FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Libertad y Orden

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
INSUASTY	BRAVO	ANDREA MARCELA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	GENERO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. ⊗ C.E. ○ PAS ○ No. 1086696532	F ⊗ M ○ NB ○	COL. ⊗ EXTRANJERO ○	COLOMBIA

LIBRETA MILITAR
PRIMERA CLASE ○ SEGUNDA CLASE ○ NÚMERO D.M.

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 13 MES 12 AÑO 1990

PAÍS COLOMBIA

DEPTO NARIÑO

MUNICIPIO CUMBITARA

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

BARRIO SAN JUAN BOSCO CASA SAN JUAN BOSCO

PAÍS COLOMBIA DEPTO NARIÑO

MUNICIPIO CUMBITARA

TELÉFONO 7262535 EMAIL insuastybravo@gmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO	BASICA SECUNDARIA		
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	07	AÑO	2007
										X				

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:

TC (TÉCNICA) **TL** (TECNOLÓGICA) **TE** (TECNÓLOGICA ESPECIALIZADA) **UN** (UNIVERSITARIA)

ES (ESPECIALIZACIÓN) **MG** (MAESTRÍA O MAGISTER) **DOC** (DOCTORADO O PHD)

RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ÉSTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY).

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
PREGRADO	8	X		FISIOTERAPIA	06	2021	1086696532

3 EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

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

INF (EDUCACIÓN INFORMAL) **TR_DES** (EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO)

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

4 IDIOMAS

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

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

5 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO VIGENTE												
EMPRESA O ENTIDAD SAN PEDRO DE CUMBITARA DEL MUNICIPIO DE CUMBITARA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO NARIÑO	*MUNICIPIO* CUMBITARA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3125927262	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	07	*Año* 2026	*Día*		*Mes*		*Año*		
CARGO O CONTRATO ACTUAL ASESOR CIENTIFICO	*DEPENDENCIA* ASESOR CIENTIFICO					*DIRECCIÓN* CALLE 2A BIS B ESTE 2B 2 ESTE BARRIO BELEN						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE CUMBITARA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO NARIÑO	*MUNICIPIO* CUMBITARA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	04	*Año* 2026	*Día*	30	*Mes*	06	*Año*	2026	
CARGO O CONTRATO ACTUAL ASESOR CIENTIFICO	*DEPENDENCIA* ASESORIA CIENTIFICA					*DIRECCIÓN* CALLE 2A BIS A ESTE 2A 2 ESTE BARRIO BELEN						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD SAN PEDRO DE CUMBITARA DEL MUNICIPIO DE CUMBITARA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO NARIÑO	*MUNICIPIO* CUMBITARA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3144557624	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	02	*Año* 2026	*Día*	31	*Mes*	03	*Año*	2026	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA ASESOR CIENTIFICO	*DEPENDENCIA* AREA SUBCIENTIFICA					*DIRECCIÓN* CALLE 2A BIS B ESTE 2C 2 ESTE BARRIO BELEN						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD SAN PEDRO DE CUMBITARA DEL MUNICIPIO DE CUMBITARA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO NARIÑO	*MUNICIPIO* CUMBITARA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3218014557	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	01	*Año* 2026	*Día*	31	*Mes*	01	*Año*	2026	
CARGO O CONTRATO ACTUAL ASESOR CIENTIFICO	*DEPENDENCIA* ADMINISTARTIVO					*DIRECCIÓN* CALLE 2A BIS A ESTE 3B 4 ESTE BARRIO BELEN						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD SAN PEDRO DE CUMBITARA DEL MUNICIPIO DE CUMBITARA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO NARIÑO	*MUNICIPIO* CUMBITARA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3218014557	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	10	*Año* 2025	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2025	
CARGO O CONTRATO ACTUAL ASESOR CIENTIFICO	*DEPENDENCIA* ASESORIA CIENTIFICA					*DIRECCIÓN* CALLE 2A BIS B ESTE 2B 2 ESTE BARRIO BELEN						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE CUMBITARA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO NARIÑO	*MUNICIPIO* CUMBITARA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3148324913	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	07	*Año* 2025	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2025	
CARGO O CONTRATO ACTUAL ACTIVIDADES EN SALUD PUBLICA	*DEPENDENCIA* DIRECCION LOCAL DE SALUD					*DIRECCIÓN* CALLE 1A BIS A ESTE 2A 2 NORTE BARRIO BELEN						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE CUMBITARA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO NARIÑO	*MUNICIPIO* CUMBITARA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3144557624	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	01	*Año* 2025	*Día*	30	*Mes*	06	*Año*	2025	
CARGO O CONTRATO ACTUAL COOR VIGILANCIA SALUD PUBLICA	*DEPENDENCIA* DIRECCION LOCAL DE SALUD					*DIRECCIÓN* CALLE 2A BIS B ESTE 2C 2 ESTE BARRIO BELEN						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE CUMBITARA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO NARIÑO	*MUNICIPIO* CUMBITARA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3104029809	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	07	*Año* 2024	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2024	
CARGO O CONTRATO ACTUAL COOR VIGILANCIA SALUD PUBLICA	*DEPENDENCIA* OFICINA DE LA DIRECCION LOCAL DE SALUD					*DIRECCIÓN* CALLE 2A BIS B ESTE null null ESTE BARRIO BELEN						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE CUMBITARA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO NARIÑO	*MUNICIPIO* CUMBITARA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3104029809	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	10	*Mes*	01	*Año* 2024	*Día*	30	*Mes*	06	*Año*	2024	
CARGO O CONTRATO ACTUAL COOR VIGILANCIA SALUD PUBLICA	*DEPENDENCIA* DIRECCION LOCAL DE SALUD					*DIRECCIÓN* CALLE 2A BIS B ESTE 4C 22 ESTE BARRIO BELEN						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE CUMBITARA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO NARIÑO	*MUNICIPIO* CUMBITARA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3144557624	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	08	*Año* 2023	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2023	
CARGO O CONTRATO ACTUAL COOR VIGILANCIA SALUD PUBLICA	*DEPENDENCIA* DIRECCION LOCAL DE SALUD					*DIRECCIÓN* CALLE 2A BIS C ESTE 22E 2 NORTE BARRIO BELEN						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE CUMBITARA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO NARIÑO	*MUNICIPIO* CUMBITARA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3146017407	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	05	*Mes*	05	*Año* 2023	*Día*	31	*Mes*	07	*Año*	2023	
CARGO O CONTRATO ACTUAL FISIOTERAPIA	*DEPENDENCIA* DIRECCION LOCAL DE SALUD					*DIRECCIÓN* CALLE 2A BIS C ESTE 22E 2 NORTE BARRIO BELEN						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE CUMBITARA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO NARIÑO	*MUNICIPIO* CUMBITARA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3122328774	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	06	*Mes*	01	*Año* 2023	*Día*	30	*Mes*	04	*Año*	2023	
CARGO O CONTRATO ACTUAL PROFESIONAL FISIOTERAPIA	*DEPENDENCIA* DIRECCION LOCAL DE SALUD					*DIRECCIÓN* CALLE 2A BIS C ESTE 22E 2 NORTE BARRIO BELEN						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE CUMBITARA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO NARIÑO	*MUNICIPIO* CUMBITARA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3104029809	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	11	*Mes*	07	*Año* 2022	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2022	
CARGO O CONTRATO ACTUAL PROFESIONAL FISIOTERAPIA	*DEPENDENCIA* DIRECCION LOCAL DE SALUD					*DIRECCIÓN* - BARRIO BELEN						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE CUMBITARA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO NARIÑO	*MUNICIPIO* CUMBITARA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3146017407	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	10	*Mes*	01	*Año* 2022	*Día*	07	*Mes*	06	*Año*	2022	
CARGO O CONTRATO ACTUAL COORDINADORA D PAI MUNICIPAL	*DEPENDENCIA* DIRECCION LOCAL DE SALUD					*DIRECCIÓN* - BARRIO BELEN						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE CUMBITARA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO NARIÑO	*MUNICIPIO* CUMBITARA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3146017407	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	02	*Mes*	12	*Año* 2021	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2021	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* COORDINACION VACUNACION					*DIRECCIÓN* - BARRIO BELEN						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE CUMBITARA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO NARIÑO	*MUNICIPIO* CUMBITARA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3146017407	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	10	*Mes*	06	*Año* 2021	*Día*	31	*Mes*	10	*Año*	2021	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* AREA DE VACUNACION					*DIRECCIÓN* BARRIO BELEN						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ESE SAN PEDRO DE CUMBITARA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO NARIÑO	*MUNICIPIO* CUMBITARA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3113719645	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	12	*Año* 2019	*Día*	31	*Mes*	01	*Año*	2020	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* URGENCIAS					*DIRECCIÓN* BARRIO BELEN						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ASOCIACION DE TRABAJO MULTIDISCIPLINARIO PARA PUEBLOS ETNICOS Y OTROS - ATME			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X		*PAÍS* COLOMBIA				
DEPARTAMENTO NARIÑO	*MUNICIPIO* CUMBITARA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*				
TELÉFONOS 3105339789	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*				
	Día	01	*Mes*	02	*Año*	2015	*Día*	31	*Mes*	01	*Año*	2016
CARGO O CONTRATO ACTUAL 003678 AUXILIAR DE ENFERMERIA	*DEPENDENCIA* APOYO EN SALUD Y NUTRICION						*DIRECCIÓN* - BARRIO SAN LUIS					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD SAN PEDRO DE CUMBITARA DEL MUNICIPIO DE CUMBITARA			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA				
DEPARTAMENTO NARIÑO	*MUNICIPIO* CUMBITARA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*				
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*				
	Día	01	*Mes*	10	*Año*	2012	*Día*	30	*Mes*	06	*Año*	2013
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* URGENCIAS						*DIRECCIÓN* - BARRIO BELEN					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CENTRO DE RECUPERACION CUMBITARA			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA				
DEPARTAMENTO NARIÑO	*MUNICIPIO* CUMBITARA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*				
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*				
	Día	11	*Mes*	02	*Año*	2010	*Día*	30	*Mes*	09	*Año*	2012
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* SALUD						*DIRECCIÓN* BARRIO NAVIDAD					

6 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

7 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	4	6
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	1	0
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	4	0
EXPERIENCIA DOCENTE	0	0

8 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI __ NO X ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOPATIBILIDAD 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 01 de octubre de 2026

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

9 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

INSTITUCION EDUCATIVA "SAN PEDRO"

CUMBITARA - NARIÑO
RESOLUCION No. 2572 DE SEPTIEMBRE 30/2002
SECRETARIA DE EDUCACION DEPARTAMENTAL

INSCRIPCION DANE 1522330013
INSCRIPCION S.E.D. 61233084
NIT: 800.209.906 9

ACTA INDIVIDUAL DE GRADUACION No. [illegible]

En la ciudad de Cumbitara a los veinte [illegible] días del mes de julio del año 2007 se reunieron, con el fin de formalizar la graduación de los alumnos de último grado los suscritos Rector y Secretaria en la Rectoria de la INSTITUCION EDUCATIVA "SAN PEDRO" aprobada hasta nueva visita en el Nivel de Educación Media Académica y autorizada por el Ministerio de Educación Nacional para otorgar el título de Bachiller en la modalidad Bachiller Académico según Resolución No. 15019 del 23 de julio de 1982. Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Vocacional, se procedió a otorgar el TITULO DE BACHILLER ACADEMICO al graduando cuyos nombres, apellidos y número de documento de identidad se relacionan a continuación

[illegible] T.I. [illegible]

Es fiel copia tomada del acta original general No. [illegible] de fecha [illegible] de julio de 2007 que consta de 31 alumnos graduados, que comienza con el nombre de Doris Alicia Araújo Rodríguez y termina con el nombre de Leydi Yovana Valencia Calderón

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

Dado en Cumbitara a los 20 días del mes de julio de 2007

LIC. LUIS BERNARDO PERUGACHE MARTINEZ	AURA CENITH GUEVARA ROMO
RECTOR	SECRETARIA
C.C. No. 12.953.612 DE PASTO	C.C. No. 27.314.193
FIRMA Y SELLO	FIRMA Y SELLO

La salud es de todos

COLFI
Colegio Colombiano de Fisioterapeutas

Identificación Única del Talento Humano en Salud
FISIOTERAPEUTA

ANDREA MARCELA INSUASTY BRAVO

CC 1086696532

Fundación Universitaria María Cano

Popayán

Fecha Expedición Diploma: 2021-08-26
Fecha Inscripción RETHUS: 2021-10-06



Escaneado con CamScanner

LA REPÚBLICA DE COLOMBIA Y EN SU NOMBRE

LA FUNDACIÓN UNIVERSITARIA MARÍA CANO

PERSONERÍA JURÍDICA Nº. 17996, NOVIEMBRE DE 1987 DEL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

EN ATENCIÓN A QUE:

Andrea Marcela Insuasty Bravo

C.C. 1.086.696.532

HA CUMPLIDO LOS REQUISITOS QUE LOS ESTATUTOS UNIVERSITARIOS EXIGEN PARA OPTAR AL TÍTULO DE:

Fisioterapeuta

LE EXPIDE EL PRESENTE DIPLOMA Y EN TESTIMONIO DE ELLO, SE FIRMA Y REFRENDA CON LOS SELLOS RESPECTIVOS EN Popayán , EL DÍA 26 DEL MES DE Agosto DE 2021

RECTOR

SECRETARIO GENERAL

Anibal Palacios C.
DECANO

VIGILADO MINEDUCACIÓN

Powered by CamScanner



CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.086.696.532

Apellidos
INSUASTY BRAVO

Nombres
ANDREA MARCELA

Nacionalidad
COL

Estatura
1.56

Sexo
F

Fecha de nacimiento
13 DIC 1990

G.S.
O+

Lugar de nacimiento
CUMBITARA (NARIÑO)

Fecha y lugar de expedición
15 DIC 2008. CUMBITARA

Firma

Fecha de expiración
19 MAR 2035

CO

0177429797

REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo

ICCOL0774297974230 39<<<<<<<<<<<
9012134F3503199COL1086696532<5
INSUASTY<BRAVO<<ANDREA<MARCELA

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 jueves 03 de septiembre de 2026, a las 22:29:38, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1086696532
Código de Verificación	1086696532260903222938

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

Generó: WEB

Policía Nacional de Colombia

(Default.aspx)

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, 03/09/2026 10:36:09 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **1086696532** y Nombre: **ANDREA MARCELA INSUASTY BRAVO.**

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. **147000610** . 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

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

GOV.CO

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 10:34:13 PM horas del 03/09/2026, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **1086696532**

Apellidos y Nombres: **INSUASTY BRAVO ANDREA MARCELA**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

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

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

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

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

DIJIN

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

Presidencia de la República
Ministerio de Defensa Nacional
Portal Único de Contratación
GOV.CO

Todos los derechos reservados.

PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN
COLOMBIA

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 302365364

M
21:52:03

Bogotá DC, 03 de septiembre del 2026

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) ANDREA MARCELA INSUASTY BRAVO identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1086696532:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

ADVERTENCIA: La certificación de antecedentes contiene las anotaciones de las sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes. Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figuren en el registro. Anterior, de acuerdo a los incisos 3o. y 4o. del artículo 238 Ley 1952 de 2019.

NOTA: El certificado de antecedentes disciplinarios es un documento que contiene las anotaciones e inhabilidades generadas por sanciones penales, disciplinarias, inhabilidades que se deriven de las relaciones contractuales con el estado, de los fallos con responsabilidad fiscal, de las decisiones de pérdida de investidura y de las condenas proferidas contra servidores, ex servidores públicos y particulares que desempeñen funciones públicas en ejercicio de la acción de repetición o llamamiento en garantía. **Este documento tiene efectos para acceder al sector público, en los términos que establezca la Constitución Política y la ley particular o demás disposiciones vigentes.** *El Sistema SIRI reporta como antecedentes solamente las* sanciones con debida ejecutoria recibidas de las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el Estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información de antecedentes del aspirante en la página web: https://www.procuraduria.gov.co/Pages/certificado-antecedentes.aspx

Mario Enrique Castro González
Jefe División de Relacionamiento 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.

TIC

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 1086696532 **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 03/09/2026 09:49 PM

Código Verificación: **8G1M9E3PRW**

Válida hasta: **03/12/2026**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

emssanar EPS

NIT. 901.021.565-8
Registro de Cámara de Comercio N° 15233 Libro IX. Octubre 24 de 2016

Cuidamos de ti en cada paso

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL PBS EMSSANAR S.A.S.
Movilidad Régimen Contributivo

EMSSANAR S.A.S., CERTIFICA que el afiliado relacionado a continuación, presenta la siguiente información a la fecha de su expedición:

Tipo y Número de identificación:	CC 1086696532
Apellidos:	INSUASTY BRAVO
Nombres:	ANDREA MARCELA
Tipo de discapacidad:	Ninguna
Plan de salud:	Movilidad Régimen Contributivo
Tipo de afiliado:	Cabeza de familia/Cotizante
Tipo de trabajador:	Independiente con contrato de prestación de servicios superior a 1 mes
Estado de servicio:	Vigente
Fecha de Afiliación:	23/01/2025
Departamento de Afiliación:	NARIÑO
Municipio de Afiliación:	CUMBITARA
Zona:	Urbana - Cabecera Municipal

IPS de atención de primer nivel

IPS	Direccion	Servicio
ESE SAN PEDRO - CUMBITARA (NARIÑO)	BRR BELEN	MEDICINA GENERAL ODONTOLOGÍA PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

Tiene derecho a recibir los servicios contemplados en el Plan de Beneficios en Salud.
Válida únicamente para comprobación de derechos de la red prestadora, en la fecha de expedición. No es válido para aclarar multiafiliación ni para traslados (Decreto 806 Artículo 55 y 56).

Señores Prestadores: Esta certificación es válida únicamente para corroborar el estado del afiliado en el momento de la prestación del servicio, de la población contratada y remitida periódicamente por la institución según normatividad. En ningún momento esta certificación puede ser empleada para reemplazar las autorizaciones necesarias para la prestación de servicios en los niveles superiores de complejidad

En constancia se firma el 3 de Septiembre de 2026 a solicitud del interesado.

JEFE COMERCIAL
EMSSANAR S.A.S.

Toda certificación generada es almacenada en base de datos para su verificación, la modificación parcial o total de este documento puede incurrir en un delito.

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

ANDREA MARCELA INSUASTY BRAVO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.086.696.532**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 3 de Septiembre del 2026.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 1 3 Actualización de oficio

4. Número de formulario 141130457571

(415)7707212489984(8020) 000014113045757 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 0 8 6 6 9 6 5 3 2	7	Impuestos y Aduanas de Pasto 1 4	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1 0 8 6 6 9 6 5 3 2	

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	1 6 9	Nariño 5 2	Cumbitara 2 3 3

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
INSUASTY	BRAVO	ANDREA	MARCELA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Nariño 5 2	Cumbitara 2 3 3

41. Dirección principal
BRR SAN JUAN BOSCO

42. Correo electrónico insuastybravo@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 1 4 4 5 5 7 6 2 4	3 1 0 5 0 2 3 4 2 2

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 6 9 2	2 0 1 0 0 1 0 1	8 6 1 0	2 0 0 9 0 5 3 0		8 6 2 1			

Responsabilidades, Calidades y Atributos

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código	5																									

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

Usuarios aduaneros

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

Exportadores

55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
		57. Modo			
		58. CPC			

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2024-09-27 / 07:48:13PM

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 ACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA

985. Cargo

Fecha generación documento PDF: 03-09-2026 10:23:56PM

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Establecimientos

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141130457571

(415)7707212489984(8020) 000014113045757 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
1086696532	7	Impuestos y Aduanas de Pasto	14	

Establecimientos, agencias, sucursales, oficinas, sedes o negocios entre otros

1

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica	
Establecimiento de comerci 02	Comercio al por menor de productos farmacéuticos y medicinales, cosmético 4773	

162. Nombre del establecimiento: DROGUERIA AMIGA DE CUMBITARA

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio	
Nariño 52	Cumbitara 233	

165. Dirección: CL 5 5 31 BRR EL COMERCIO

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil	
95903	20050308	
168. Teléfono	**169. Fecha de cierre**	
3117993077	20160822	

2

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica	

162. Nombre del establecimiento:

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio	

165. Dirección:

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil	
168. Teléfono	**169. Fecha de cierre**	

3

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica	

162. Nombre del establecimiento:

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio	

165. Dirección:

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil	
168. Teléfono	**169. Fecha de cierre**	

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Función Pública

PUBLICACIÓN PROACTIVA DECLARACIÓN DE BIENES Y RENTAS Y REGISTRO DE CONFLICTOS DE INTERÉS
(Ley 2013 de 2019, Ley 1437 de 2011, 734 de 2002 y 2003 de 2019)

Tipo de declaración	PERIÓDICO	Fecha de publicación	2026-01-10 10:31

Nombres y apellidos completos

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
ANDREA	MARCELA	INSUASTY	BRAVO

Documento de identificación

Tipo	CEDULA DE CIUDADANIA	Número	1086696532

Lugar de nacimiento

País	COLOMBIA	Departamento	NARIÑO	Municipio	CUMBITARA

Lugar de domicilio

País	COLOMBIA	Departamento	NARIÑO	Municipio	CUMBITARA

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	SAN PEDRO DE CUMBITARA DEL MUNICIPIO DE CUMBITARA

Lugar de sede

País	COLOMBIA	Departamento	NARIÑO	Municipio	CUMBITARA

Dirección	["Barrio Belén Cumbarita Nariño"]
Cargo o función que cumple	CONTRATISTA

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 2025 fueron:

CONCEPTO	VALOR
Salarios y demás ingresos laborales	$30.000.000,00
Cesantías e intereses de cesantías	
Gastos de representación	
Arriendos	
Honorarios	
Otros ingresos y rentas	
TOTAL	$30.000.000,00

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

Tipo de cuenta	Sede de la cuenta (País)	Saldo total de la cuenta a diciembre 31 del año inmediatamente anterior

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo

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

Tengo participación en juntas, consejos o directivos: Sí [ ] No [X]

En la actualidad participo como miembro de las siguientes Juntas o Consejos Directivos:

Nombre entidad o institución	Órgano	Calidad de miembro	País

Tengo participación en corporaciones, sociedades y asociaciones: Sí [ ] No [X]

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

Nombre corporación, sociedad o asociación	Tipo	Calidad de socio	País

1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

Tengo actividades económicas privadas: Sí [ ] No [X]

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 [X]

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 [X] No [ ]

A continuación presento la información de los parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad y primero civil que son susceptibles de generar conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeño.

De acuerdo con la Ley 2003 de 2019, los congresistas deben registrar sus parientes hasta el segundo grado de consanguinidad, segundo de afinidad y primero civil si son susceptibles de generar conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeñan.

Parentesco	Pariente	Tipo de documento de identidad	Documento de identidad	Descripción del potencial conflicto de interés

2.3. INTERÉS DIRECTO O ACTUACIONES DENTRO DEL AÑO ANTERIOR

Tuve intereses directos o actué como representante, asesor, presidente, gerente, director, miembro de junta directiva o socio de gremio, sindicato, sociedad, asociación, grupo social u organización con ánimo o sin ánimo de lucro y esto puede influir en mis decisiones y acciones en el desempeño de mi cargo actual: Sí [ ] No [X]

Dentro del año anterior tuve interés directo o actué como representante, asesor, presidente, gerente, director, miembro de junta directiva o socio de gremio, sindicato, sociedad, asociación, grupo social u organización con ánimo o sin ánimo de lucro (nacional o extranjera), y a continuación describo cómo puede influir en las decisiones y acciones de mi cargo actual:

2.4. OTRAS INVERSIONES

Tengo fideicomisos en Colombia o en el exterior: Sí [ ] No [X]

Los fideicomisos y encargos fiduciarios de los cuales soy constituyente o beneficiario en Colombia y en el exterior son:

Nombre del fideicomiso o encargo fiduciario	Calidad	Valor	País

Tengo inversiones en Colombia o en el exterior: Sí [ ] No [X]

Las inversiones en bonos, fondos de inversión, fondos de ahorro voluntario y otras que tengo en Colombia y en el exterior son:

Tipo de inversión	Valor	País

2.5. DONACIONES QUE REPRESENTARON REDUCCIONES EN LA DECLARACIÓN DE RENTA

Realicé donaciones: Sí [ ] No [X]

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 [X]

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:

Banco Agrario de Colombia
El Banco que hace crecer el campo

Nit : 800.037.800-8

CERTIFICACION

El Banco Agrario de Colombia, certifica que: INSUASTY BRAVO ANDREA MARCELA, identificado(a) con CEDULA DE CIUDADANIA No. 1086696532, se encuentra vinculado(a) con nuestra entidad en el producto de: AHO - CUENTAS AHORROS, número 4-482-42-01126-1, con una antigüedad de TRECE (13) año(s).

Se expide en CUMBITARA, a los siete (07) días del mes de junio de 2022, con destino a: QUIEN INTERESE



Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

CERTIFICA QUE:

ANDREA MARCELA INSUASTY BRAVO identificado con CC. 1086696532 registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales:

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

Nombres y/o Razón	ESE SAN PEDRO DE CUMBITARA
Tipo y Numero de Documento	NI - 900179095

INFORMACIÓN RELACIÓN LABORAL

Fecha de inicio de cobertura	2026/07/04	**Fecha inicio contrato**	2026/07/03
Tipo de vinculación	Independiente con Contrato	**Fecha de fin contrato**	2026/09/30
Riesgo	3	**Código actividad económica**	3861001 - Actividades de hospitales y clinicas, con internacion, comprende las actividades que consisten principalmente en
Estado afiliación	Activa		
Fecha retiro	2026/09/30	**Estado del contrato**	Activa

Esta certificación se expide a los 3 días del mes de septiembre del 2026.

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

Para verificar la autenticidad de este certificado, escanea el código QR incluido o visita nuestra página web. Selecciona la opción "Validar certificados de afiliación" e ingresa el siguiente código: **CC03092026N1086696532A22119049.** Este código es válido por un mes.

CER AFI 2026031519
822

Cordialmente,

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

Dra. Deysi López Castro
MÉDICA ESP. SALUD OCUPACIONAL

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

CIUDAD Y FECHA:	CUMBITARA (N)		15/01/2026
NOMBRE DE LA EMPRESA: CARGO ACTUAL O A DESEMPEÑAR:	**ESE SAN PEDRO DE CUMBITARA** SALUD PUBLICA		

INFORMACION PERSONAL

NOMBRES:	ANDREA MARCELA	**APELLIDOS:**	INSUASTY BRAVO
TIPO IDENTIFICACION:	CC	**IDENTIFICACION:**	1086696532
TELEFONO:	3144557624	**F. NACIMIENTO:**	13/12/1990
EDAD:	35	**ARL:**	POSITIVA
EPS:	EMSSANAR	**AFP:**	PORVENIR
GENERO:	FEMENINO		

EXAMENES REALIZADOS

EVALUACION MEDICA OCUPACIONAL DE INGRESO

CONCEPTO DE APTITUD

PUEDE DESEMPEÑAR SUS LABORES SIN RESTRICCIONES

OBSERVACIONES Y/O RECOMENDACIONES

HIGIENE POSTURAL - PAUSAS ACTIVAS - AUTO CUIDADO - HABITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLE EJERCICIO FISICO - CONTROL ANUAL CON OPTOMETRIA.

INGRESO PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

NO APLICA

Certifico que he sido informado amplia y suficientemente acerca de lo que trata y la finalidad que tiene ésta consulta médica y que han sido respondidas a satisfacción todas las preguntas que he tenido acerca de la misma. Autorizo al profesional medico para que me sea realizado el presente examen medico. Certifico que la informacion por mi brindada durante esta consulta médica es completa, veraz y que no he omitida información sobre mis antecedentes médicos, ni de mi actual estado de salud que pueda llegar a derivar en riesgos para mi salud y en particular con relación al desempeño de mi trabajo, así mismo autorizo a los profesionales del área médica de la empresa para tener acceso y consulta a la información aquí contenida dentro del marco de la confidencialidad médica, para su utilización con fines de seguimiento, análisis y planeación de acciones de salud dentro de los programas de Seguridad y Salud en el Trabajo que la entidad considere se requieran. Refiero entender lo escrito en este consentimiento informado y de forma voluntaria firmo a continuación el presente documento en señal de aceptación:

MEDICO EVALUADOR

MEDICA ESPECIALISTA
SALUD OCUPACIONAL
RM 52 0529 LIC 2195

DEYSY MAYERLIN LOPEZ CASTRO
LSO. 2195-16 RM 52-0529

TRABAJADOR

Marcela Insuasty
Fisioterapeuta
C.C. 1086696532

ANDREA MARCELA INSUASTY
CC 1086696532

EL SECRETARIO DE GOBIERNO DEL MUNICIPIO DE CUMBITARA NARIÑO

C E R T I F I C A

Que, **ANDREA MARCELA INSUASTY BRAVO,** identificada con cédula de ciudadanía No. 1.086.696.532 de Cumbitara, presto sus servicios de apoyo a la alcaldía municipal de Cumbitara, mediante la siguiente contratación:

ITEM	CONTRATO	OBJETO CONTRACTUAL	VALOR DE CONTRATO	INICIA	FINALIZA	ESTADO
1	CD046-2025	PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO PROFESIONAL DE APOYO A LA DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD DEL MUNICIPIO DE CUMBITARA, PARA LA GESTIÓN DE ACTIVIDADES DE SALUD PÚBLICA EN LAS DIMENSIONES DE POBLACIONES VULNERABLES Y NO TRANSMISIBLES	$16.500.000	23/01/2025	30/06/2025	RENDIDO
2	CD145-2025	PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO PROFESIONAL DE APOYO A LA DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD DEL MUNICIPIO DE CUMBITARA, PARA LA GESTIÓN DE ACTIVIDADES DE SALUD PÚBLICA EN LAS	$8.250.000	2/07/2025	30/09/2025	RENDIDO

		DIMENSIONES DE GESTIÓN DIFERENCIAL DE POBLACIONES VULNERABLES, VIDA SALUDABLE Y CONDICIONES NO TRANSMISIBLES Y VIDA SALUDABLE Y ENFERMEDADES TRANSMISIBLES				

Se firma en Cumbitara (N), a los diecinueve (19) días del mes de septiembre del año dos mil veinticinco (2025).

JOSE LUIS MEJIA BURBANO
Secretario de gobierno
secgobierno@cumbitara-nariño.gov.co
Teléfono: 3104032227