DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141133702487

(415)7707212489984(8020) 000014113370248 7

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 0 8 5 9 3 3 5 9 0	8	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	1085933590	

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

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
POTOSI	JURADO	KATHERINE	ASUNCION

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Nariño 5 2	Consaca 2 0 7

41. Dirección principal
VDA SAN RAFAEL

42. Correo electrónico kathyjurado93@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
5 2	3 1 8 8 7 8 9 5 3 4	3 1 8 4 1 9 6 6 8 9

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 2 1	2 0 2 4 0 9 3 0	8 6 9 2	2 0 2 3 1 1 1 5				5 1 3 2	

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 4 9																									

49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros	Exportadores
54. Código (1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 / 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20)	55. Forma / 56. Tipo / Servicio 1 2 3 / 57. Modo / 58. CPC

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2024-10-01 / 10:24:39AM

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 POTOSI JURADO KATHERINE ASUNCION

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Fecha generación documento PDF: 30-09-2026 12:37:21PM


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
1.085.933.590
POTOSI JURADO
KATHERINE ASUNCION


FECHA DE NACIMIENTO 08-DIC-1993
IPIALES
(NARIÑO)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.53
ESTATURA
O+
G.S. RH
F
SEXO
09-DIC-2011 IPIALES
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL

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
POTOSI	JURADO	KATHERINE ASUNCION

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	GENERO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. ⊗ C.E. ○ PAS ○ No. 1085933590	F ⊗ M ○ NB ○	COL. ⊗ EXTRANJERO ○	COLOMBIA

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA			
FECHA	DIA 08 MES 12 AÑO 1993	SAN RAFAEL			
PAÍS	COLOMBIA	PAÍS	COLOMBIA	DEPTO	NARIÑO
DEPTO	NARIÑO	MUNICIPIO	CONSACÁ		
MUNICIPIO	IPIALES	TELÉFONO	3188789534	EMAIL	kathyjurado93@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	2014
										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	3	X		ENFERMERIA	07	2014	

3 EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

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

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

INSTITUCIÓN	MODALIDAD	No. TOTAL HORAS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULOS OBTENIDOS	TERMINACIÓN	
			SI	NO		MES	AÑO
ESCUELA DE SALUD SUR COLOMBIANA	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	1800	X		TECNICO LABORAL AUXILIAR EN ENFERMERIA	07	2014

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 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DE YACUANQUER			PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS COLOMBIA							
DEPARTAMENTO NARIÑO	MUNICIPIO YACUANQUER						CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD					
TELÉFONOS 3148854042	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
	Día	01	Mes	07	Año	2026	Día		Mes		Año	
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR DE ENFERMERIA	DEPENDENCIA AREA CONSULTA EXTERNA						DIRECCIÓN carrera 3 No.6-26 / B carora					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DE YACUANQUER			PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS COLOMBIA							
DEPARTAMENTO NARIÑO	MUNICIPIO YACUANQUER						CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD					
TELÉFONOS 3148854042	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
	Día	19	Mes	01	Año	2026	Día	30	Mes	06	Año	2026
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR DE ENFERMERIA	DEPENDENCIA AREA CONSULTA EXTERNA						DIRECCIÓN carrera 3 No.6-26 / B carora					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DE YACUANQUER			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO NARIÑO	*MUNICIPIO* YACUANQUER					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3148854042	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	04	*Mes*	11	*Año* 2025	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2025	
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR DE ENFERMERIA	*DEPENDENCIA* AREA CONSULTA EXTERNA					*DIRECCIÓN* carrera 3 No.6-26 / B carora						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DE YACUANQUER			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO NARIÑO	*MUNICIPIO* YACUANQUER					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3206777000	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	08	*Año* 2025	*Día*	31	*Mes*	10	*Año*	2025	
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR DE ENFERMERIA	*DEPENDENCIA* AREA CONSULTA EXTERNA					*DIRECCIÓN* CARRERA 2 null null NO 6-26/ BARRIO CARORA						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DE YACUANQUER			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO NARIÑO	*MUNICIPIO* YACUANQUER					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3148854042	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	02	*Mes*	05	*Año* 2025	*Día*	31	*Mes*	07	*Año*	2025	
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR DE ENFERMERIA	*DEPENDENCIA* AREA CONSULTA EXTERNA					*DIRECCIÓN* CARRERA null null null 2 No 6-26 BARRIO CARORA						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DE YACUANQUER			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO NARIÑO	*MUNICIPIO* YACUANQUER					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3148854042	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	03	*Mes*	02	*Año* 2025	*Día*	30	*Mes*	04	*Año*	2025	
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR DE ENFERMERIA	*DEPENDENCIA* AREA CONSULTA EXTERNA					*DIRECCIÓN* CARRERA null null null 2 No 6-26 barrio carora						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DE YACUANQUER			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO NARIÑO	*MUNICIPIO* YACUANQUER					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3148854042	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	02	*Mes*	01	*Año* 2025	*Día*	31	*Mes*	01	*Año*	2025	
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR DE ENFERMERIA	*DEPENDENCIA* AREA CONSULTA EXTERNA					*DIRECCIÓN* CARRERA null null null 2 No 6-26 BARRIO CARORA						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DE YACUANQUER			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO NARIÑO	*MUNICIPIO* YACUANQUER						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3148854042	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	07	*Mes*	10	*Año*	2024	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR DE ENFERMERIA	*DEPENDENCIA* AREA CONSULTA EXTERNA						*DIRECCIÓN* CARRERA null 2 null BARRIO CARORA					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DE YACUANQUER			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO NARIÑO	*MUNICIPIO* YACUANQUER						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3148854042	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	15	*Mes*	04	*Año*	2024	*Día*	30	*Mes*	09	*Año*	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR DE ENFERMERIA	*DEPENDENCIA* AREA CONSULTA EXTERNA						*DIRECCIÓN* CARRERA 3 null null NORTE					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CENTRO DE SALUD - CONSACA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO NARIÑO	*MUNICIPIO* CONSACÁ						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3137335870	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	01	*Año*	2024	*Día*	31	*Mes*	03	*Año*	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR DE ENFERMERIA	*DEPENDENCIA* AREA URGENCIAS						*DIRECCIÓN* CALLE null null null 3 N 8-39 B / SAN VICENTE					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CENTRO DE SALUD - CONSACA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO NARIÑO	*MUNICIPIO* CONSACÁ						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3137335870	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	11	*Año*	2023	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR DE ENFERMERIA	*DEPENDENCIA* AREA URGENCIAS						*DIRECCIÓN* CALLE null null null 3N 8-39 B/ SAN VICENTE					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CENTRO DE SALUD - CONSACA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO NARIÑO	*MUNICIPIO* CONSACÁ						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3137335870	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	04	*Año*	2023	*Día*	31	*Mes*	10	*Año*	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR DE ENFERMERIA	*DEPENDENCIA* AREA URGENCIAS						*DIRECCIÓN* CALLE null null null 3 N 8-39 B/ SAN VICENTE					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CENTRO DE SALUD - CONSACA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO NARIÑO	*MUNICIPIO* CONSACÁ					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3137335870	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	01	*Año*	2023	*Día*	31	*Mes*	03	*Año*	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR DE ENFERMERIA	*DEPENDENCIA* AREA URGENCIAS						*DIRECCIÓN* CALLE null null null 3 N 8-39 B/ SAN VICENTE					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CENTRO DE SALUD - CONSACA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO NARIÑO	*MUNICIPIO* CONSACÁ					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3137335870	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	10	*Año*	2022	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR DE ENFERMERIA	*DEPENDENCIA* AREA URGENCIAS						*DIRECCIÓN* CALLE null null null 3 N 8-39 B / SAN VICENTE					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CENTRO DE SALUD - CONSACA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO NARIÑO	*MUNICIPIO* CONSACÁ					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3137335870	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	07	*Año*	2022	*Día*	30	*Mes*	09	*Año*	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR DE ENFERMERIA	*DEPENDENCIA* AREA URGENCIAS						*DIRECCIÓN* crra 2 consaca					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CENTRO DE SALUD - CONSACA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO NARIÑO	*MUNICIPIO* CONSACÁ					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3137335870	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	01	*Año*	2022	*Día*	30	*Mes*	06	*Año*	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL AAUXILIAR DE ENFERMERIA	*DEPENDENCIA* AREA URGENCIAS						*DIRECCIÓN* CALLE null null null 3 N 8-39 B/ SAN VICENTE					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CENTRO DE SALUD - CONSACA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO NARIÑO	*MUNICIPIO* CONSACÁ					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3137335870	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	10	*Año*	2021	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR DE ENFERMERIA	*DEPENDENCIA* AREA DE PROMOCION Y PREVENCION DE LA						*DIRECCIÓN* CALLE null null null 3 N 8-39 B/ SAN VICENTE					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CENTRO DE SALUD - CONSACA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO NARIÑO	*MUNICIPIO* CONSACÁ						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3137335870	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	04	*Año*	2021	*Día*	30	*Mes*	09	*Año*	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR DE ENFERMERIA	*DEPENDENCIA* AREA DE PROMOCION Y PREVENCION DE LA						*DIRECCIÓN* CALLE 3N 8 39 B/ SAN VICENTE					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CENTRO DE SALUD - CONSACA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO NARIÑO	*MUNICIPIO* CONSACÁ						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3137335870	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	15	*Mes*	01	*Año*	2021	*Día*	31	*Mes*	03	*Año*	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR DE ENFERMERIA	*DEPENDENCIA* AREA DE PROMOCION Y PREVENCION DE LA						*DIRECCIÓN* CALLE null null null 3 N 8-39 B/ SAN VICENTE					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CENTRO DE SALUD - CONSACA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO NARIÑO	*MUNICIPIO* CONSACÁ						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3137335870	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	10	*Año*	2020	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR DE ENFERMERIA	*DEPENDENCIA* AREA DE PROMOCION Y PREVENCION DE LA						*DIRECCIÓN* CARRERA null null null 3 N 8-39 B/ SAN VICENTE					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CENTRO DE SALUD - CONSACA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO NARIÑO	*MUNICIPIO* CONSACÁ						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3137335870	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	04	*Año*	2020	*Día*	30	*Mes*	09	*Año*	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR DE ENFERMERIA	*DEPENDENCIA* AREA DE PROMOCION Y PREVENCION DE LA						*DIRECCIÓN* CARRERA null null null 3 N 8-39 B / SAN VICENTE					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ASISTENCIA MEDICA DOMICILIARIA			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO NARIÑO	*MUNICIPIO* PASTO						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	15	*Mes*	03	*Año*	2017	*Día*	31	*Mes*	03	*Año*	2019
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR DE ENFERMERIA	*DEPENDENCIA* ASISTENCIAL						*DIRECCIÓN* CARRERA null null null 34 N 17-17 B/ PARANA					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL UNIVERSITARIO DEPARTAMENTAL DE NARIÑO EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO NARIÑO	*MUNICIPIO* PASTO					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 7333400	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	19	*Mes*	04	*Año*	2016	*Día*	30	*Mes*	06	*Año*	2016
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR DE ENFERMERIA	*DEPENDENCIA* CONTINGENCIAS					*DIRECCIÓN* CALLE null null null 22 No. 7-93 PARQUE BOLIVAR						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CENTRO DE SALUD - CONSACA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO NARIÑO	*MUNICIPIO* CONSACÁ					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3137335870	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	02	*Mes*	01	*Año*	2015	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2015
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR DE ENFERMERIA	*DEPENDENCIA* AREA URGENCIAS					*DIRECCIÓN* CALLE 34N 17 17 3 8-39 B/SAN VICENTE						

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*						

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	7	6
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	2	0
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
EXPERIENCIA DOCENTE	0	0

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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 Yacuanquer 30 septiembre 2026

Katherine Potosí

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.

Yacuanquer 01-10-26 — Yoleth Figueroa

Ciudad y fecha — *NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS*

LA ESCUELA DE SALUD SUR COLOMBIANA

INSTITUCIÓN DE EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

Aprobada según Resolución 0429 de Junio 30 de 2010 de la Secretaría de Educación Municipal de Ipiales y Acuerdo 254 de Julio de 2009 de la Comisión Intersectorial para el Talento Humano en Salud

Teniendo en cuenta que:

KATHERINE ASUNCIÓN POTOSI JURADO

C.C. No. 1.085.933.590 de Ipiales (N)

Ha cursado y aprobado los estudios y prácticas reglamentarias con la Intensidad Horaria establecida por la Ley con una duración total de 1.800 horas

Le otorga el presente Certificado de Aptitud Ocupacional por competencias como:

TÉCNICO LABORAL
AUXILIAR EN ENFERMERÍA

ESCUELA DE SALUD SUR COLOMBIANA
Dirección General

OMAR JIMMY TOBAR CH.
Director General

ESCUELA DE SALUD SUR COLOMBIANA
Secretaria General

YSLENI AMPARO SOTO C.
Secretaria General

Ipiales, Julio 26 de 2014

Anotado al Folio 011 del libro de Actas 002

ESCUELA DE SALUD SUR COLOMBIANA

Aprobada según Resolución 0429 de la Secretaria de Educación Municipal de Ipiales y Acuerdo 254 de la Comisión Intersectorial para el Talento Humano en Salud.

EL DIRECTOR GENERAL DE LA ESCUELA DE SALUD SUR COLOMBIANA

CERTIFICA:

Que en el Libro de Actas No. 002 aparece en el Folio No. 011 en el cual dice que en Ipiales a los veintiséis (26) días del mes de julio de 2014, la **ESCUELA DE SALUD SUR COLOMBIANA LTDA.** Otorgo el certificado de aptitud ocupacional como **TÉCNICO LABORAL AUXILIAR EN ENFERMERÍA** a: POTOSI JURADO KATHERINE ASUNCION, identificada con cédula de ciudadanía No. 1.085.933.590 de Ipiales (N). Quien cumplió con los requisitos académicos y las exigencias establecidas en el manual de convivencia que rige en la Institución.

El Acta lleva la firma del doctor Omar Jimmy Tobar Chingual, Director General.

Dada en Ipiales, a los veintiséis (26) días del mes de julio de 2014.

ESCUELA DE SALUD SUR COLOMBIANA
Dirección General

DIRECTOR GENERAL

Instituto Departamental de Salud de Nariño	RESOLUCIÓN		
	CÓDIGO: F-PGED05-02	VERSIÓN: 01	FECHA: 23-08-2013

No. 52 - ( )

Por la cual se registra e inscribe un Certificado

LA DIRECTORA DEL INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD DE NARIÑO

En ejercicio de la delegación conferida por Resolución 08211 del 15 de junio de 1989 y Decreto número 1875 de 3 de agosto de 1994 emanada del Ministerio de Salud, y

C O N S I D E R A N D O:

Que, **KATHERINE ASUNCION POTOSI JURADO**, identificada (o) con Cédula de Ciudadanía No. 1085933590 expedida en Ipiales (Nariño), ha solicitado el registro de su CERTIFICADO DE APTITUD OCUPACIONAL POR COMPETENCIAS como TECNICO LABORAL AUXILIAR EN ENFERMERIA título que le otorgó el (la) ESCUELA DE SALUD SUR COLOMBIANA, en Ipiales (Nariño), según Acta de grado No. 002 y Certificado No. s/n del 26 de Julio de 2014.

R E S U E L V E:

ARTICULO UNICO: Registrar el Certificado de Aptitud Ocupacional por Competencias que autoriza a **KATHERINE ASUNCION POTOSI JURADO**, identificada (o) con Cédula de Ciudadania No. 1085933590 expedida en Ipiales (Nariño), para ejercer como **TECNICO LABORAL AUXILIAR EN ENFERMERIA**, en el Territorio Nacional.

COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE

Dada en San Juan de Pasto, a los 0 5 AGO 2014

ELIZABETH TRUJILLO MONTALVO
Directora I.D.S.N.

Proyectó		Revisó	
ERICA YAMILE QUIROGA GUANCHA Contratista		**VICTOR HUGO ORTEGA CAICEDO** Técnico Operativo	
Firma	Fecha 31 de Julio de 2014	Firma	Fecha 31 de Julio de 2014

COMPROMETIDOS CON LA CALIDAD



Resultado General 2026-09-30--1:14:18 PM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación	Detalle
CC	1085933590	KATHERINE	ASUNCION	POTOSI	JURADO	Vigente	Ver

De conformidad con los articulos 100 y 101 del Decreto Ley 2106 de 2019, una vez revisadas las bases de datos del Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud se constató que el (la) señor(a) KATHERINE ASUNCION POTOSI JURADO identificado(a) con CC 1085933590 registra La siguiente información:

2026-09-30--1:14:18 PM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
TCP	**Local**	**Técnica profesional en enfermería**	**2014-08-05**	**2431**	**INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD DE NARIÑO**

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

EL PROFESIONAL ESPECIALIZADO DE LA SECCION DE RECURSOS HUMANOS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DEPARTAMENTAL DE NARIÑO ESE.

CERTIFICA

Que la Señora, **KATHERINE ASUNCION POTOSI JURADO**, Identificada con cedula de ciudadanía No. 1.085.933.590, Suscribió contratos de prestación de servicios con el Hospital Universitario Departamental De Nariño ESE, para prestar servicios de Auxiliar de Enfermería Atención de Contingencias, de acuerdo al siguiente contrato así:

CONTRATOS	FIRMA CONTRATO	FECHA INICIO	FECHA TERMINACION	VALOR CONTRATO
121-RHU-0463-2015	19/04/2016	19/04/2016	30/06/2016	$ 1.900.000.oo

Se expide la presente certificación a solicitud de la interesada, a los 2 días del mes de agosto de 2016.

ALFONSO ERNESTO HIDALGO LOPEZ
Profesional Especializado Sección Recursos Humanos

Proyecto: Jorge Ortega.- Técnico Recursos Humanos

Powered by CamScanner

AMD SALUD SIN SALIR DE CASA	TALENTO HUMANO	CODIGO: T H-FR-020
		VIGENCIA: 30/03/2017
	CERTIFICADO	VERSIÓN: 01
		CONSECUTIVO:

ASISTENCIA MEDICA DOMICILIARIA S.A.S

CERTIFICA

Que la Srta. ***KATHERINE ASUNCION POTOSI JURADO,*** *identificada con cédula de ciudadanía número 1.085.933.590 DE PASTO (N), se encontró vinculada a Asistencia Médica Domiciliaria, desde 15 de enero de 2017 hasta 31 de marzo de 2019, mediante contrato por prestación de servicios como AUXILIAR DE ENFERMERIA.*

La presente se expide a solicitud del interesado, a los 2 días del mes de abril de 2019.

ASISTENCIA MEDICA DOMICILIARIA
Nit. 900.204.991 - 5
GERENCIA

MIREYA MONTERO ESPAÑA
GERENTE
ASISTENCIA MEDICA DOMICIALIARIA

Powered by CamScanner

LA SUSCRITA GERENTE DEL CENTRO DE SALUD CONSACÁ E.S.E.

CERTIFICA:

Que, la señora **KATHERINE AUSNCION POTOSI JURADO**, identificado con cedula de ciudadanía número 1.085.933.590 de Ipiales (N), presto sus servicios como **AUXILIAR DE ENFERMERIA** del **CENTRO DE SALUD CONSACÁ E.S.E.** con NIT 814006732-3, bajo la modalidad de contrato de prestación de servicios.

NUMERO DE CONTRATO	OBJETO CONTRACTUAL	PERIODO
CD-066-2015	PRESTACION DE SERVICIO COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA URGENCIAS	02/01/2015 31/12/2015
CD-341-2020	PRESTACION DE SERVICIOS TECNICOS DE AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA EL AREA DE PROMOCION Y PREVENCION	01/04/2020 30/09/2020
CD-741-2020	PRESTACION DE SERVICIOS TECNICOS DE AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA EL AREA DE PROMOCION Y PREVENCION	01/10/2020 31/12/2020
CD-081-2021	PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA EL AREA DE PROMOCION Y PREVENCION	15/01/2021 31/03/2021
CD-280-2021	PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA EL AREA DE PROMOCION Y PREVENCION	01/04/2021 30/09/2021
CD-696-2021	PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA EL AREA DE PROMOCION Y PREVENCION	01/10/2021 31/12/2021
CD-036-2022	PRESTACION DE SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA EN EL AREA DE URGENCIAS	01/01/2022 30/06/2022

Powered by CamScanner

CD-10509-2022	PRESTACION DE SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA EN EL AREA DE URGENCIAS	01/07/2022 30/09/2022
CD-10744-2022	PRESTACION DE SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA EN EL AREA DE URGENCIAS	01/10/2022 31/12/2022
CD-053-2023	PRESTACION DE SERVICIOS TECNICOS COMOAUXILIAR DE ENFERMERIA PARA EL AREA DE URGENCIAS	01/01/2023 31/03/2023
CD-336-2023	PRESTACION DE SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA EN EL AREA DE URGENCIAS	01/04/2023 31/10/2023
CD-759-2023	PRESTACION DE SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA EN EL AREA DE URGENCIAS	01/11/2023 31/12/2023
CD-024-2024	PRESTACION DE SERVICOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE ENEFERMERIA PARA EL AREA DE URGENCIAS	01/01/2024 31/03/2024

En constancia se firma en el municipio de Consacá a los cuatro (04) días del mes de abril de dos mil veinticuatro (2024).

Alejandra Pantoja Montero

MARIA ALEJANDRA PANTOJA MONTERO
C.C. 1.082.748.860 de Consaca (N)
Gerente Centro de Salud Consacá E.S.E.

Powered by CamScanner

LA PROFESIONAL UNIVERSITARIA DEL AREA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA DEL CENTRO DE SALUD SALUDYA ESE YACUANQUER

CERTIFICA:

Que la señorita **KATHERINE ASUNCION POTOSI JURADO,** identificada con la Cedula de Ciudadanía Nro. 1085933590, laboro al servicio del Centro de salud SALUDYA ESE Yacuanquer, como CONTRATISTA - PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA EN EL PROGRAMA DE CRÓNICOS DEL CENTRO DE SALUD SALUDYA ESE YACUANQUER, según la siguiente descripción:

Firmo Contrato de Prestación de Servicios de apoyo No, ESE202400134, desde el quince (15) de abril del año dos mil veinticuatro (2.024), hasta el treinta (30) de septiembre del año dos mil veinticuatro (2.024)

Firmo Contrato de Prestación de Servicios de apoyo No, ESE2024000289, desde el siete (07) de octubre del año dos mil veinticuatro (2.024), hasta el treinta y uno (31) de diciembre del año dos mil veinticuatro (2.024)

Firmo Contrato de Prestación de Servicios de apoyo No, ESE2025000013, desde el dos (2) de enero del año dos mil veinticinco (2.025), hasta el treinta y uno (31) de enero del año dos mil veinticinco (2.025).

Firmo Contrato de Prestación de Servicios de apoyo No, ESE2025000120, desde el tres (3) de febrero del año dos mil veinticinco (2.025), hasta el treinta (30) de abril del año dos mil veinticinco (2.025).

Firmo Contrato de Prestación de Servicios de apoyo No, ESE2025000243, desde el dos (2) de mayo del año dos mil veinticinco (2.025), hasta el treinta y uno (31) de julio del año dos mil veinticinco (2.025).

Firmo Contrato de Prestación de Servicios de apoyo No, ESE2025000345, desde el primero (01) de agosto del año dos mil veinticinco (2.025), hasta el treinta y uno (31) de octubre del año dos mil veinticinco (2.025).

Firmo Contrato de Prestación de Servicios de apoyo No, ESE2025000454, desde el cuatro (4) de noviembre del año dos mil veinticinco (2.025), hasta el treinta y uno (31) de diciembre del año dos mil veinticinco (2.025).

Firmo Contrato de Prestación de Servicios de apoyo No, ESE2026000035, desde el diecinueve (19) de enero del año dos mil veintiséis (2.026), hasta el treinta (30) de junio del año dos mil veintiséis (2.026).

Desarrollando las siguientes obligaciones COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PROGRAMA DE CRONICOS:

1. Realizar el seguimiento y las acciones de enfermería necesarias para el programa de Enfermedades Crónicas no trasmisibles.

2. Realizar oportunamente el proceso de digitación de Historias Clínicas programa de crónicos del Centro de Salud SaludYa E.S.E-Yacuanquer.

3. Diligenciar los aplicativos y matrices establecidas por el IDSN y las EPS contratantes con la información requerida para cada uno de los pacientes objeto del programa.

4. Realizar seguimiento a las acciones a desarrollar bajo el modelo de prevención del riesgo cardiovascular dado por el IDSN y las adopciones realizadas por las EPS contratantes.

5. Dar cumplimiento a lo ordenado por la Resolución 4505 de 28 de diciembre de 2012, por la cual se establece el reporte relacionado con el registro de las actividades de Protección Especifica, Detección Temprana y la aplicación de las Guías de Atención Integral para las enfermedades de interés en salud pública de obligatorio cumplimiento, respecto de las responsabilidades que como Institución Prestadora de Servicios de Salud pública en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 114 de la Ley 1438 de 2011.

6. Disponibilidad en el servicio de urgencias cuando el jefe de área lo requiera.

7. Informar oportunamente cualquier anomalía o dificultad que advierta en el desarrollo del contrato y proponer alternativas de solución a las mismas.

8. Atender las recomendaciones y sugerencias que haga el Supervisor de contrato, cumpliendo sus indicaciones, recomendaciones y las demás que sean inherentes al objeto de la contratación.

9. Usar adecuadamente y conservar los bienes, documentos, archivos, bases de datos e informaciones que se le hayan suministrado para el desarrollo del objeto contractual.

10. Efectuar la devolución de los bienes, documentos, archivos, bases de datos e informaciones que se le hayan suministrado, obligándose a responder por su deterioro, pérdida y/o uso inadecuado, salvo la fuerza mayor o el caso fortuito.

11. Participar en reuniones, comités, capacitaciones y actividades que sean convocadas para el mejoramiento y buen desarrollo del contractuales, fortaleciendo de esta manera el objeto y obligaciones de los servicios de salud que presta la Entidad.

12. Presentar informes periódicos sobre el desarrollo y cumplimiento de las actividades objeto del presente contrato y la programación que sea concertada el supervisor

13. Mantener la confidencialidad y no utilizar la información a la que tenga acceso en el desarrollo del contrato, en beneficio propio, de tercéras personas o de entidades diferentes a las autorizadas por LA E.S.E.

14. Verificar la información suministrada por la Entidad en el curso del contrato.

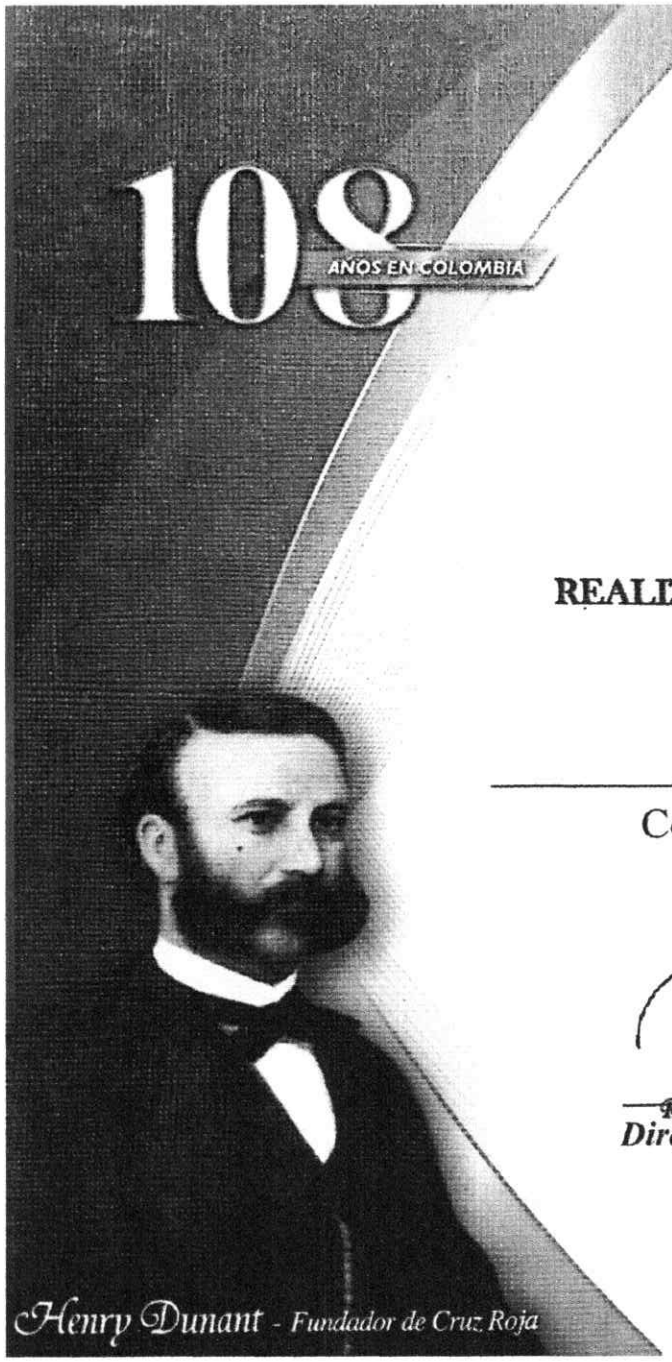
15. Estar afiliado(a) al Sistema de Seguridad Social (salud y pensiones) como trabajador(a) independiente (no como beneficiario(a) ni como dependiente) durante toda la ejecución del contrato.

16. Presentar los documentos respectivos de los pagos de los aportes al Sistema de Seguridad Social en Salud, pensión y riesgos laborales en el periodo correspondiente con los montos de liquidación establecidos por ley.

17. En todo caso el contratista efectuará acciones y actividades relacionadas con el objeto contractual y que garanticen su adecuada ejecución, de acuerdo con las recomendaciones y observaciones que realice el supervisor del presente contrato.

En constancia se firma en Yacuanquer, a los veintiséis (26) días del mes de junio del año dos mil veintiséis (2.026).

LUZ AIDA RAMOS ROSERO
Profesional Universitaria
Área Administrativa y Financiera



Cruz Roja Colombiana

Seccional Nariño

HACE CONSTAR QUE:

REALIZÓ EL CURSO DE SOPORTE VITAL BÁSICO INSTRUMENTALIZADO Y DESFIBRILACIÓN EXTERNA SEMIAUTOMÁTICA

Katherine Asuncion Potosi Jurado

Con Número de Identificación **C.C. 1085933590**

Número de Horas: 08

Validez de 2 años

Cruz Roja Colombiana Seccional Nariño ENTREGADO

Ricardo Muñoz Insuasty
Director Seccional de Educación

Presidente Seccional

San Juan de Pasto, *Gen. Agosto 01 -2024* **Código No.** *NRÑ21.07.08.01.24.1887*

Para validar este diploma envíe su solicitud al correo:
docencianarino@cruzrojacolombiana.org

Powered by CamScanner

b265ac62-a94a-45dc-b8ac-2cdff070df37

Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud

certifica que:

katherine potosi jurado

ha participado y aprobado el Curso Virtual

Precauciones básicas: higiene de manos (COVID-19)

(versión en español revisada y adaptada para la región de las Américas del material disponible en OpenWHO)

Ofrecido a través del Campus Virtual de Salud Pública

Horas: 1 - Porcentaje de aprobación: 100,00 %

22 de abril de 2026

Dr. Jarbas Barbosa da Silva Jr.
Director

Organización Panamericana de la Salud
Organización Mundial de la Salud
Región de las Américas

OPS

CAMPUS VIRTUAL DE SALUD PÚBLICA

*La autenticidad de este certificado se puede verificar en https://campus.paho.org/mooc/mod/simplecertificate/verify.php?code=b265ac62-a94a-45dc-b8ac-2cdff070df37

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace constar que

KATHERINE ASUNCION POTOSI JURADO

Con Cédula de Ciudadanía No. 1085933590

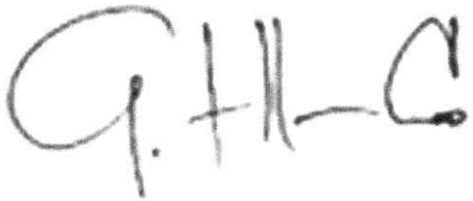
Cursó y aprobó la acción de Formación

HUMANIZACION DE LA ATENCION EN SALUD.

con una duración de 48 horas

En testimonio de lo anterior. se firma el presente en Yacuanquer. a los quince (15) dias del mes de noviembre de dos mil veinticuatro (2024)

Firmado Digitalmente por



GERMAN DARIO ARELLANO CORDOBA
Subdirector
CENTRO INTERNACIONAL DE PRODUCCIÓN LIMPIA - LOPE
REGIONAL NARIÑO

101768347 - 15/11/2024
FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 9536003091650CC1085933590C.

IDEAS MÉDICAS AVANZADAS EN SALUD

NIT 901.513.529-4

Certifica que:

KATHERINE ASUNCIÓN POTOSI JURADO

IDENTIFICADA CON CÉDULA DE CIUDADANÍA N° 1.085.933.590

Asistió al Curso de:

PRIMEROS AUXILIOS (PA)

Con una intensidad horaria de 45 Horas.

VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA ES DE UN (1) AÑO A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE ESTA.

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE PASTO A LOS 17 DÍAS DEL MES DE ABRIL DEL 2026.

Carlos Andrés Losada Meñaca
GERENTE GENERAL

Dancy Sidney Monje Perez
REPRESENTANTE LEGAL

LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TITULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL.
DECRETO 2150 DE 1995 PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL DECRETO 376 DEL 2022 ESTÁNDAR DE TALENTO HUMANO EDUCACIÓN CONTINUA PARA EL PERSONAL DE LA SALUD.
PARA VALIDACIÓN DEL PRESENTE CERTIFICADO, SOLICITAR AL CORREO ELECTRÓNICO **ACADEMICO@IMAVSS.COM** O COMUNICARSE A NUESTRA LÍNEA DE ATENCIÓN **321 405 9500.**

IDEAS MÉDICAS AVANZADAS EN SALUD

NIT 901.513.529-4

Certifica que:

KATHERINE ASUNCIÓN POTOSI JURADO

IDENTIFICADA CON CÉDULA DE CIUDADANÍA N° 1.085.933.590

Asistió al Curso de:

ATENCIÓN INTEGRAL A VÍCTIMAS DE LA VIOLENCIA Y EL ABUSO SEXUAL CON ENFOQUE DIFERENCIAL (AVS)

Con una intensidad horaria de 45 Horas.

VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA ES DE UN (1) AÑO A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE ESTA.

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE PASTO A LOS 21 DÍAS DEL MES DE ABRIL DEL 2026.

Carlos Andrés Losada Meñaca
GERENTE GENERAL

Dancy Sidney Monje Perez
REPRESENTANTE LEGAL

LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TITULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL.
DECRETO 2150 DE 1995 PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL DECRETO 376 DEL 2022 ESTÁNDAR DE TALENTO HUMANO EDUCACIÓN CONTINUA PARA EL PERSONAL DE LA SALUD.
PARA VALIDACIÓN DEL PRESENTE CERTIFICADO, SOLICITAR AL CORREO ELECTRÓNICO **ACADEMICO@IMAVSS.COM** O COMUNICARSE A NUESTRA LÍNEA DE ATENCIÓN **321 405 9500.**

IDEAS MÉDICAS AVANZADAS EN SALUD

NIT 901.513.529-4

Certifica que:

KATHERINE ASUNCIÓN POTOSI JURADO

IDENTIFICADA CON CÉDULA DE CIUDADANÍA N° 1.085.933.590

Asistió al Curso de:

GESTIÓN DEL DUELO EN SERVICIOS DE SALUD (GDS)

Con una intensidad horaria de 45 Horas.

VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA ES DE UN (1) AÑO A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE ESTA.

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE PASTO A LOS 18 DÍAS DEL MES DE ABRIL DEL 2026.

Carlos Andrés Losada Meñaca
GERENTE GENERAL

Dancy Sidney Monje Perez
REPRESENTANTE LEGAL

LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TITULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL.
DECRETO 2150 DE 1995 PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL DECRETO 376 DEL 2022 ESTÁNDAR DE TALENTO HUMANO EDUCACIÓN CONTINUA PARA EL PERSONAL DE LA SALUD.
PARA VALIDACIÓN DEL PRESENTE CERTIFICADO, SOLICITAR AL CORREO ELECTRÓNICO **ACADEMICO@IMAVSS.COM** O COMUNICARSE A NUESTRA LÍNEA DE ATENCIÓN **321 405 9500.**

IDEAS MÉDICAS AVANZADAS EN SALUD

NIT 901.513.529-4

Certifica que:

KATHERINE ASUNCIÓN POTOSI JURADO

IDENTIFICADA CON CÉDULA DE CIUDADANÍA N° 1.085.933.590

Asistió al Curso de:

ATENCIÓN A VÍCTIMAS DE ATAQUES CON AGENTES QUÍMICOS (AQS)

Con una intensidad horaria de 45 Horas.

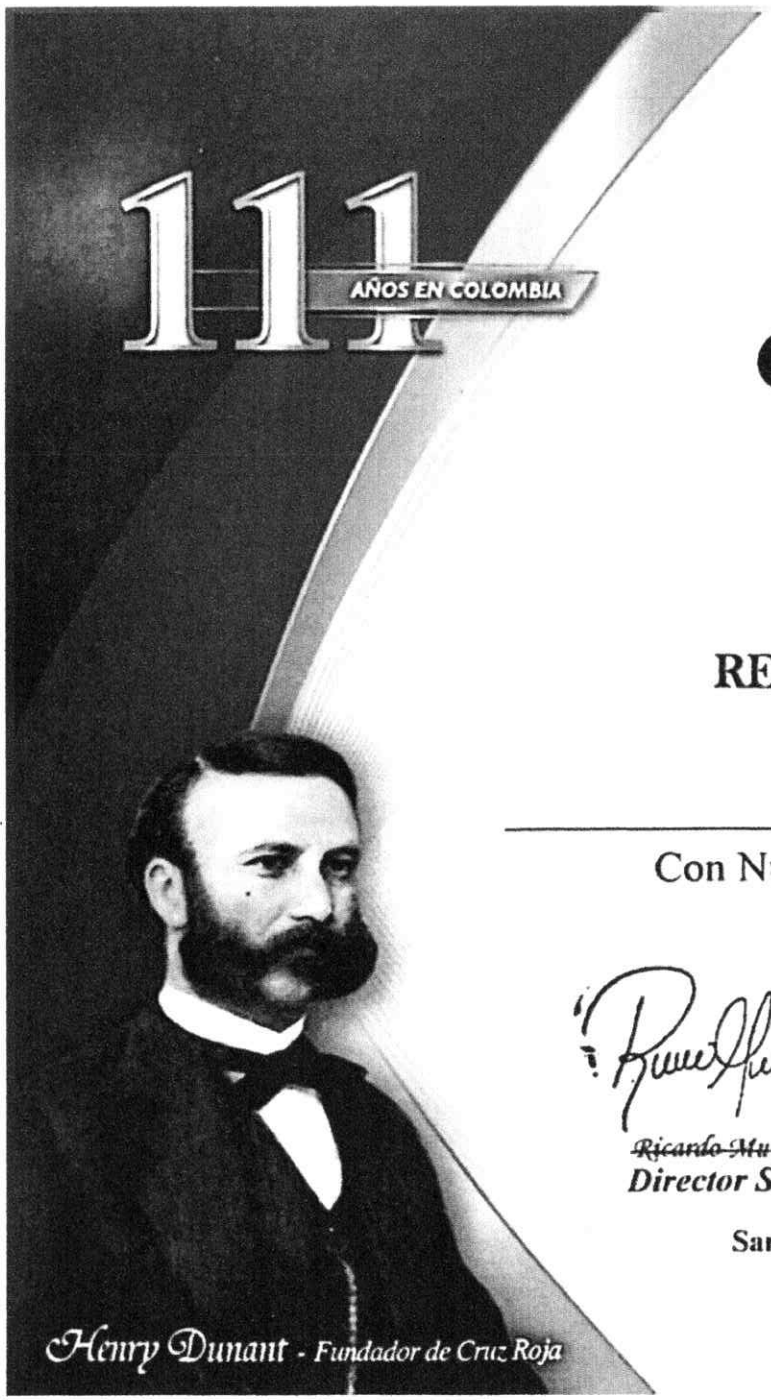
VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA ES DE UN (1) AÑO A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE ESTA.

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE PASTO A LOS 20 DÍAS DEL MES DE ABRIL DEL 2026.

Carlos Andrés Losada Meñaca
GERENTE GENERAL

Dancy Sidney Monje Perez
REPRESENTANTE LEGAL

LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TITULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL.
DECRETO 2150 DE 1995 PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL DECRETO 376 DEL 2022 ESTÁNDAR DE TALENTO HUMANO EDUCACIÓN CONTINUA PARA EL PERSONAL DE LA SALUD.
PARA VALIDACIÓN DEL PRESENTE CERTIFICADO, SOLICITAR AL CORREO ELECTRÓNICO **ACADEMICO@IMAVSS.COM** O COMUNICARSE A NUESTRA LÍNEA DE ATENCIÓN **321 405 9500.**



Cruz Roja Colombiana

Seccional Nariño

HACE CONSTAR QUE:

REALIZÓ EL TALLER DE MISIÓN MÉDICA

KATHERINE POTOSI

Con Número de Identificación **C.C. 1085933590**

Número de Horas: 8

Validez de 2 años

CRUZ ROJA COLOMBIANA SECCIONAL NARIÑO
Coordinador Educación

~~*Ricardo Muñoz Insuasty.*~~
Director Seccional de Educación

Esteban Delgado Cadena
Director Ejecutivo

San Juan de Pasto, *Gen. Febrero - 20- 2026*

Código No. *NRÑ21.19.02.20.26.0068*

Para validar este diploma envíe su solicitud al correo:
docencianarino@cruzrojacolombiana.org

Scanned with CamScanner

c7d4a57d-ecbb-4730-a7e0-d1a5287e8d94

Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud

certifica que:

katherine potosi jurado

ha participado y aprobado la

Capacitación para proveedores de atención primaria: intervenciones breves contra el tabaco (Curso virtual de la OMS)

Ofrecido a través del Campus Virtual de Salud Pública

Horas: 6 - Porcentaje de aprobación: 100,00 %

17 de junio de 2026

Dr. Jarbas Barbosa da Silva Jr.
Director

Organización Panamericana de la Salud
Organización Mundial de la Salud
Región de las Américas

OPS

CAMPUS VIRTUAL DE SALUD PÚBLICA

*La autenticidad de este certificado se puede verificar en https://campus.paho.org/mooc/mod/simplecertificate/verify.php?code=c7d4a57d-ecbb-4730-a7e0-d1a5287e8d94

245ff050-64b5-4e01-b192-62d7c3e219b8

Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud

certifica que:

katherine potosi jurado

ha participado y aprobado el:

Curso Virtual de Autoaprendizaje: Trabajadores de Salud Comunitarios para la Mejor Atención de las ENT

Ofrecido a través del Campus Virtual de Salud Pública
Horas: 20 - Porcentaje de aprobación: 100,00 %
22 de abril de 2026

Dr. Jarbas Barbosa da Silva Jr.
Director

Organización Panamericana de la Salud
Organización Mundial de la Salud
Región de las Américas

OPS
CAMPUS VIRTUAL DE SALUD PÚBLICA

Mejor Atención para las ENT
Acelerar Acciones en la Atención Primaria de Salud

*La autenticidad de este certificado se puede verificar en https://campus.paho.org/mooc/mod/simplecertificate/verify.php?code=245ff050-64b5-4e01-b192-62d7c3e219b8

66b930c4-efe4-41be-acaf-7985ac1f0258

Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud

certifica que:

katherine potosi jurado

ha participado y aprobado el

Curso Virtual mhGAP Humanitario

Ofrecido a través del Campus Virtual de Salud Pública

Horas: 12 - Porcentaje de aprobación: 86,67 %

11 de agosto de 2024

Dr. Jarbas Barbosa da Silva Jr.
Director

Organización Panamericana de la Salud
Organización Mundial de la Salud
Américas

OPS
CAMPUS VIRTUAL DE SALUD PÚBLICA

mhGAP

*La autenticidad de este certificado se puede verificar en https://campus.paho.org/mooc/mod/simplecertificate/verify.php?code=66b930c4-efe4-41be-acaf-7985ac1f0258

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 miércoles 30 de septiembre de 2026, a las 11:55:53, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1085933590
Código de Verificación	1085933590260930115553

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

PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN
COLOMBIA

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 303987253

M
12:38:02

Bogotá DC, 30 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) KATHERINE ASUNCION POTOSI JURADO identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1085933590:

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.

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 12:00:17 PM horas del 30/09/2026, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **1085933590**

Apellidos y Nombres: **POTOSI JURADO KATHERINE ASUNCION**

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.

Policía Nacional de Colombia

(https://www.policia.gov.co/)

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, 30/09/2026 12:02:19 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **1085933590** y Nombre: **KATHERINE ASUNCION POTOSI JURADO.**

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. **148693922** . 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

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 12:05:22 horas del 30/09/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1085933590,** Apellidos y Nombres **POTOSI JURADO KATHERINE ASUNCION**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **ese salud ya yacuanquer**, con NIT **900108282-0** y su utilización es exclusivamente dentro del proceso de selección al cargo, oficio o profesión, en cumplimiento de la Ley 1918 del 12/07/2018 *"por medio de la cual se establece el régimen de inhabilidades a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el registro de inhabilidades y se dictan otras disposiciones"* y su Decreto Reglamentario 753 del 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

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 1085933590 **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 30/09/2026 12:36 PM

Código Verificación: **E62TSLXPJB**

Válida hasta: **30/12/2026**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

No. 521

LA SUSCRITA SECRETARIA DE HACIENDA DEL MUNICIPIO DE YACUANQUER - NARIÑO

CERTIFICA:

Que el (la) señor(a) **POTOSI JURADO KATHERINE ASUNCION** identificado(a) con CC. No. 1.085.933.590 expedida en Ipiales (Nariño) se encuentra a PAZ y SALVO por todo concepto con el Municipio de Yacuanquer - Nariño.

El presente certificado se expide por solicitud del (de la) interesado (a) a los treinta (30) días del mes de septiembre de 2026.

Cordialmente,

Tatiana Andrade
JOHANA MARCELA ROSERO PATIÑO
Secretaria de Hacienda

Comprendidos entre el 30 de septiembre al 30 diciembre del año 2026