ACTA DE INICIO

TIPO DE CONTRATO	CONTRATO No.	FECHA
CONTRATO DE SERVICIOS	No.096	DEL 16 DE FEBRERO DE 2024
Objeto:	**REALIZAR MANTENIMIENTOS PREVENTIVOS, CORRECTIVOS Y ACTUALIZACIONES DE SOFWARE A LOS DISPOSITIVOS TECNOLOGICOS DE LA I.E SIGLO XXI.**	

CONTRATANTE	MUNICIPIO DE TAURAMENA
CONTRATISTA	TANIA YICEL SANCHEZ HEREDIA
NIT	1.006.532.188-1
C.C.	1.006.532.188 de Tauramena
OBJETO :	REALIZAR MANTENIMIENTOS PREVENTIVOS, CORRECTIVOS Y ACTUALIZACIONES DE SOFWARE A LOS DISPOSITIVOS TECNOLOGICOS DE LA I.E SIGLO XXI.
VALOR DEL CONTRATO	$8.000.000.00
VALOR DEL ANTICIPO (XX%)	N/A
PLAZO	TRES (3) MESES Y DIEZ (10) DIAS
INTERVENTORIA	N/A
SUPERVISION TECNICA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA	WILLIAM HERNÁN ABRIL VALCÁRCEL Secretario de Desarrollo Social Mediante notificacon con fecha 21 de febrero de 2024
APOYO A LA SUPERVISIÓN	N/A
FECHA PRESENTE ACTA	DE 21 FEBRERO DE 2024
FECHA DE TERMINACION:	DE 30 MAYO DE 2024

En Tauramena, nos reunimos Tania Yicel Sanchez Heredia, en calidad de contratista, WILLIAM HERNÁN ABRIL VALCÁRCEL, supervisor técnico, administrativo y financiero con el fin de suscribir la presente acta de inicio de la ejecución contractual , atendiendo a las siguientes consideraciones:

1. El Contratista conoce y acepta todas y cada una de las cláusulas establecidas en el Contrato de la referencia.
2. Que el Contratista debe ceñirse a las especificaciones técnicas generales inherentes al proyecto a desarrollar y a las particulares cuando se considere pertinente por razones netamente técnicas y de beneficio para el Proyecto.
3. La supervision verificó que el contratista se encuentra afiliado al sistema de seguridad social (salud, pensión y riesgos laborales), de acuerdo a la normatividad vigente.

INGRESO MENSUAL	INGRESO BASE COTIZACIÓN 40%	APORTES SALUD 12,5%		APORTES PENSIÓN 16%		RIESGOS LABORALES		PLANILLA No.	PERIODO	FECHA DE PAGO
		VALOR	EPS	VALOR	FONDO	VALOR	ARP			
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

4. Se verificó el cumplimiento de los requisitos de ejecución del contrato según la cláusula quince del contrato.
5. Certificación de afiliación (ARL, AFP y EPS)

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

Por el Municipio

WILLIAM HERNÁN ABRIL VALCÁRCEL
Secretario de Desarrollo Social

Por el Contratista,

Tania Sanchez

TANIA YICEL SANCHEZ HEREDIA
C.C. 1.006.532.188 de Tauramena



COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el Ramo de Riesgos Laborales se evidenció que, **TANIA YICEL SANCHEZ HEREDIA** identificado con **CC** No. **1006532188,** registra la siguiente información.

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
MUNICIPIO DE TAURAMENA - NI. 800012873	**Fecha de afiliación:** 21/02/2024 **Fecha de inicio de cobertura:** 21/02/2024 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Fecha de inicio de Contrato:** 21/02/2024 **Fecha fin de Contrato:** 31/05/2024 **Tipo Vinculación:** TRABAJADOR INDEPENDIENTE **Clase de Riesgo:** 3 **Cargo :** TECNICO MANTEMIENTO

Recuerde que una vez cumplida la fecha fin de contrato, el sistema aplica de forma automática la novedad de retiro, por lo anterior, en caso de tener un nuevo contrato o prorroga deberá realizar la correspondiente novedad a través de nuestro portal www.positivaenlinea.gov.co, para continuar con la cobertura.

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202401012601078.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 21 días del mes de febrero de 2024.

Cordialmente,

GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES ALSGSSS

RESOCA E.P.S.
capresoca EPS NIT 891.856.000-7
-Existimos para la Gente
NIT. 891.856.000-7

RECIBIDO

No. De Radicado	Fecha de Radicado
	D 2 7 0 3 2 0 2 4 A A A

I. DATOS DEL TRÁMITE (Lea las instrucciones que se encuentren anexas al formulario antes de diligenciarlo)

1. Tipo de Trámite: A. Afiliación ☐ B. Reporte de novedad ☑
2. Tipo de Afiliación: A. Individual: Cotizante o Cabeza de Familia ☐ Beneficiario o afiliado adicional ☐ | B. Colectiva ☐ C. Institucional ☐ D. De Oficio ☐
3. Régimen: A. Contributivo ☑ B. Subsidiado ☐
4. Tipo de Afiliado: A. Cotizante ☑ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐
5. Tipo de Cotizante: A. Dependiente ☐ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☑
Código (A Registrar por EPS): Elija un elemento.

A. Afiliación

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (Del Cotizante o Cabeza de Familia)

6. Apellidos y Nombres			
SANCHEZ (Primer Apellido.)	HEREDIA (Ingrese Segundo Apellido.)	TANIA (Ingrese Primer Nombre.)	YICEL (Ingrese Segundo Nombre.)

7. Tipo de documento de Identidad	8. Número de documento de Identidad	9. Sexo	10. Fecha de Nacimiento
CC	1006532188	F ☑ M ☐	04 FEBRERO 2001

III. DATOS COMPLEMENTARIOS - Datos Personales

11. Etnia	12. Discapacidad		13. Puntaje SISBEN	14. Grupo de Población Especial
Seleccione Etnia.	Tipo: F ☐ N ☐ M ☐	Condición: T ☐ P ☐	Ingrese puntaje SISBEN.	Elija un elemento.

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso Base de Cotización - IBC
POSITIVA	PORVENIR	1.300.000

18. Residencia

VEREDA RAIZAL (Dirección)	Ingrese Teléfono Fijo. (Teléfono fijo)	3118213117 (Teléfono celular)	yicel4heredia@gmail.com (Correo electrónico)

TAURAMENA (Municipio / Distrito)	Zona: Urbana ☐ Rural ☑	VDA (Localidad / Comuna)	CASANARE (Departamento)

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos Básicos de Identificación del Cónyuge o compañero(a) permanente cotizante.

19. Apellidos y Nombres			
Primer Apellido.	Segundo Apellido.	Primer Nombre.	Segundo Nombre.

20. Tipo de documento de Identidad	21. Numero de documento de Identidad	22. Sexo	23. Fecha de Nacimiento
Seleccione Documento	Ingrese Nro Documento.	F ☐ M ☐	Seleccione una fecha.

Datos Básicos de Identificación de los Beneficiarios y de los Afiliados adicionales

24. Apellidos y Nombres	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

	25. Tipo de Documento de Identidad	26. Número de Documento de Identidad	27. Sexo: Femenino	27. Sexo: Masculino	28. Fecha de Nacimiento (D D M M A A A A)
B1					
B2					
B3					
B4					
B5					

Datos Complementarios

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

32. Datos de Residencia

	Municipio / Distrito	Zona: Urbana	Zona: Rural	Departamento	Teléfono Fijo / Celular	33. Valor de la UPC del Afiliado adicional (Registra EPS)
B1						
B2						
B3						
B4						
B5						

34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS		Código de la IPS (Registra EPS)
C		
B		
B		
B		

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

35. Nombre o Razón Social	36. Tipo de documento de identificación	37. Número de documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador Pensiones (Registra EPS)
TANIA YICEL SANCHEZ HEREDIA	CC	1006532188	7490

39. Ubicación				
VDA RAIZAL	3118213117	yicel4heredia@gmail.com	TAURAMENA	CASANARE
Dirección	Teléfono	Correo Electrónico	Municipio / Distrito	Departamento

B. REPORTE DE NOVEDADES.

40. Tipo de Novedad

- [ ] 1. Modificación de datos básicos de identificación
- [ ] 2. Corrección de datos básicos de identificación
- [ ] 3. Actualización del documento de identidad
- [ ] 4. Actualización y corrección de datos complementarios
- [ ] 5. Terminación de la inscripción en la EPS. Código — Seleccione código
- [ ] 6. Reinscripción en la EPS
- [ ] 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- [ ] 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- [x] 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar.
- [ ] 10. Terminación de la relación laboral o pérdida laboral de las condiciones para seguir cotizando
- [ ] 11. Vinculación a una entidad autorizada para afiliaciones colectivas
- [ ] 12. Desvinculaciones de una entidad autorizada afiliaciones colectivas
- [ ] 13. Movilidad: [ ] A. Régimen Contributivo [ ] B. Régimen Subsidiado
- [ ] 14. Traslado: [ ] A. Régimen Contributivo [ ] B. Régimen Subsidiado
- [ ] 15. Reporte de Fallecimiento
- [ ] 16. Reporte del trámite de protección al cesante
- [ ] 17. Reporte de la calidad de Pre-Pensionado
- [ ] 18. Reporte de la calidad de Pensionado

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos Básicos De Identificación

Primer Apellido. Primer Apellido	Ingrese segundo apellido. Segundo Apellido	Primer Nombre. Primer Nombre.	Segundo Nombre. Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad	Numero de documento de identidad	Sexo	Fecha de Nacimiento	42. Fecha
Seleccione tipo documento.	Ingrese Nro. Documento.	F [ ] M [ ]	D D M M A A AA	21 FEBRERO 2024

43. EPS Anterior	44. Motivo de traslado	45. Caja de Compensación Familiar o pagador de pensiones
Ingrese EPS	Elija un código.	Ingrese Caja compensación o Pagador pensión.

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. FIRMAS

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario	55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de Oficio
Tania Sánchez	Tania Sanchez

IX. ANEXOS

- [ ] 56. Anexo copia del documento de identidad.

Cantidad:	CN	RC	TI	CC	PA	CE	CD	SC	TOTAL

- [ ] 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente
- [ ] 58. Copia del registro civil de matrimonio, o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital
- [ ] 59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital
- [ ] 60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor
- [ ] 61. Copia de la Orden judicial o del acto administrativo de custodia
- [ ] 62. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los padres
- [ ] 63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud
- [ ] 64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- [ ] 65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial		67. Datos del SISBEN			68. Fecha de Radicación	69. Fecha de Validación
Código del municipio	Código Departamento	Número de Ficha	Puntaje	Nivel	D D M M A A A A	D D M M A A A A

70. Datos del funcionario que realiza la validación

Ingrese Primer Apellido Primer Apellido	Ingrese Segundo apellido. Segundo Apellido	Ingrese Primer Nombre. Primer Nombre.	Ingrese Segundo nombre. Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad	Numero de documento de identidad	Firma del Funcionario
Seleccione tipo documento.		

OBSERVACIONES

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

porvenir
sólo hay uno

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:

TANIA YICEL SANCHEZ HEREDIA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.006.532.188,** se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir.**

La presente certificación se expide el 20 de Febrero del 2024.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

En este momento de su vida, lo que más le conviene es estar en un fondo privado como Porvenir, ¿por que? porque está acumulando semanas, ahorrando dinero y obteniendo rendimiento.