individual de Graduación



**ESCUELA EN ADMINISTRACION Y SALUD
ADMISALUD**

NIT. 832001870-4

APROBACION OFICIAL ACUERDO No. 28 MINISTERIO DE SALUD NACIONAL SEP/13/98
RESOLUCION No: 000029 DE LA SECRETARIA DE EDUCACION DE CUNDINAMARCA FEB/17/99

Certifica:

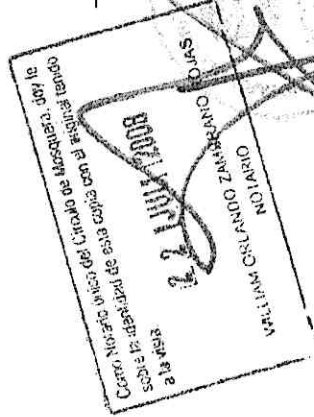
Que: Daza Alvaracin, Andrea Lisandra

Asistió al Tercer Diplomado en:

URGENCIAS - CUIDADO CRITICO

Con una intensidad de (360) horas

Jorge E. Chivatá Galindo
Representante Legal



e Joo
Enfermero Luis Fernando Rodríguez
Pontificia Universidad Javeriana
Colombia

DADO EN FUNZA CUNDINAMARCA A LOS 13 DÍAS DEL MES DE JUNIO DE 2008

ESCUELA EN ADMINISTRACION Y SALUD
ADMISALUD.

Aprobada Mediante Resolución No. 000029 de Febrero 17 de 1.999
Emanada de la Secretaría de Educación y
Acuerdo No. 28 de Septiembre 13 de 1.998
del Ministerio de Salud.

Concede el presente Certificado de Especialización

En:

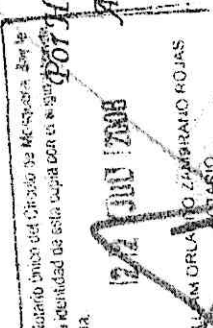
LABORATORIO CLINICO

Con una Intensidad Horaria de (60) horas

A:

Daza Albarraeín Andrea Lisandra

Haber cumplido todos los requisitos académicos y legales en el Sexo Diplomado en
Avances Técnicos en Laboratorio Clínico Dirigido a Auxiliares de Enfermería



FORSE ECHIVARRA S
Forge Enrique Chirvatá Galindo
Director General

Mary Sarabia Montes
Fra. Mary Sarabia Montes
Bacterióloga - Docente

Dado en Puenza Cundinamarca a los Trece (13) días del mes de Junio de 2008

ESCUELA EN ADMINISTRACION Y SALUD
ADMISALUD.

Aprobada Mediante Resolución No. 000029 de Febrero 17 de 1.999
Emanada de la Secretaría de Educación y
Acuerdo No. 28 de Septiembre 13 de 1.998
del Ministerio de Salud.

Concede el presente Certificado de Especialización

En:

AVANCES TÉCNICOS EN TERAPIA RESPIRATORIA - FÍSICA

Con una Intensidad Horaria de (60) horas

A:

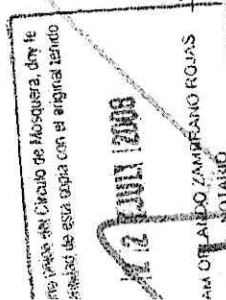
Daga Alvaracin Andrea Lisandra

Por Haber cumplido todos los requisitos académicos y legales en el quinto Diplomado en
Avances Técnicos en Terapia Respiratoria - Física Dirigido a Auxiliares de Enfermería

JORGE ECHIVARRA
Jorge Enrique Chivata Galindo
Director General

Patricia Rodríguez
Enfermera Jefe Sandra Patricia Rodríguez S.
Coordinadora Académica

Dado en Funza Cundinamarca a los Trece (13) días del mes de Junio de 2008





REPÚBLICA
DE COLOMBIA



El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA
en el marco del Convenio de Cooperación Derivado No.2 del Convenio
Marco No.317 de 2013 celebrado entre el Servicio Nacional de
Aprendizaje - SENA Y ADMISALUD


Hace constar que:

ANDREA LISSANDRA DAZA ALBARRACIN

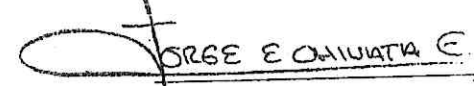
Con documento de identificación No 1.073.506.335

Cursó y aprobó la acción de Formación
ADMINISTRACIÓN DE INMUNOBIOLOGICOS
con una duración de 60 horas

en testimonio de lo anterior se firma la presente en Mosquera el día 30 del mes de Enero del año 2015


CARLOS ALBERTO BARRON SERRANO
SUBDIRECTOR
Centro de Biotecnología Agropecuaria
REGIONAL CUNDINAMARCA

25813144 15/01/2015
No. y Fecha de Registro


JORGE ENRIQUE CHIVATA GALINDO
DIRECTOR ADMISALUD



REPÚBLICA
DE COLOMBIA



El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA
en el marco del Convenio de Cooperación Derivado No.2 del Convenio
Marco No.317 de 2013 celebrado entre el Servicio Nacional de
Aprendizaje - SENA Y ADMISALUD

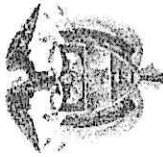
Hace constar que:

ANDREA LISSANDRA DAZA ALBARRACIN

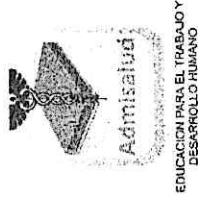
Con documento de identificación No 1.073.506.335

Cursó y aprobó la acción de Formación
ACTUALIZACIÓN EN ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS
con una duración de 60 horas

en testimonio de lo anterior se firma la presente en Mosquera el día 20 del mes de Marzo del año 2015



REPÚBLICA
DE COLOMBIA



El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

en el marco del Convenio de Cooperación Derivado No.2 del Convenio Marco No.317 de 2013 celebrado entre el Servicio Nacional de Aprendizaje - SENA Y ADMISALUD

Hace constar que:

ANDREA LISSANDRA DAZA ALBARRACIN

Con documento de identificación No 1.073.506.335

Cursó y aprobó la acción de Formación

SOPORTE VITAL AVANZADO
con una duración de 60 horas

en testimonio de lo anterior se firma la presente en Mosquera el día 30 del mes de Enero del año 2015

2:5813236 15/01/2015
No. y Fecha de Registro

CARLOS ALBERTO BARON SERRANO
DIRECTOR
Centro de Investigación Agropecuaria
REGIONAL CUNDINAMARCA

JORGE ENRIQUE CHIVATA GALINDO
DIRECTOR ADMISALUD



REPÚBLICA
DE COLOMBIA



EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y
DESARROLLO HUMANO

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA
en el marco del Convenio de Cooperación Derivado No.2 del Convenio
Marco No.317 de 2013 celebrado entre el Servicio Nacional de
Aprendizaje - SENA Y ADMISALUD

Hace constar que:

ANDREA LISSANDRA DAZA ALBARRACIN

Con documento de identificación No 1.073.506.335

**Cursó y aprobó la acción de Formación
HUMANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD**
con una duración de 50 horas

en testimonio de lo anterior se firma la presente en Mosquera el día 30 del mes de Enero del año 2015

CARLOS ALBERTO BARRON SERRANO
DIRECTOR
Cátedra de Tecnología Agropecuaria
REGIONAL CUNDINAMARCA

25813200 15/01/2015
No. y Fecha de Registro

JORGE ENRIQUE CHIVATA GALINDO
DIRECTOR ADMISALUD



Certificado de asistencia

A

ANDREA LISSANDRA DAZA ALBARRACÍN

CC: 1.073.506.335

Por su participación en el "CURSO BASICO EN VALORACION Y DOCUMENTACION DE HERIDAS Y OSTOMIAS", llevado a cabo en la ciudad de Bogotá durante el día 31 de Agosto de 2018 con una intensidad teórico practica de 4 Horas.

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Teresita Perdomo Ardila".

Teresita Perdomo Ardila
Gerente de Educación
ConvaTec

Y
ESE Hospital Nuestra Señora de Las Mercedes de Funza

Otorgan la presente certificación a:

Andrea Lisandra Daza Abarracín

Por haber cumplido los requisitos necesarios para:

Certificarse como GESTOR MULTIPLICADOR del programa de Humanización y Servicio de Excelencia bajo el modelo "Prometeheus"

Realizado en la ESE Hospital Nuestra Señora de Las Mercedes de Funza los días 8,9 ,17 y 18 de mayo de 2018 con una intensidad de 32 horas teórico prácticas.

Julia Isabel Muelle Plazas
Gerente ESE Hospital
Nuestra Señora de Las Mercedes de Funza



Prometeheus
Programa filológico de Humanización y Servicio



J. Alfonso Garzon Bustos
Consultor Coach Liderazgo de Excelencia

E.S.E. HOSPITAL "NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES"

FUNZA, CUNDISAMARCA - TEL. 983750311

MULTIPLICADORES

Algunas veces en tu andar encuentras personas que cambian tu vida simplemente con una conversación, por ello somos agradecidos, ya que convierten con su magia los momentos ¡haciéndolos inolvidables y muy felices!, hoy los consideramos los jardineros que hacen florecer nuestra alma ¡Gracias Dios! por permitirnos contar con estas personas en la cotidianidad de nuestros labor.

Está a punto de terminar el curso y queremos expresar que nos sentimos orgullosos con el trabajo que se ha realizado durante este tiempo, en el cual se han convertido en pilares fundamentales para la familia de la ESE.

Hemos tenido buenos momentos que recordar pero sin duda la experiencia del trabajo en equipo nos deja excelentes resultados con balances muy positivos para el avance de esta organización...

Por lo cual queremos agradecerte con estas cortas pero sentidas palabras.

Gracias por tu dedicación y por tu interés a lo largo de las capacitaciones como multiplicadores. No ha sido fácil, lo sabemos, pero nos han ayudado a madurar y a ser mejor.

Recibe un fuerte abrazo de nuestra parte y un **GRACIAS MULTIPLICADORES.**

Funza, 2 de agosto de 2018.

Tu Salud es nuestro compromiso

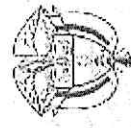
Julia Isabel Muelle R.

GERENTE





FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA



Educación

INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

NIT. 901544869-6

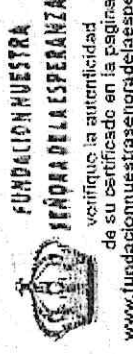
Aprobado Mediante Resolución No 1700-01588 del 17 de Julio del 2024, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

Hace Constar que: Andrea Lissandra Daza CC 1073506335 de Funza - Cundinamarca

y aprobó el Curso Protocolos de Atención Integral a Víctimas de Quemadura con Agentes Químicos.
Resolución 3100 de 2019.
con un total de 48 Horas.

Fecha de emisión: 2025-06-17
Fecha de vencimiento: 2027-06-17

Verificación:



www.fundacionnuestrañoradelaesperanza.co

FREDDY ARBEY HERNANDEZ
CAMPUZANO
Representante Legal
TP. No 70976 - 051880. Copnia

DEIBNE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
EP 3208
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y
Desarrollo Humano
Docente Especialista

CUELA DE FORMACIONES TÉCNICAS FORMATÉS

NIT: 900071364-4, Resolución 110483 del 26 de diciembre de 2017, 0110254 del 13 de junio de 2019, emitidas por la Secretaría de Educación, Acuerdos 00357 del 12 diciembre de 2016, 0285 del 10 noviembre de 2017 del Ministerio de Protección Social. "Educación para el trabajo y Desarrollo Humano"



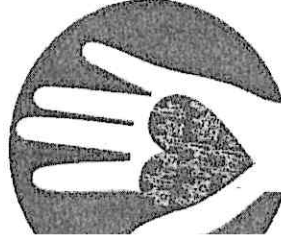
CERTIFICA QUE:

DAZA ALBARBACIN ANDREA LISSANDRA

C.C. No. 1.073.506.335

**ASISTIÓ AL CURSO DE HUMANIZACIÓN EN LOS
SERVICIOS DE SALUD**

DADO EN BOGOTÁ EL DÍA 13 DE JUNIO DE 2024. CON UNA INTENSIDAD HORARIA DE 40 HORAS. VIGENCIA DE UN AÑO PARA NUEVA ACTUALIZACIÓN.



DR. JHONNY LIANOS CORREA
REG. PRO-80/748.793
DIRECTOR GENERAL



JOHANA GOMEZ
C.C. 53.069.138 de Bogotá
SECRETARIA GENERAL



SELLO

PARA VERIFICAR LA AUTENTICIDAD DE ESTA CERTIFICACION PUEDE CONTACTARNOS EN:
DIRECCION: AV CALLE 132 N° 108-09 SUBA AURES 2 TELEFONOS: 7316223 - 3195107003
CORREO ELECTRONICO: tramitesformatés@gmail.com

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES
CERTIFICADO ORDINARIO
No. 282909659



PIB
18:12:30
Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 21 de octubre del 2025

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) ANDREA LISSANDRA DAZA ALBARRACIN identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1073506335:

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>

Carlos William Rodríguez Millán
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.



CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

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 martes 21 de octubre de 2025, a las 18:11:18, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1073506335
Código de Verificación	1073506335251021181117

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



Portal de Servicios al Ciudadano PSC

Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

Consulta Ciudadano

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 21/10/2025 06:08:24 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía N°. **1073506335** y
Nombre: **ANDREA LISSANDRA DAZA ALBARRACIN.**

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. **125289719** . 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 Busqueda

Imprimir

515 9000



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





POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 04:26:47 PM horas del 21/10/2025, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° **1073506335**

Apellidos y Nombres: **DAZA ALBARRACIN ANDREA LISSANDRA**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

En cumplimiento de la Sentencia SU-458 del 21 de junio de 2012, proferida por la Honorable Corte Constitucional, la leyenda "NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES" aplica para todas aquellas personas que no registran antecedentes y para quienes la autoridad judicial competente haya decretado la extinción de la condena o la prescripción de la pena.

Esta consulta es válida siempre y cuando el número de identificación y nombres, correspondan con el documento de identidad registrado y solo aplica para el territorio colombiano de acuerdo a lo establecido en el ordenamiento constitucional.

Si tiene alguna duda con el resultado, consulte las **preguntas frecuentes** o acérquese a las **instalaciones de la Policía Nacional** más cercanas.



Dirección: Avenida El Dorado #
75 – 25 barrio Modelia, Bogotá
D.C.

Atención administrativa: Lunes a
Viernes 8:00 am a 12:00 pm y
2:00 pm a 5:00 pm

Línea de atención al ciudadano:
5159700 ext. 30552 (Bogotá)

Resto del país: 018000 910 112

E-mail: [dijin.araic-
atc@policia.gov.co](mailto:dijin.araic-atc@policia.gov.co)



Presidencia



Ministerio de



Portal Único



GOV.CO

CONSULTA EN LÍNEA DE INHABILIDADES DE QUIENES HAYAN SIDO CONDENADOS POR DELITOS SEXUALES COMETIDOS CONTRA MENORES DE 18 AÑOS

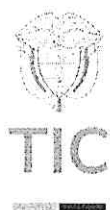
La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 18:14:41 horas del 21/10/2025, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1073506335**,
Apellidos y Nombres **DAZA ALBARRACIN ANDREA LISSANDRA**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **HNSM FUNZA**, con NIT **900750333-1** y su utilización es exclusivamente dentro del proceso de selección al cargo, oficio o profesión, en cumplimiento de la Ley 1918 del 12/07/2018 *"por medio de la cual se establece el régimen de inhabilidades a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el registro de inhabilidades y se dictan otras disposiciones"* y su Decreto Reglamentario 753 del 30/04/2019 *"por medio del cual se reglamenta la Ley 1918 de 2018"*, con observancia de las Leyes 1581 del 17/10/2012, 1712 del 06/03/2014 y demás normatividad rectora frente al tratamiento de datos.

<https://inhabilidades.policia.gov.co:8080/consulta>



**MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS
COMUNICACIONES - MINTIC**

CERTIFICA QUE

Una vez consultada la base de datos de deudores alimentarios morosos REDAM, el(la) ciudadano(a) con número de identificación CC 1073506335 **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 21/10/2025 06:41 PM



Código Verificación: YVUGJ3W45S

Válida hasta: 19/01/2026

Dirección de Gobierno Digital

**MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS
COMUNICACIONES - MINTIC**



Certificado de Aptitud Laboral Ingreso



Fecha: 26/Mar/2025, Hora: 01:40:41 p.m. HC: # 77213 Edad: 36 años
 Apellido: DAZA ALBARRACIN Nombre: ANDREA LISSANDRA
 Tipo Doc: CC Nro Identidad: 1073506335 Sexo: Femenino ♀ Rh: O+
 Direccion: CLL 16 NÂ° 5A- 22 IN I Nacimiento: 17/Dic/1988
 Estado Civil: Soltero EPS: SURA ARL: COLPATRIA AFP: PROTECCION
 Empresa: Particular
 Cargo: AUXILIAR ENFERMERIA/APOYO ADMINISTRATIVO Ciudad: Cundinamarca - Mosquera
 Peso: 70 Kg Estatura: 1.60 M IMC: 27.3 Escolaridad: Tecnico Laboral Jornada
 Laboral: Diurno
 EPS que Atiende: ARL: COLPATRIA AFP: PROTECCION
 Ciudad de Atención:

Exámenes Realizados

Examen Medico Ocupacional con énfasis osteomuscular Osteomuscular

Recomendaciones Empresa

3- Dieta para controlar peso (baja en harinas, grasas y rica en verduras y frutas) alimentación por horarios, 1- Estilo De Vida Saludable, SVE Biomecánico, S.V.E Osteomuscular, Continuar control con especialista en Eps., Continuar control con especialista en ARL., 1- Capacitación según Matriz de Riesgos y Peligros., 2- Dotación y uso de EPP. Seguir normas de SG/SST. Pausas activas e higiene postural como lo indique la empresa.

Recomendaciones Específicas

S.V.E.

- * SVE Biomecánico
- * S.V.E Osteomuscular

Estilo de Vida Saludable

- * 3- Dieta para controlar peso (baja en harinas, grasas y rica en verduras y frutas) alimentación por horarios
- * 1- Estilo De Vida Saludable

Médicas

- * Continuar control con especialista en Eps.
- * Continuar control con especialista en ARL.

Laborales

- * 1- Capacitación según Matriz de Riesgos y Peligros.
- * 2- Dotación y uso de EPP. Seguir normas de SG/SST. Pausas activas e higiene postural como lo indique la empresa

Resumen Resultados

Examen	Resultado
Osteomuscular	CON HALLAZGOS

Concepto

EXAMEN DE INGRESO APTO CON RECOMENDACIONES

Restricciones

Recomendaciones Personalizadas

PACIENTE EN BUENAS CONDICIONES FÍSICAS, NO LIMITACION, OSTEOMIOARTICULAR CON HALLAZGOS (PRESENCIA DE HEMATOMA/ DEFORMIDAD ARTICULAR RODILLA IZQUIERDA, HE CON DOLOR DE INTENSIDAD MODERADA SIN LIMITACION A LOS ARCOS DE MOVIMIENTO)

SE RECOMIENDA:

SE SUGIERE EVITAR DESPLAZAMIENTOS POR TRAMOS LARGOS, SALTOS Y TERRENOS IRREGULARES.

SE SUGIERE EVITAR SUBIR Y BAJAR ESCALERAS DE FORMA CONTÍNUA.

SE SUGIERE EVITAR ACTIVIDADES QUE REQUIERAN MOVIMIENTO REPETITIVO DE FLEXIÓN, EXTENSIÓN Y ROTACIONES A NIVEL DE LA RODILLAS

SE SUGIERE REALIZAR PAUSAS ACTIVAS CADA 2 HORAS POR 5 MINUTOS.

SE SUGIERE EVITAR ADOPTAR POSTURAS PROLONGADAS (CUCLILLAS O DE RODILLA).

CAPACITACIÓN SEGÚN MATRIZ DE RIESGOS Y PELIGROS, HIGIENE POSTURAL, HIGIENE BIOMECÁNICA INTEGRAL, PAUSAS ACTIVAS LABORALES, USO DE EPP, CULTURA DEL AUTOCUIDADO.

Consentimiento Informado

Para dar cumplimiento a la resolución 2346 de 2007 emanada del ministerio de protección social, el trabajador; cuyos datos firma y constan en este docum presta su consentimiento para someterse a las pruebas médicas y complementarias necesarias para valorar su aptitud laboral, conforme a los riesgos en su pu de trabajo, y a que el contenido y resultado de las mismas esté a disposición del personal encargado de la vigilancia de salud de su empresa

Los hallazgos fueron consignados en historia clínica ocupacional que desarrolla los contenidos establecidos en la resolución 2346 de 2007

CALLE 15 # 16 77 FUNZA CUNDINAMARCA TEL 9223896 CEL .3202525622

EMAIL aygsaludocupacional@gmail.com

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

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla				
Contra Influenza		26/01/2021	1410601	
Otras				

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
COVID-19	1	10/02/21	PFACER	LN8020	HNSMF	Mónica Fernanda Ortiz G.	CC: 10577278
	2						

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
COVID-19	1	25/11/21	MODERNA REFUERZO	017021A	ESE HASMF	Defensora J. O. S.	C.C. 52612408
	2						

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

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla				
Contra Influenza		20/12/2021		
Virus de Papiloma Humano				

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	Única	09/11/05	EU9022	Jedís
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
Contra Hepatitis B	1			
	2			
	3			

Biológico	Fecha	Fabricante y Lote	Validez	Firma
Contra Fiebre Amarilla				
Contra Influenza				
Otras				

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Sarampión - Rubéola	Única			
Fiebre Amarilla	Única			
Toxoide Tetánico - Diftérico (Td)	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
TdaP acelular	1			
	2			
VPH	1			
	2			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Hepatitis B	2	03-06-27	UFx1900Z	HNUMF
	3			
	1			
Antibiótica	2			
	3			
	4			
	4			
Influenza estacional	Anual			
Otras				

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Sarampión - Rubéola	Única			
Fiebre Amarilla	Única	20/01/24	232WFC06	Manra ortu
Toxoide Tetánico - Diftérico (Td)	1	10/11/24	232CL4C	Manra ortu
	2	20/01/24	232CL4C	Manra ortu
	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	10/11/24	USUS2M00Z	Manra ortu
	Anual			
Covid 19	1ª			
	2ª			
	1er. Ref.			
	2do Ref.			
Otras				

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

Biológico	Fecha	Fabricante y Lote	Validez	Firma
Contra Fiebre Amarilla				
Contra Influenza				
Otras				
HIND	26/04/10	106010		

VACUNACIÓN CONTRA LA HEPATITIS B
PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES
PROYECTO DE HEPATITIS B

HEPATITIS B		FECHA APLICACIÓN	No. LOTE	LABORATORIO	NOMBRE Y FIRMA DEL VACUNADOR
	1 ^a DOSIS	4/6/9	2061004		Laura A. Flores Res. 4073 Aux de Enfermería
	2 ^a DOSIS	15-7-9	2061005		Sonia
	3 ^a DOSIS	17-09-07	2061004		Laura A. Flores Res. 4073 Aux de Enfermería

SI SOSPECHA O ESTA EMBARAZADA NO DEBE APLICARSE LA VACUNA CONTRA HEPATITIS B

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

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla				
Contra Influenza		7/10/12		TÉCNICO OPERACIONAL ENFERMERÍA AUXILIAR MILEYIA MARGA CORREDOR P.C. 35.393.156
Otras				

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL PBS DE EPS SURA

EPS SURAMERICANA S.A. en desarrollo de su programa especial para la garantía del Plan de Beneficios en Salud denominado **EPS SURA**

CERTIFICA

Que **ANDREA LISSANDRA DAZA ALBARRACIN** identificado(a) con **CÉDULA DE CIUDADANÍA** número **1073506335** está registrado(a) en el PBS EPS SURA con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 1073506335
NOMBRES Y APELLIDOS	ANDREA LISSANDRA DAZA ALBARRACIN
TIPO DE AFILIADO	TITULAR
PARENTESCO	TITULAR
ESTADO DE AFILIACIÓN	TIENE DERECHO A COBERTURA INTEGRAL
CAUSA ESTADO DE LA AFILIACIÓN	COBERTURA INTEGRAL
FECHA DE INGRESO A EPS SURA	27/12/2010
FECHA RETIRO EPS SURA	ACTIVO(A)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SURA	718
SEMANAS COTIZADAS ÚLTIMO AÑO	47

DIRECCIÓN DE AFILIACIONES

Fecha de generación: 22/10/2025

**ESTE DOCUMENTO NO ES VÁLIDO PARA LA PRESTACIÓN
DEL SERVICIO, NI PARA TRASLADOS**

EPS SURAMERICANA S.A

Medellín, Antioquia, Colombia. Líneas de atención: Barranquilla: 605 319 7901, Cali: 602 380 8941,

Medellín: 604 448 61 15, Bogotá: 601 448 7941

Línea Nacional: 01 8000 519 519

epssura.com

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **DAZA ALBARRACIN ANDREA LISSANDRA** identificado(a) con **CC** número **1.073.506.335** se encuentra afiliado (a) en Pensiones Obligatorias a **PROTECCIÓN**, desde el día 27 de enero de 2009 y sus recursos se encuentran distribuidos como se enuncia a continuación, de conformidad con lo consagrado en el Decreto 2373 de 2010 así:

1. El 100% al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO

Esta constancia se expide a petición del(la) interesado(a) el día 22 de octubre de 2025.

Cordialmente,



Cesar Mauricio Aubad Echeverry
Equipo Soporte para Clientes

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:

Asesor Virtual Pronto en nuestro Portal Web www.proteccion.com y App o comunicarse con la Línea de Servicio en:

Bogotá (601) 482 33 64 – Medellín (604) 510 90 99 – Cali (602) 386 00 80 -

Barranquilla (605) 319 79 99 – Cartagena (605) 642 49 99 – WhatsApp +57 310 220 5575

o llámanos desde tu computador desde cualquier lugar del mundo ingresando a <https://customers.wolkvox.com/clicktocall/proteccion/>

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

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

NIT. 900.750.333 – 1

CERTIFICA

Que una vez verificada la Hoja de Vida del contratista **ANDREA LISSANDRA DAZA ALBARRACIN** identificado (a) con cedula de ciudadanía **No 1.073.506.335** se ha podido constatar que cumple con todos los documentos requeridos para el objeto y actividades a ejecutar.

Que la persona en mención demuestra idoneidad y experiencia relacionada.

Para constancia de los anterior se firma al veintiocho (28) día del mes de octubre del año dos mil veinticinco (2025).



LAURA LILIANA HERRERA MENDIVELSO
 Líder Talento Humano

Elaboró y Proyectó: Laura L. Herrera M. / Líder Talento Humano
 Revisó: Jairo Velásquez Chacón. – Subgerente Administrativo Y Financiero
 Aprobó: Jairo Velásquez Chacón. – Subgerente Administrativo Y Financiero

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

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



DAVIVIENDA

CERTIFICADO

**FUNZA,
CUNDINAMARCA,
COLOMBIA,
A quién interese**

28/10/2025

Por medio de la presente hacemos constar que **el señor ANDREA LISSANDRA DAZA ALBARRACIN** con **Cédula de Ciudadanía número 1073506335**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS

Número **476000002255**
Fecha de apertura **05/02/2009**

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA