

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA


NUMERO: **1.086.332.215**

JOSA PIEDRAHITA

APellidos: **EVELIN GISSEL**

ADRESSES

E. D.



FECHA DE NACIMIENTO: **13-JUL-1997**

CHACHAGUI
(NARIÑO)

LUGAR DE NACIMIENTO


1.48 **B+** **F**
ESTATURA G.S. RH SEXO

14-JUL-2016 CHACHAGUI

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DE BIENESTAR

REGISTRADOR NACIONAL
CAROLIN ANGEL VARGAS LEYVA



P-2303800-00746314 F-108633215-20160928 0048561980A 1 45034670

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.



JOSÉ RAÚL JIMÉNEZ MOLINA
Presidente del Consejo Directivo

www.colpsic.org.co

**COL
PSIC**

COLEGIO COLOMBIANO DE PSICÓLOGOS



**TARJETA PROFESIONAL
DE PSICÓLOGA**

No. 277551

Fecha de expedición: 25/01/2024

EVELIN GISEL JOSA PIEDRAHITA

Cédula de Ciudadanía

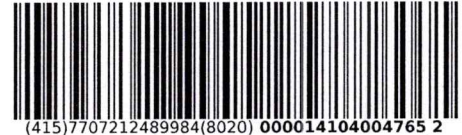
1086332215

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

2. Concepto 0 1 Inscripción

4. Número de formulario

141040047652



(415)7707212489984(8020) 0000141040047652

5. Número de Identificación Tributaria (NIT) 1 0 8 6 3 3 2 2 1 5 | 6. DV 5 | 12. Dirección seccional Impuestos y Aduanas de Pasto | 14. Buzón electrónico 1 4

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente: Persona natural o sucesión ilíquida | 25. Tipo de documento: Cédula de Ciudadanía | 26. Número de Identificación: 1 0 8 6 3 3 2 2 1 5
 Lugar de expedición: COLOMBIA | 28. País: 1 6 9 | 29. Departamento: Nariño | 30. Ciudad/Municipio: Chachagüí | 31. Primer apellido: JOSA | 32. Segundo apellido: PIEDRAHITA | 33. Primer nombre: EVELIN | 34. Otros nombres: GISSEL

35. Razón social
 36. Nombre comercial | 37. Sigla

UBICACIÓN

38. País: COLOMBIA | 39. Departamento: Nariño | 40. Ciudad/Municipio: Chachagüí

41. Dirección principal: CL 4 7 27 BRR FATIMA
 42. Correo electrónico: gisselle13jp@gmail.com
 43. Código postal | 44. Teléfono 1: 3 1 4 8 8 0 8 1 2 1 | 45. Teléfono 2

CLASIFICACIÓN

Actividad económica				Ocupación		52. Número establecimientos
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	51. Código	
7 2 2 0	2 0 2 4 0 5 1 4			1 2		

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código: 4 9 | 49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros

54. Código: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

Exportadores

55. Forma | 56. Tipo | Servicio | 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 | 60. No. de Folios: 2

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.
 Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
 Firma autorizada:
 984. Nombre ACHICANOY ACHICANOY JULIO IGNACIO
 985. Cargo Gestor III



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

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

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)		NOMBRES	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN			SEXO	NACIONALIDAD PAÍS	
C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. <u>1086332215</u>			F <input checked="" type="radio"/> M <input type="radio"/>	COL. <input checked="" type="radio"/> EXTRANJERO <input type="radio"/>	
LIBRETA MILITAR					
PRIMERA CLASE <input type="radio"/>		SEGUNDA CLASE <input type="radio"/>		NÚMERO	D.M
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO			DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA		
FECHA	DÍA <u>13</u>	MES <u>07</u>	AÑO <u>1997</u>		
PAÍS	COLOMBIA		CALLE 4 7 27 Barrio Fátima		
DEPTO	NARIÑO		PAÍS	COLOMBIA	DEPTO NARIÑO
MUNICIPIO	CHACHAGUI		MUNICIPIO	CHACHAGUI	
			TELÉFONO	3148808121	EMAIL <u>gisselle13jp@gmail.com</u>

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:			
PRIMARIA			SECUNDARIA			MEDIA		FECHA DE GRADO						
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	11	MES	<u>12</u>	AÑO	<u>2014</u>
										<input checked="" type="checkbox"/>				

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				
ES	2	X		ESPECIALIZACIÓN EN INFANCIA, CULTURA Y DESARROLLO	06	2	0	2	4	
UN	10	X		PSICOLOGIA	12	2	0	2	3	277551

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

FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

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

3 EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y 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)

INSTITUCIÓN	MODALIDAD	No. TOTAL HORAS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULOS OBTENIDOS	TERMINACIÓN	
			SI	NO		MES	AÑO
INSTITUTO TECNOLÓGICO CIESMED	EDUCACIÓN INFORMAL	48	X		CURSO ATENCIÓN A VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL	01	2025
INSTITUTO TECNOLÓGICO CIESMED	EDUCACIÓN INFORMAL	48	X		CURSO ATENCIÓN A VÍCTIMAS DE ATAQUES CON AGENTES QUÍMICOS	01	2025
INSTITUTO TECNOLÓGICO CIESMED	EDUCACIÓN INFORMAL	48	X		CURSO ATENCIÓN A VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DE GÉNERO	01	2025
INSTITUTO TECNOLÓGICO CIESMED	EDUCACIÓN INFORMAL	48	X		CURSO IGUALDAD DE GÉNERO EN SALUD	01	2025

4 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 CENTRO DE SALUD NUESTRA SEÑORA DE FÁTIMA		PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS COLOMBIA
DEPARTAMENTO NARIÑO	MUNICIPIO CHACHAGUI	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD esechachagui.gov.co		
TELÉFONOS 318 339 95 22	FECHA DE INGRESO DÍA 14 MES 02 AÑO 2025		FECHA DE RETIRO DÍA 15 MES 04 AÑO 2025	
CARGO O CONTRATO ACTUAL Psicología Equipos Básicos en Salud	DEPENDENCIA Psicología	DIRECCIÓN Cra 9ª Nº 2 – 54 Barrio Panamericano		

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD INSTITUTO NACIONAL PENITENCIARIO Y CARCELARIO		PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS COLOMBIA
DEPARTAMENTO NARIÑO	MUNICIPIO PASTO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD		
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA 15 MES 02 AÑO 2023		FECHA DE RETIRO DÍA 30 MES 05 AÑO 2023	
CARGO O CONTRATO PRACTICANTE UNIVERSITARIA PSIC	DEPENDENCIA AREA SOCIAL COMUNITARIA	DIRECCIÓN CALLE 24 31 23 Barrio La Esperanza		

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD		PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD		
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA [] MES [] AÑO [][][]		FECHA DE RETIRO DÍA [] MES [] AÑO [][][]	
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN		

FORMATO ÚNICO
HOJA DE VIDA

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

5 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO		6(MESES)
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO		
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA		6(MESES)

6 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 _____ CHACHAGUI NARIÑO 2 DE SEPTIEMBRE DE 2025 _____

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS



DEPARTAMENTO
ADMINISTRATIVO DE LA
FUNCIÓN PÚBLICA

FORMULARIO UNICO
DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS
Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA
PERSONA NATURAL
(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1. DE BIENES Y RENTAS

YO, EVELIN GISSEL JOSA PIEDRAHITA

IDENTIFICADO CON: C.C. 1 C.E. 2 T.I. 3 N° 1086332215 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

País COLOMBIA Departamento NARIÑO Municipio CHACHAGÜÍ

Dirección CALLE 3 # 7-59 Teléfonos 3148808121

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
LUZ MARY PIEDRAHITA CHAUZA	27084886	MADRE
LUIS ALBERTO JOSA MARCILLO	12998281	PADRE

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTICULO 122, INCISO 3°, DE LA CONSTITUCIÓN POLITICA DE COLOMBIA Y EN LOS ARTICULOS 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995, PARA TOMAR POSESION PARA RETIRARME PARA ACTUALIZACION 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
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	
GASTOS DE REPRESENTACION	-
ARRIENDOS	-
HONORARIOS	-
OTROS INGRESOS Y RENTAS	-
TOTAL	\$ 0

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

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NUMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
BANCOLOMBIA	AHORROS	97278233921	PASTO	0

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR

EMPLEADOR O CONTRATANTE

1.1 DE BIENES Y RENTAS (CONTINUACION)

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR

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

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

ENTIDAD O INSTITUCION	CALIDAD DE MIEMBRO

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

CORPORACION, SOCIEDAD O ASOCIACION	CALIDAD DE SOCIO

c) En la actualidad: **SI** 1 **NO** 2 tengo sociedad conyugal o de hecho vigente, con:

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONYUGE	DOCUMENTO DE IDENTIFICACION		N°
	C.C. <input type="checkbox"/> 1	C.E. <input type="checkbox"/> 2	

2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

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 DE PARTICIPACION

3. FIRMA

_____ FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA	_____ CIUDAD Y FECHA
--	-------------------------

DAFP-GAP

**DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA FUNCION PUBLICA
LINEA GRATUITA DE ATENCION AL CLIENTE No. 9800-17770**

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO			
	FORMATO SARLAF			
	VERSION 03	VIGENCIA 01-04-2024	CÓDIGO FO-GE-10	PÁGINA 1 de 2

**FORMULARIO DE SOLICITUD DE VINCULACIÓN DE PROVEEDORES Y EMPLEADOS
SARLAFT**

CLIENTE	PROVEEDOR	INDEPENDIENTE	DEPENDIENTE	FECHA DE DILIGENCIAMIENTO		
				AÑO	MES	DIA
		X		2025	09	02

1. INFORMACIÓN GENERAL						
PERSONA NATURAL (PARA LAS PERSONAS JURÍDICAS ESTA INFORMACIÓN SERÁ LA DEL REPRESENTANTE LEGAL)						
PRIMER APELLIDO JOSA		SEGUNDO APELLIDO PIEDRAHITA		NOMBRES EVELIN GISSEL		
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. <input checked="" type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> PAS. <input type="checkbox"/> NO. <u>1086332215</u>			LUGAR Y FECHA DE EXPEDICIÓN DIA <u>14</u> MES <u>07</u> AÑO <u>2015</u>		NACIONALIDAD <u>COLOMBIA</u>	
LUGAR DE NACIMIENTO DIA <u>13</u> MES <u>07</u> AÑO <u>1997</u>		DEPARTAMENTO <u>NARIÑO</u>	MUNICIPIO <u>CHACHAGÜÍ</u>	DIRECCIÓN CORRESPONDENCIA <u>CALLE 3 #7-59</u>		CIUDAD <u>CHACHAGÜÍ</u>
				TELÉFONO FIJO _____		CELULAR <u>3148808121</u>
E-mail: <u>gisselle13jp@gmail.com</u>						
<input type="checkbox"/> ASALARIADO <input checked="" type="checkbox"/> INDEPENDIENTE <input type="checkbox"/> PENSIONADO						
OCUPACIÓN/OFCIO: PSICÓLOGA		PROFESIÓN : PSICÓLOGA ESPECIALISTA EN INFANCIA		ESTADO CIVIL: SOLTERA		
DATOS DE LA EMPRESA (SI ES PERSONA JURÍDICA)						
RAZÓN SOCIAL:					NIT:	
DIRECCIÓN OFICINA PRINCIPAL DE LA EMPRESA:		CIUDAD	TELÉFONO	FAX	CORREO ELECTRONICO	
TIPO DE EMPRESA <input type="checkbox"/> PÚBLICA <input type="checkbox"/> PRIVADA <input type="checkbox"/> MIXTA		ACTIVIDAD ECONOMICA <input type="checkbox"/> INDUSTRIAL <input type="checkbox"/> COMERCIAL <input type="checkbox"/> TRANSPORTE <input type="checkbox"/> CONSTRUCCIÓN CIVIL <input type="checkbox"/> SERVICIOS FINANCIEROS <input type="checkbox"/> OTRA, CUAL: _____ CODIGO DE ACTIVIDAD "CIU" _____				

VIGILADO Supersalud



	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO		
	FORMATO SARLAF		
	VERSION 03	VIGENCIA 01-04-2024	CÓDIGO FO-GE-10

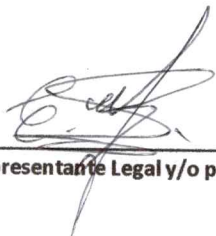

2. DECLARACIÓN ORIGEN DE FONDOS

Declaro expresamente que:

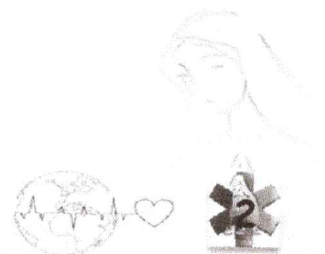
1. Los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes: (Detalle ocupación, oficio, actividad, negocio, etc.)
De mi profesión como Psicóloga
2. Tanto mi actividad, profesión u oficio es lícita y la ejerzo dentro del marco legal y los recursos que poseo no provienen de actividades ilícitas de las contempladas en el Código Penal Colombiano
3. La información que he suministrado en la solicitud y en este documento es veraz y verificable y me obligo a actualizarla anualmente.
4. De manera irrevocable autorizo a la ESE Centro de Salud Nuestra Señora de Fátima, para solicitar, consultar, procesar, suministrar, reportar o divulgar a cualquier entidad con la que mantenga una relación comercial vigente o que se encuentre debidamente autorizada para manejar o administrar bases de datos, incluidas las entidades gubernamentales, la información contenida en este Formulario.
5. Los recursos que se deriven del desarrollo de este contrato no se destinarán a la financiación del terrorismo, grupos Terroristas o actividades terroristas.

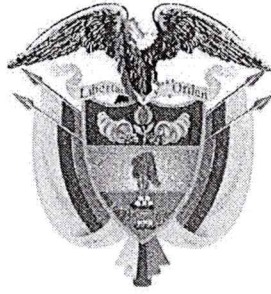
FIRMA Y HUELLA

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

Firma Representante Legal y/o persona natural





La República de Colombia
y en su nombre

La Institución Educativa Chachagüí

Chachagüí - Nariño

Aprobado Mediante Resolución No. 9300 de Junio 21 de 1985. Hasta nueva visita.
Emanada del Ministerio de Educación Nacional

Confiere a:

Evelin Gissel Josa Piedrahita

Identificado (a) con T.I. No. 970713-01331 de Chachagüí - Nar.

El Título de:

Bachiller Académico

Por haber cursado y aprobado los Estudios correspondientes
al nivel de Educación Media Vocacional, según los
Planes y Programas Vigentes.



Oscar Humberto Chalapud Rosero
Rector



EN NOMBRE DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA Y POR AUTORIZACIÓN DEL
MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL, LA



UNIVERSIDAD CESMAG

CON PERSONERÍA JURÍDICA 10735 DE JUNIO 23 DE 1982,
EXPEDIDA POR EL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL, EN ATENCIÓN A QUE


EVELIN GISSEL JOSA PIEDRAHITA


IDENTIFICADO(A) CON CÉDULA DE CIUDADANÍA NO. 1.086.332.215 DE CHACHAGÜÍ

HA CUMPLIDO CON TODOS LOS REQUISITOS QUE LAS LEYES Y LOS ESTATUTOS EXIGEN,
LE CONFIERE EL TÍTULO DE

ESPECIALISTA EN INFANCIA, CULTURA Y DESARROLLO

EN CONSTANCIA SE FIRMA EN SAN JUAN DE PASTO,
A LOS VEINTIOCHO (28) DÍAS DEL MES DE JUNIO DE DOS MIL VEINTICUATRO (2024)


Fray LUIS EDUARDO RUBIANO GUÁQUETA, OFM Cap.
RECTOR


SANDRA LUCIA BOLAÑOS DELGADO
VICERRECTORA ACADÉMICA


JULY PAULINY GONZÁLEZ LÓPEZ
SECRETARIA GENERAL

"HOMBRES NUEVOS PARA TIEMPOS NUEVOS"
Fray Guillermo de Castellana, OFM Cap



REGISTRADO AL FOLIO 167
DEL LIBRO DE DIPLOMAS No. 3

No. 3042





EN NOMBRE DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA Y POR AUTORIZACIÓN DEL
MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL, LA



UNIVERSIDAD CESMAG

CON PERSONERÍA JURÍDICA 10735 DE JUNIO 23 DE 1982,
EXPEDIDA POR EL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL, EN ATENCIÓN A QUE

EVELIN GISSEL JOSA PIEDRAHITA

IDENTIFICADO(A) CON CÉDULA DE CIUDADANÍA NO. 1.086.332.215 DE CHACHAGÜÍ

HA CUMPLIDO CON TODOS LOS REQUISITOS QUE LAS LEYES Y LOS ESTATUTOS EXIGEN,
LE CONFIERE EL TÍTULO DE

PSICÓLOGA

EN CONSTANCIA SE FIRMA EN SAN JUAN DE PASTO,
A LOS CATORCE (14) DÍAS DEL MES DE DICIEMBRE DE DOS MIL VEINTITRÉS [2023]


Fray LUIS EDUARDO RUBIANO GUÁQUETA, OFM Cap.
RECTOR


ADRIANA LAGOS MORA
DECANA DE FACULTAD


STEFANIA UNIGARRO GUERRERO
SECRETARIA GENERAL


"HOMBRES NUEVOS PARA TIEMPOS NUEVOS"
Fray Guillermo de Castellana, OFM Cap



REGISTRADO AL FOLIO 146
DEL LIBRO DE DIPLOMAS No. 3

No. 2692



	RESOLUCIÓN		
	CÓDIGO: F-PGED05-02	VERSIÓN: 01	FECHA: 23-08-2013

No. 52 - 0620

Por la cual se concede una autorización para el ejercicio profesional

LA DIRECTORA (E) DEL INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD DE NARIÑO
 En cumplimiento al Decreto Número 1875 de Agosto 3 de 1994 expedido por el Ministerio de Salud, y

CONSIDERANDO:

Que, **EVELIN GISSEL JOSA PIEDRAHITA**, identificada con Cédula De Ciudadanía No. 1086332215 expedida en Chachagüil (Nariño), ha solicitado autorización del ejercicio profesional como **PSICOLOGA** título que le otorgó la **UNIVERSIDAD CESMAG**, en Pasto (Nariño), según Acta de Grado No. 07 y Diploma No. 2692 del 14 de Diciembre de 2023.

Que, dicho título se encuentra debidamente Registrado al Folio No. 146 del Libro No. 3 del 14 de Diciembre de 2023, por la **UNIVERSIDAD CESMAG**, en Pasto (Nariño).

RESUELVE:

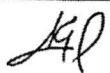
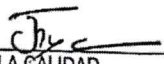
ARTICULO PRIMERO: Autorizar a **EVELIN GISSEL JOSA PIEDRAHITA**, identificada con Cédula De Ciudadanía No. 1086332215 expedida en Chachagüil (Nariño), para ejercer como **PSICOLOGA**, en el Territorio Nacional.

ARTICULO SEGUNDO: A partir de la expedición de la presente Resolución quedará Inscrito en el Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud (**RETHUS**).

COMUNIQUESE Y CÚMPLASE

Dada en San Juan de Pasto, a los 7 días del mes de Febrero de 2024.

Ana Belén Arteaga Torres
ANA BELÉN ARTEAGA TORRES
 Directora (E) I.D.S.N.

Proyectó: ANDREA ELIZABETH GÓMEZ PAZ		Revisó: JOSE FREDY CAICEDO Profesional Universitario	
Firma 	Fecha: 07/02/2024	Firma 	Fecha: 07/02/2024

COMPROMETIDOS CON LA CALIDAD

www.idsn.gov.co
 Calle 15 N° 28-41 Plazuela de Bomboná - San Juan de Pasto - Nariño - Colombia
 Conmutador: (602) 7235428 - (602) 7244436



SC-CER98915



CO-SC-CER98915

RADICACIÓN

ESPACIO PARA LA ADMINISTRADORA

REGIONAL OFICINA
 Ejecutivo comercial Doc. Ejecutivo comercial

I. DATOS GENERALES DEL AFILIADO O SOLICITANTE

DEPENDIENTE INDEPENDIENTE FAVOR DILIGENCIAR EN LETRA MAYÚSCULA E IMPRENTA SIN SALIRSE DE LOS RECUADROS

Tipo de documento CC CD TI CE PA Otro ¿Cuál? N.º de documento 1086332215

Fecha de Expedición 14 07 2015 Municipio Expedición CHACHAGÜÍ Departamento Expedición NARIÑO Sexo M F

Primer nombre EVELIN Segundo nombre GISSEL
 Primer apellido JOSA Segundo apellido PIEDRAHITA

Fecha nacimiento 13 07 1997 Municipio nacimiento CHACHAGÜÍ Departamento nacimiento NARIÑO Nacionalidad COLOMBIA

Dirección de residencia CALLE 3 # 7-59 Barrio / vereda de residencia DEPORTIVO
 Municipio de residencia CHACHAGÜÍ Departamento de residencia NARIÑO

Teléfono de residencia Celular 3148808121 Salario integral Si No
 Ocupación u oficio PSICÓLOGA Ingreso mensual \$ 1'423.500 Es empleador Si No
 Correo electrónico GISSELLE13JP@GMAIL.CO Alto riesgo Si No

AUTORIZACIÓN USO DE MEDIOS ELECTRÓNICOS: El afiliado/ciudadano acepta y autoriza de manera expresa que COLPENSIONES envíe notificaciones, estados de cuenta y demás comunicaciones relacionadas con sus trámites y/o solicitudes a través de técnicas y medios electrónicos, informáticos y telemáticos (incluye correo electrónico, página web y mensaje móvil). Si No

Dirección de ubicación laboral Barrio/ vereda de ubicación laboral
 Municipio de ubicación laboral Departamento de ubicación laboral Teléfono laboral

II. DATOS DEL EMPLEADOR O ENTIDAD AGRUPADORA

Tipo de documento NIT CC CD TI CE PA Otro ¿Cuál? N.º de documento DV Código CIU

Naturaleza Pública Privada Razón social o nombre

Dirección Municipio
 Barrio / vereda Departamento Sucursal

Teléfono Celular Ocupación u oficio
 Correo electrónico

III. INFORMACIÓN DE BENEFICIARIOS

1 Tipo de documento CC TI CE PA RC Otro ¿Cuál? N.º de documento Fecha de nacimiento

Primer nombre Segundo nombre Día Mes Año
 Primer apellido Segundo apellido
 Nacionalidad Dirección de residencia
 Municipio de residencia Barrio / vereda de residencia Departamento de residencia

Sexo M F Teléfono Celular Correo electrónico
 Parentesco 1 2 3 4 5 6

2 Tipo de documento CC TI CE PA RC Otro ¿Cuál? N.º de documento Fecha de nacimiento

Primer nombre Segundo nombre Día Mes Año
 Primer apellido Segundo apellido
 Nacionalidad Dirección de residencia
 Municipio de residencia Barrio / vereda de residencia Departamento de residencia

Sexo M F T NB Teléfono Celular Correo electrónico
 Parentesco 1 2 3 4 5 6

IV. AFILIACIÓN A PENSIONES

TIPO DE NOVEDAD Vinculación inicial Traslado de régimen Traslado de entidad diferente Traslado por Pensión Familiar Ha cotizado más de 150 semanas a las cajas o fondos del sector público Si No Subsidiado Si No

Si marcó Traslado indique Entidad Actual Entidad a donde desea trasladarse

El afiliado debe cotizar bajo el régimen especial de pensiones Si No ¿Cuál? Tarifa con la que debe cotizar %

1. AUTORIZACIÓN PARA BÚSQUEDA, CONSULTA, USO Y MANEJO DE INFORMACIÓN: El afiliado/ciudadano acepta y autoriza de manera expresa a la ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES COLPENSIONES, en calidad de responsable y a los encargados de efectuar el tratamiento de datos, para la recolección y tratamiento de datos de carácter personal y reservado relacionados con la prestación, gestión, administración, personalización, actualización y mejora de los trámites, bienes y servicios de COLPENSIONES, así como la consulta, búsqueda, recolección y uso en cualquier tiempo en las centrales de riesgo y en aquellas entidades privadas y públicas que tengan información del afiliado/ciudadano para realizar los trámites que se refieren a las prestaciones, bienes y servicios de los diferentes componentes del sistema general de seguridad social administrados por COLPENSIONES. Si No

2. AUTORIZACIÓN, VERIFICACIÓN Y USO DE INFORMACIÓN: El afiliado/ciudadano acepta y autoriza de manera expresa que la ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES COLPENSIONES, directamente y/o a través de medios electrónicos, informáticos y telemáticos, realice la verificación y uso de la información suministrada por el afiliado/ciudadano en su documento de identidad y en los demás que aporte a COLPENSIONES, ante las entidades u organismos pertinentes. Si No

3. La información obtenida solo será usada para efectos propios de la ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES COLPENSIONES. Si No

V. FIRMAS

Recuerde que usted dispone de cinco (5) días hábiles para retractarse de su afiliación en pensiones contados a partir de la fecha en que reciba la respuesta a su solicitud de afiliación o traslado.

Hago constar que la selección de Régimen RPM la he efectuado en forma libre y espontánea y sin presiones. También declaro que previo al diligenciamiento de este formulario he recibido una asesoría clara, oportuna y adecuada, en virtud de lo cual manifiesto que de manera informada que he elegido a COLPENSIONES, que administre mis aportes pensionales y que los datos proporcionados en esta solicitud son verdaderos.

DECLARO BAJO JURAMENTO QUE LOS ANTECEDENTES DEL TRABAJADOR INCLUIDOS EN EL PRESENTE DOCUMENTO SON LOS QUE CORRESPONDEN A LA INFORMACIÓN QUE ME HA SIDO SUMINISTRADA.

FIRMA DEL AFILIADO O SOLICITANTE HUELLA AFILIADO

NOMBRES Y APELLIDOS DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA AUTORIZADA FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA AUTORIZADA

APROBADO POR LA SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA SEGUN RADICACIÓN No. 7017153646-013-000 DEL 23-04-2018.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

cadena. 20/10/2023-01185





EMSSANAR S.A.S.
 Registro en Cámara de Comercio No.15233 libro IX, Octubre 24 de 2016
 Nit. 901 021 565 - 8

No. de Radicación	Fecha de Radicación
	D D M M A A A A

I. DATOS DEL TRAMITE (Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo) Página 1 de 2

1. Tipo de Trámite	2. Tipo de Afiliación	3. Régimen
A. Afiliación <input checked="" type="checkbox"/> B. Reporte de Novedades <input type="checkbox"/>	A. Individual -Cotizante o Cabeza de Familia <input checked="" type="checkbox"/> -Beneficiario o afiliado adicional <input type="checkbox"/> B. Colectiva <input type="checkbox"/> C. Institucional <input type="checkbox"/> D. De oficio <input type="checkbox"/>	A. Contributivo <input checked="" type="checkbox"/> B. Subsidiado <input type="checkbox"/>
4. Tipo de afiliado	5. Tipo de cotizante	Código (a registrar por la EPS)
A. Cotizante <input checked="" type="checkbox"/> B. cabeza de familia <input type="checkbox"/> C. Beneficiario <input type="checkbox"/>	A. Dependiente <input type="checkbox"/> B. Independiente <input checked="" type="checkbox"/> C. Pensionado <input type="checkbox"/>	

A. AFILIACIÓN

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)

6. Apellidos y nombres	JOSA Primer apellido	PIEDRAHITA Segundo apellido	EVELIN Primer nombre	GISSEL Segundo nombre
7. Tipo de documento de identidad	CC	8. Número del documento de identidad	1086332215	9. Sexo
				Femenino <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>
				10. Fecha de nacimiento
				1 3 0 7 1 9 9 7

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales			
11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial
	Tipo F N M Condición T P		
15. Administradora de Riesgos Laborales -ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotización -IBC	
	COLPENSIONES	1.423.500	
18. Residencia	CALLE 3 # 7-59 Dirección	3148808121 Teléfono celular	gisselle13jp@gmail.com Correo electrónico
CHACHAGUI Municipio/Distrito	Zona Urbana <input checked="" type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/>	DEPORTIVO Barrio / Localidad O Comuna	NARIÑO Departamento

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante

19. Apellidos y nombres			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
20. Tipo de documento de identidad	21. Número del documento de identidad	22. Sexo	23. Fecha de nacimiento
		Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	D D M M A A A A

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

24. Apellidos y nombres			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo	28. Fecha de nacimiento
		Femenino Masculino	
B1			D D M M A A A A
B2			D D M M A A A A
B3			D D M M A A A A
B4			D D M M A A A A
B5			D D M M A A A A

Datos complementarios

29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad	Tipo	Condición
			F N M	T P
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

32. Datos de residencia	Zona	Departamento	Teléfono Fijo y/ o celular	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
Municipio/Distrito	Urbana Rural			
B1	Chachagüí	X	NARIÑO	
B2				
B3				
B4				
B5				

Selección de la IPS Primaria

34. Nombre de la institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
c ESE Nuestra Señora de Fátima Chachagüí.	
B	
B	
B	

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES O DE LAS ETIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador pensiones (a registrar por la EPS)
39. Ubicación	Dirección	Teléfono	Correo electrónico Municipio/Distrito Departamento

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1. Modificación de datos básicos de identificación. | <input type="checkbox"/> 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas |
| <input type="checkbox"/> 2. Corrección de datos básicos de identificación. | <input type="checkbox"/> 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas |
| <input type="checkbox"/> 3. Actualización del documento de identidad. | <input checked="" type="checkbox"/> 13. Movilidad: <input checked="" type="checkbox"/> A. Régimen Contributivo |
| <input type="checkbox"/> 4. Actualización y corrección de datos complementarios. | <input type="checkbox"/> B. Régimen Subsidiado |
| <input type="checkbox"/> 5. Terminación de la inscripción en la EPS. | <input type="checkbox"/> 14. Traslado: <input type="checkbox"/> A. Mismo Régimen |
| Código <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> B. Diferente Régimen |
| <input type="checkbox"/> 6. Reinscripción en la EPS. | <input type="checkbox"/> 15. Reporte de fallecimiento. |
| <input type="checkbox"/> 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales. | <input type="checkbox"/> 16. Reporte de trámite de protección al cedente. |
| <input type="checkbox"/> 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales. | <input type="checkbox"/> 17. Reporte de la calidad de pre-pensionado. |
| <input type="checkbox"/> 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar. | <input type="checkbox"/> 18. Reporte de la calidad de Pensionado. |
| <input type="checkbox"/> 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando. | |

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación

Primer apellido		Segundo apellido		Primer nombre		Segundo nombre	
Tipo de documento de identidad <input type="text"/>	Número del documento de identidad	Sexo Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	Fecha de nacimiento	42. Fecha de inicio contrato			
			DDMMAAAA	03/02/2025			

43. EPS anterior

44. Motivo de traslado
Código

45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- 46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- 47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
- 48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios
- 49. Declaración de no internación del cotizante cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una institución Prestadora de Servicios de Salud.
- 50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales..
- 51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.
- 52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.
- 53. Autorización para que la EPS envíe información adicional al correo electrónico o al celular como mensaje de texto.

VIII. FIRMAS

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario

55. E empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio

IX. ANEXOS

- 56. Anexo copia del documento de identidad: CN RC TI CC PA CE CD SC
Cantidad: Total: 1
- 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- 58. Copia del registro civil de matrimonio, o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
- 59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial al que declare la separación de cuerpos de escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.
- 60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.
- 61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
- 62. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres.
- 63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.
- 64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- 65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad del bebecionario o se ordene la afiliación de oficio

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial		67. Datos del SISBÉN		68. Fecha de radicación		69. Fecha de validación	
Código del municipio	Código del departamento	Número de ficha	Puntaje	Nivel	DDMMAAAA	DDMMAAAA	

70. Datos del funcionario que realiza la validación

Primer apellido		Segundo apellido		Primer nombre		Segundo nombre	
Tipo documento de identidad <input type="text"/>	Número del documento de identidad	71. Firma del funcionario					

OBSERVACIONES: Si no alcanzo el correo en la pagina anterior puede ingresarlo aquí. ----->>

CARGO QUE OCUPA EN LA EMPRESA---->> INDEPENDIENTE *Psicóloga*

SI ES APRENDIZ SENA ESPECIFICAR SI ES ETAPA PRODUCTIVA O LECTIVA----->>

J.J.

Recuerde que con la firma del formulario el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el capítulo VII del formulario.

FUNCIONARIO EMSSANAR:

Para dar cumplimiento a la circular conjunta externa 016 de 2013 (mayo 15), Ministerio de Salud y Protección Social y Superintendencia Nacional de Salud, es necesario aplicar el siguiente cuestionario como soporte de entrega de la presente Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y Carta de Desempeño.

¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y del Paciente? SI NO

¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la Carta de Desempeño donde se presenta de manera clara su puesto en el ranking? SI NO

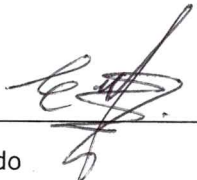
¿Leyó el contenido de la Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y del Paciente? SI NO

¿Leyó el contenido de la Carta de Desempeño de la EPS? SI NO

¿Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información fue asesorado adecuadamente por la EPS? SI NO

En constancia se firma el día 02, mes 09, año 2025

Municipio Chachagüi Departamento Nariño


Firma afiliado



ó Huella afiliado

Si el afiliado no sabe o no puede firmar, el diligenciamiento de este formato lo efectuará un tercero a quien él ruegue; lo cual deberá ser ratificado por el afiliado a través de la imposición de su huella.


Firma a ruego

Nombre: _____
Identificación: _____
Edad: _____
Domicilio: _____

FUNCIONARIO EMSSANAR

Este documento debe ser diligenciado con el afiliado al momento de recibir una Carta de Derechos; una vez diligenciado se debe almacenar en una carpeta y tener listo para presentación ante los entes de vigilancia y control.



	RESOLUCIÓN		
	CÓDIGO: F-PGED05-02	VERSIÓN: 01	FECHA: 23-08-2013

No. 52 - 0620

Por la cual se concede una autorización para el ejercicio profesional

LA DIRECTORA (E) DEL INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD DE NARIÑO
 En cumplimiento al Decreto Número 1875 de Agosto 3 de 1994 expedido por el Ministerio de Salud, y

CONSIDERANDO:

Que, **EVELIN GISSEL JOSA PIEDRAHITA**, identificada con Cédula De Ciudadanía No. 1086332215 expedida en Chachagüí (Nariño), ha solicitado autorización del ejercicio profesional como **PSICOLOGA** título que le otorgó la **UNIVERSIDAD CESMAG**, en Pasto (Nariño), según Acta de Grado No. 07 y Diploma No. 2692 del 14 de Diciembre de 2023.

Que, dicho título se encuentra debidamente Registrado al Folio No. 146 del Libro No. 3 del 14 de Diciembre de 2023, por la **UNIVERSIDAD CESMAG**, en Pasto (Nariño).

RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO: Autorizar a **EVELIN GISSEL JOSA PIEDRAHITA**, identificada con Cédula De Ciudadanía No. 1086332215 expedida en Chachagüí (Nariño), para ejercer como **PSICOLOGA**, en el Territorio Nacional.

ARTICULO SEGUNDO: A partir de la expedición de la presente Resolución quedará Inscrito en el Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud (RETHUS).

COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE

Dada en San Juan de Pasto, a los 7 días del mes de Febrero de 2024.

Ana Belén Arteaga Torres
ANA BELÉN ARTEAGA TORRES
 Directora (E) I.D.S.N.

Proyectó: ANDREA ELIZABETH GÓMEZ PAZ		Revisó: JOSE FREDY CAICEDO Profesional Universitario	
Firma <i>AGP</i>	Fecha: 07/02/2024	Firma <i>JFC</i>	Fecha: 07/02/2024

COMPROMETIDOS CON LA CALIDAD



SC-CER98915



CO-SC-CER98915

Nombre y Apellido: Evelin Gisela Joza.

Cédula: 1086332215.

Biológico	Dosis	Fecha Aplicación	Fabricante y Lote	Firma Vacunador
Triple Viral	Única			
Fiebre Amarilla	Única			
Toxoide Tetánico	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
Contra Hepatitis B	1	15-01-2022	236113w6 8	
	2	15 Feb 2022		
	3			

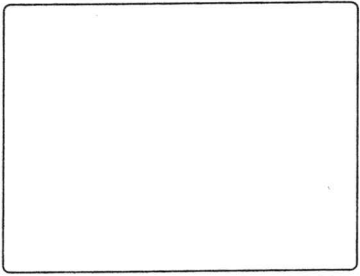
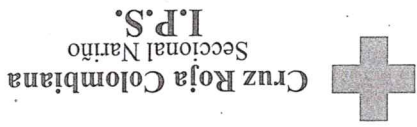
Biológico	Dosis	Fecha Aplicación	Fabricante y Lote	Firma Vacunador
VPH	1			
	2			
	3			
Varicela	1			
	2			
Contra Hepatitis A	1			
	2			
Influenza Anual	1			
	2			
DPTA	1			
Otras				

R.H.: Rt. Teléfono: 3148808121

Nombre y apellidos: Evelin Gisela Joza Piedrahíta

Fecha Nacimiento: D/13 M/07 A/97 Sexo: F

CERTIFICADO DE VACUNACIÓN



No. IDENTIFICACIÓN
1.086.332.215

Carrera 25 No. 13 - 26 Teléfono: (602) 734 7787
 Cel. 316 478 1854 - 316 478 1863 / E-mail: diripsnarino@cruzrojacolombiana.org
 San Juan de Pasto
 Este documento no es válido sin sello seco de Cruz Roja y sus respectivas firmas

Consérvelo

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

SI ESTE CARNET NO PRESENTA LOS SELLOS ORIGINALES NO ES VALIDO

Certificado de Vacunación

PROVIVACUNAS


PROVEEDORA DE VACUNAS S.A.S.

Cra. 35 No. 19-15 B/. Palermo - Pasto - Nariño
Tels. 602 7364358 - 311 772 1453 - 316 010 8350

Certificado de Vacunación

No. 18408

Vacuna	Dosis 1, 2 y 3 o Refuerzo	Lote	Fecha Aplicación	Firma Vacunador
Influenza*				
Hepatitis A				
Tétanos				
Hepatitis B				
Varicela	1° 4011871		16-Enero-25	Cruz Roja Colombiana Seccional Nariño JESSICA G VACUNACIÓN
Triple Viral				
Fiebre Amarilla				
DPT				
Otros				

* Influenza una dosis cada año - enfermería - Citología - Laboratorio Clínico - Medicina General - Vacunación - Procedimientos menores  Cruz Roja Colombiana

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Sarampión - Rubéola	Única			
Fiebre Amarilla	Única	24-04-2025	Bio manguinhos BFC188	ESE Chachagui Hilidy Lopez
Toxoide Tetánico - Diférico (Td)	1			
	2			
	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			
	Anual			
Covid 19	1ª			
	2ª			
	1er Ref.			
	2do Ref.			
Otras				

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
COVID-19	1	02/07/21	Pfizer	EY0585	ESE Chachagui	Johana C.	1086328632
	2	24/07/21	Pfizer	EY0585	E.S.E Chachagui	Johana C.	1086328632
		28-10-2022	Moderna	06713224	A Cul	Anz Jun Cepa	1088-250-0737

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:

Evelin Gissel

Apellidos:

Josa Piedrahita

Documento

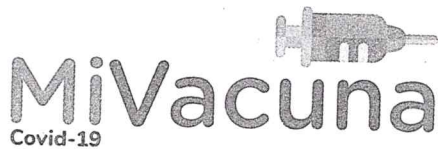
de identidad: C.C. C.E. P.A. C.D. S.C. P.E. P.P.T. D.E.

Número de

documento: 1086332215

Fecha de

nacimiento: Día 13 Mes 07 Año 1997


MiVacuna
Covid-19

www.minsalud.gov.co



La salud
es de todos

Minsalud


MiVacuna
Covid-19

Certificado de vacunación

Nombres:

Evelin Gissel

Apellidos:

Josa Piedrahita

Documento

de identidad: C.C. T.I. Pasaporte PEP otro cuál:

No. 1086332215

Fecha de

nacimiento: Día 13 Mes 07 Año 1997