



**LA SUSCRITA PROFESIONAL DE APOYO DE LA DIMENSION DE EMERGENCIAS Y
DESASTRES DE LA DIRECCION DE SALUD PÚBLICA DE LA SECRETARIA DE SALUD
DEPARTAMENTAL DEL CHOCO**

CERTIFICA QUE

La señora, **YARLEY KATHERYNE BEDOYA PALACIOS** identificado con la cédula de ciudadanía número 1.077.439.932 cumplió a cabalidad con las obligaciones estipuladas en el Contrato de Prestación de Servicios número ° **CD-PS-GDCH-187SS-2024** del 19 de Abril de 2024, correspondiente en los días del 24/04/2024 hasta 30/04/2024, cuyo objeto contractual es prestación de servicios profesionales de una ingeniera ambiental que sirva de apoyo en los procesos que adelanta la dirección de emergencias y desastres de la dirección de salud pública de la secretaria de salud departamental.

FAIBER CHIMONJA COY,

**Referente de la dimensión de emergencias y desastres
Profesional universitario
Secretaria De Salud Departamental.**

CUENTA DE COBRO
LA GOBERNACIÓN DEL DEPARTAMENTO DEL CHOCO
CON
NIT: 891.680.010-3
DEBE A:

SECRETARIA / OFICINA	Secretaria de Salud Departamental	PAGO N°	1
----------------------	-----------------------------------	---------	---

PERIODO DE COBRO	
Desde:	Hasta:
24/04/2024	30/04/2024

1. INFORMACION BASICA DEL CONTRATISTA

NOMBRE	YARLEY KATHERYNE BEDOYA PALACIOS		
C.C o NIT	1077439932		
ACTIVIDAD ECONOMICA RUT	7010	TIPO DE ACTIVIDAD	NO RESPONSABLE DE DEL IMPUESTO SOBRE LAS VENTAS - IVA

2. INFORMACION DEL CONTRATO /RAZON DEL COBRO

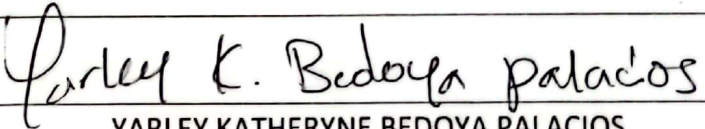
POR CONCEPTO DE:	Pago por prestación de servicios profesionales de una ingeniera ambiental que sirva de apoyo en los procesos que adelanta la Dirección de emergencias y desastres de la Dirección de salud pública de la secretaria de salud departamental.
------------------	---

AMPARADO EN:

CONTRATO NO.	187SS	CDP N°	526	RP N°	1154
FECHA CONTRATO	19/04/2024	FECHA CDP	22/02/2024	FECHA RP	23/04/2024

3.INFORMACION FINANCIERA

VALOR A PAGAR EN LETRAS	SETECIENTOS MIL PESOS M/CTE.				
VALOR A PAGAR EN NUMERO	\$700.000				
ENTIDAD BANCARIA	BANCOLOMBIA	TIPO DE CUENTA	AHORROS	NÚMERO DE CUENTA	536-25693019

FIRMA	
NOMBRE	YARLEY KATHERYNE BEDOYA PALACIOS
C.C	1077439932
DIRECCION	TERRAZAS
CELULAR	3104930658

	MACROPROCESO GESTIÓN DE APOYO		Gobernación del Chocó
	PROCESO GESTIÓN DOCUMENTAL		
	PROCEDIMIENTO: PRODUCCIÓN DOCUMENTAL		
	FORMATO INFORME MENSUAL CUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES PRESTACIÓN DE SERVICIOS	Código GDS FT 004 Versión: 04 Fecha 14 de marzo de 2024	

Secretaria / Oficina	Secretaria de Salud Departamental	Pago No.	1	Fecha Informe	30/04/2024
----------------------	-----------------------------------	----------	---	---------------	------------

1. INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRATISTA / EJECUTOR

Nombres y Apellidos	YARLEY KATHERYNE BEDOYA PALACIOS		
Tipo y No. Identificación	Cedula Ciudadanía No: 1077439932	No. Celular	3104930658
Correo Electrónico	Kathebedoya0127@gmail.com		

2. INFORMACIÓN DEL CONTRATO / CONVENIO

Objeto del Contrato/Convenio	Pagado por Prestación de servicios profesionales de una ingeniera ambiental que sirva de apoyo en los procesos que adelanta la Dirección de emergencias y desastres de la Dirección de salud pública de la secretaria de salud departamental				
Contrato/Convenio No.	187SS	CDP No.	526	RP No.	1154
Fecha de Suscripción	19/04/2024	Fecha de Iniciación	24/04/2024	Fecha de Terminación	30/12/2024
Plazo de Ejecución	Ocho (8) meses y siete (7) Días		Período a Pagar:	Del 24 al 30 de abril	
Póliza No.	3002583	No. Planilla Aportes Salud y Pensión:			

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

Pago/Desembolso No. 1	Pago/Desembolso No. 2	Pago/Desembolso No. 3	Pago/Desembolso No. 4	Pago/Desembolso No. 5	Pago/Desembolso No. 6
\$	\$	\$	\$	\$	\$
Pago/Desembolso No. 7	Pago/Desembolso No. 8	Pago/Desembolso No. 9	Pago/Desembolso No. 10	Pago/Desembolso No. 11	Pago/Desembolso No. 12
\$	\$	\$	\$	\$	\$
Valor total Contrato/Convenio	\$24.700.000		Valor total pagado	\$	
Valor Autorizado a Pagar (en letras): SETECIENTOS MIL PESOS M/CTE.					
Valor Autorizado a Pagar (en números)			\$700.000		
Avance Físico (%)	2.8%		Avance Financiero (%)		

	MACROPROCESO GESTIÓN DE APOYO		Gobernación del Chocó
	PROCESO GESTIÓN DOCUMENTAL		
	PROCEDIMIENTO PRODUCCIÓN DOCUMENTAL		
	FORMATO INFORME MENSUAL CUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES PRESTACIÓN DE SERVICIOS	Código GDS FT 004 Versión 04 Fecha 14 de marzo de 2024	

4. ACTIVIDADES EJECUTADAS EN EL MES DE ABRIL

OBLIGACIONES ESPECIFICAS DEL CONTRATO	ACCIONES
Elaborar informes de gestión para la elaboración de análisis de la situación de salud y para la capacidad de vigilancia y respuestas en salud pública de los eventos relacionados con salud pública en emergencias y desastres	Este mes no se realiza actividades relacionadas o acorde con esta obligación.
Mantener el archivo completo tanto físico como magnético disponible para dar respuestas a los requerimientos.	Este mes no se realiza actividades relacionadas o acorde con esta obligación
Elaborar informes de la situación de salud de las comunidades en momento crítico del departamento, teniendo en cuenta los componentes de la dimensión de emergencia y desastre en salud pública	Este mes no se realiza actividades relacionadas o acorde con esta obligación
Reportaría información pertinente según los requerimientos al programa	Esta actividad se encuentra en proceso.
Realizar talleres para el diseño e implementación de planes de capacitación para la comunidad, escenarios escolares, grupos sociales organizados, comunidades con mayor vulnerabilidad para desastres naturales	Este mes no se realiza actividades relacionadas o acorde con esta obligación.
Realizar la planeación y ejecución de simulación y simulacros en las instituciones educativas públicas y privadas	En momentos esta actividad no se ha realizado, pero esta se encuentra en proceso de ejecución
Realizar reuniones con las direcciones territoriales de salud y organismos de socorro de los municipios, para la formulación e implementación del plan de contingencia Departamental y de emergencia	Esta actividad no se llevó a cabo para este mes
Brindar asistencia técnica de preparación y capacitación para adelantar los planes de cooperación entre las direcciones locales de salud y consejos municipales de gestión de riesgo	Este mes no se realiza actividades relacionadas o acorde con esta obligación
Realizar reuniones de socialización para el funcionamiento en la red, con la vinculación de instituciones de salud pública y privadas y los integrantes del sistema de emergencias y desastres	Este mes no se realiza actividades relacionadas o acorde con esta obligación
Informar al supervisor del contrato de forma oportuna sobre las inconsistencias o anomalías relacionadas con los asuntos encomendados	Este mes no se realiza actividades relacionadas o acorde con esta obligación
Responder por los equipos y materiales del programa y mantenerlos en óptimas condiciones en empleo	Se cuenta con la indumentaria e identificación pertinente, en óptimas condiciones para acudir a las respectivas obligaciones.
Presentar un informe mensual escrito de todas las actividades que realice al supervisor del contrato, con los indicadores.	Se presenta informe correspondiente a los días de (MES DE ABRIL DEL 24 AL 30 DEL 2024)manera previa al supervisor o coordinador de la dimensión

	MACROPROCESO: GESTIÓN DE APOYO		Gobernación del Chocó
	PROCESO: GESTIÓN DOCUMENTAL		
	PROCEDIMIENTO: PRODUCCIÓN DOCUMENTAL		
	FORMATO INFORME MENSUAL CUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES PRESTACIÓN DE SERVICIOS	Código: GDS.FT.004 Versión: 04 Fecha: 14 de marzo de 2024	

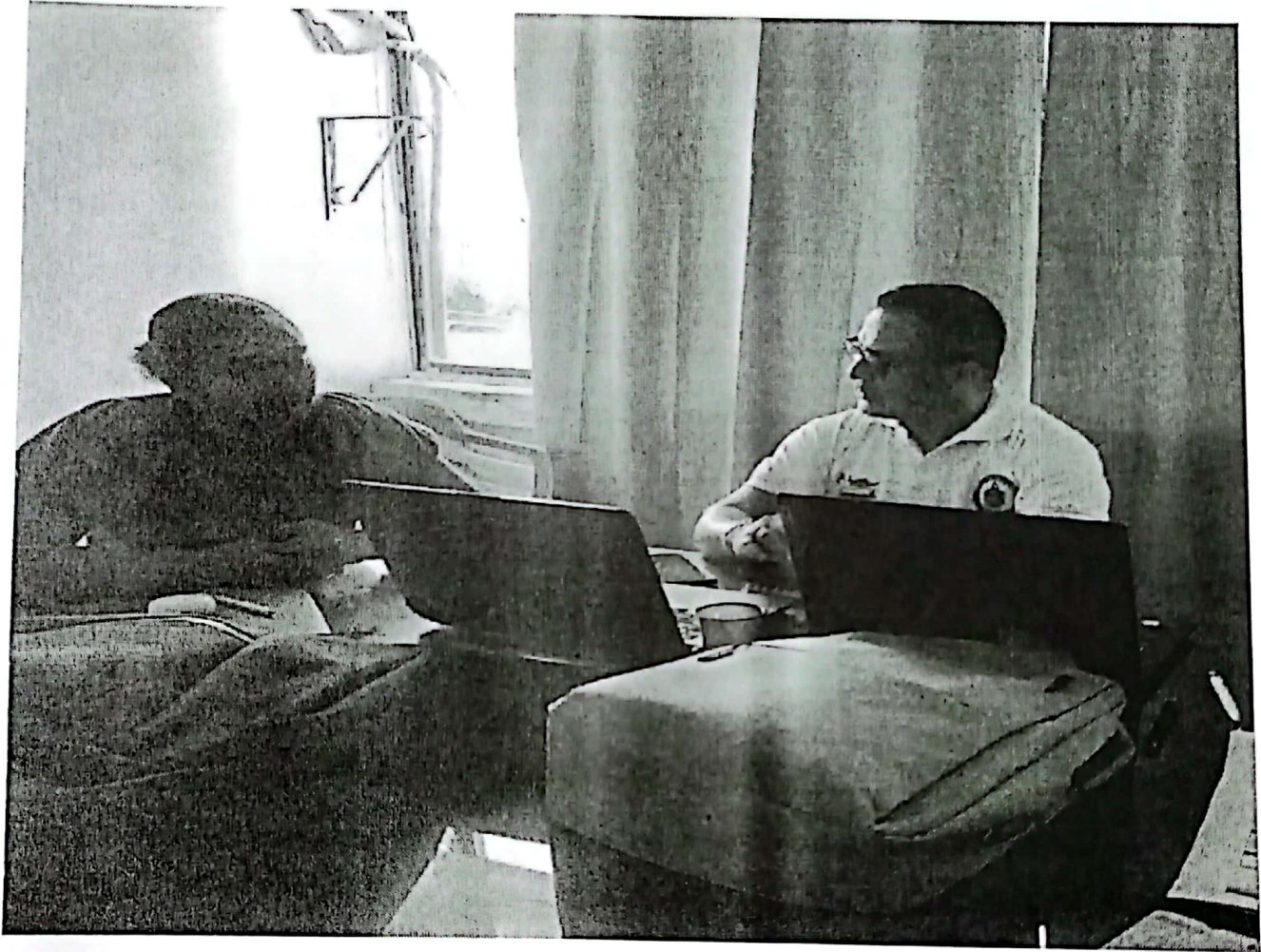
Crear base de datos que sirva de insumo al programa	Este mes no se realiza actividades relacionadas o acorde con esta obligación.
Asistir a las capacitaciones que para el desempeño de sus funciones se le programen.	Este mes se asiste al encuentro con el supervisor del contrato para designar actividades a trabajar durante la ejecución del contrato.
Guardar absoluta reserva sobre terceros sobre la información entregada por la secretaria de salud, solo podrá entregarse con la autorización del secretario	Esta actividad se cumple a cabalidad ya que toda información pertinente a la entidad análisis de situaciones, entre otras, queda en absoluta reserva cumpliendo con mi ética profesional, quedando dentro del espacio laboral.
Cumplir con las demás actividades que se le sean asignadas por el supervisor del contrato	Para el cumplimiento de esta se logran hacer algunos avances para poder llevar acabo esta actividad.
Rendir informe de las actividades en el desempeño de sus funciones	Se rinde informe sobre la actividad asignada.
Las demás que le sean asignadas por el supervisor del contrato	Se logra realizar un análisis frente al requerimiento dado por el supervisor y poder darle cumplimiento de estos a cabalidad.

Parley K. Becerra P.

Firma Contratista

	MACROPROCESO: GESTIÓN DE APOYO		Gobernación del Chocó
	PROCESO: GESTIÓN DOCUMENTAL		
	PROCEDIMIENTO: PRODUCCIÓN DOCUMENTAL		
	FORMATO INFORME MENSUAL CUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES PRESTACIÓN DE SERVICIOS	Código: GDS.FT.004 Versión: 04 Fecha: 14 de marzo de 2024	

EVIDENCIAS



REUNION CON EL SUPERVISOR DEL CONTRATO PARA ACORDAR LAS ACTIVIDADES QUE SE LLEVARAN ACABO Y PLANIFICAR CADA UNA DE LAS PAUTAS A SEGUIR CON BASE A SANIDAD PORTUARIA.



ACTA DE INICIO

Clase de Contrato	CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS N° CD-PS-GDCH-187SS DEL 19/04/2024
Contratante	SECRETARIA DE SALUD-GOBERNACION DEL DEPARTAMENTO DEL CHOCO CON NIT 891680010-3.
Contratista	YARLEY KATHERYNE BEDOYA PALACIOS
C.C./NIT	1.077.439.932 - 6
Objeto del Contrato	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES DE UNA INGENIERA AMBIENTAL QUE SIRVA DE APOYO EN LOS PROCESOS QUE ADELANTA LA DIRECCION DE EMERGENCIAS Y DESASTRES DE LA DIRECCION DE SALUD PÚBLICA DE LA SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL.
Valor	VEINTICUATRO MILLONES SETECIENTOS MIL PESOS M/CTE (\$ 24.700.000).
Plazo	OCHO (8) MESES Y SIETE (7) DIAS, SIN EXCEDERSE DEL 31 DE DICIEMBRE DE 2024
C.D. P	526 del 22 de febrero de 2024
R.P.	1154 del 23 de abril 2024
RUBRO PRESUPUESTAL	05-2.3.02.02.009.19.5.2.35.58.1.1 -536
Fecha de Inicio	Veinticuatro (24) de abril del 2024
Fecha de Terminación	Treinta (30) de diciembre de 2024

En la ciudad de Quibdó, a los veinticuatro (24) días del mes de abril del año 2024, se reunieron: El Doctor **FAIBER CHIMONJA COY**, Profesional Universitario de la Secretaría de Salud Departamental del Chocó, quien actúa como supervisora designada del contrato de la referencia, y **YARLEY KATHERYNE BEDOYA PALACIOS**, en su calidad de contratista, con el fin de dar inicio a la ejecución del contrato en mención.

En constancia se firma por los que en ella intervinieron,

SUPERVISORA

CONTRATISTA

FAIBER CHIMONJA COY
Profesional Universitario
Secretaría de Salud Departamental del Chocó

YARLEY KATHERYNE BEDOYA PALACIOS
C.C.1.077.439.932



Nro. RP: 1154 Fecha: 23 de Abril de 2024 Vigencia: 2024 Tipo de presupuesto: PRESUPUESTO ENTIDAD
Dependencia: SECRETARIA DE SALUD Estado: APROBADO Valor total: 25.300.000,00 Nro. Contrato: CD-PS-GDCH-187SS-2024
Código BPIN: 2021003270258
Tercero: 1077439932 - YARLEY KATHERYNE BEDOYA PALACIOS Autorización: INTERNO - N/A
Descripción: PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES DE UNA INGENIERA AMBIENTAL, QUE SIRVA DE APOYO EN LOS PROCESOS QUE ADELANTA LA DIRECCIÓN DE EMERGENCIAS Y DESASTRES DE LA DIRECCIÓN DE SALUD PÚBLICA DE LA SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL.

RUBROS DE EGRESO

CDP	Código	Resumido	Rubro de egreso	Valor
526	05 -	1425	BPIN2021003270258 CPC91122 Gestión Programática	25.300.000,00
	2.3.2.02.02.009.19.5.2.35.58.1.1 -		Fuente financiación: 1.2.4.2.02 - SGP-SALUD-SALUD PUBLICA. Fondo: 536 - SGP SALUD - SALUD	
	536		PUBLICA. CPC: 91122 - Servicios de la administración pública relacionados con la salud. Situación fondos: C. BPIN: 2021003270258	

Total 25.300.000,00

Son: VEINTICINCO MILLONES TRESCIENTOS MIL PESOS CON CERO CENTAVOS

PROGRAMACIÓN DE PAGOS

Mes	Valor
ABRIL	1.300.000,00
MAYO	3.000.000,00
JUNIO	3.000.000,00
JULIO	3.000.000,00
AGOSTO	3.000.000,00
SEPTIEMBRE	3.000.000,00
OCTUBRE	3.000.000,00
NOVIEMBRE	3.000.000,00
DICIEMBRE	3.000.000,00

Coordinadora de Presupuesto

Elaboró: PEREA BOCANEGRA DIGNA AFRODICA

Aprobó: PEREA BOCANEGRA DIGNA AFRODICA

Imprimé: HOYOS MOSQUERA ZALLY ZULEMA



CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD

Nro. CDP: 526
Dependencia: SECRETARIA DE SALUD
Código BPIN: 2021003270258
Fecha: 22 de Febrero de 2024
Fecha de vencimiento: 21 de Julio de 2024
Vigencia: 2024
Estado: APROBADA
Tipo de presupuesto: PRESUPUESTO ENTIDAD
Valor total: 30.000.000,00

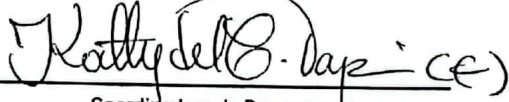
Descripción:
PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES DE UNA INGENIERA AMBIENTAL, QUE SIRVA DE APOYO EN LOS PROCESOS QUE ADELANTA LA DIRECCIÓN DE EMERGENCIAS Y DESASTRES DE LA DIRECCIÓN DE SALUD PÚBLICA DE LA SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL.

RUBROS DE EGRESO

Código	Resumido	Rubro de egreso	Valor
05 - 2.3.2.02.02.009.19.5.2.35.58.1.1 - 536	1425	BPIN2021003270258 CPC91122 Gestión Programática Fuente financiación: 1.2.4.2.02 - SGP-SALUD-SALUD PUBLICA. Fondo: 536 - SGP SALUD - SALUD PUBLICA. CPC: 91122 - Servicios de la administración pública relacionados con la salud. Situación fondos: C. BPIN: 2021003270258	30.000.000,00

Total 30.000.000,00

Son: TREINTA MILLONES PESOS CON CERO CENTAVOS


Coordinadora de Presupuesto

Elaboró: CUESTA CALLEJAS NILSON SEVERINO

Aprobó: CUESTA CALLEJAS NILSON SEVERINO

Imprimé: HOYOS MOSQUERA ZALLY ZULEMA

2. Concepto ☒ 2 Actualización

4. Número de formulario

14973431241



(415)7707212489984(8020) 0000014973431241

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

1 0 7 7 4 3 9 9 3 2

6. DV

6

12. Dirección seccional

Impuestos y Aduanas de Quibdó

14. Buzón electrónico

8

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente

Persona natural o sucesión ilíquida

2

25. Tipo de documento

Cédula de Ciudadanía

1 3

26. Número de Identificación

1 0 7 7 4 3 9 9 3 2

27. Fecha expedición

2 0 0 7, 0 4, 1 2

Lugar de expedición

COLOMBIA

28. País

1 6 9

29. Departamento

Chocó

2 7

30. Ciudad/Municipio

Quibdó

0 0 1

31. Primer apellido

BEDOYA

32. Segundo apellido

PALACIOS

33. Primer nombre

YARLEY

34. Otros nombres

KATHERYNE

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

38. País

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento

Chocó

2 7

40. Ciudad/Municipio

Quibdó

0 0 1

41. Dirección principal

BRR TERRASA

42. Correo electrónico

kathebedoya0127@gmail.com

43. Código postal

44. Teléfono 1

3 1 0 4 9 3 0 6 5 8

45. Teléfono 2

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Ocupación

Actividad principal

46. Código

7 0 1 0

47. Fecha inicio actividad

2 0 2 2, 0 1, 0 3

Actividad secundaria

48. Código

8 2 9 9

49. Fecha inicio actividad

2 0 2 2, 0 1, 0 3

Otras actividades

50. Código

1 2

51. Código

52. Número

establecimientos

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

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54. Código									
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

☒

60. No. de Folios:

0

61. Fecha

2024 - 01 - 18 / 09 : 10: 48

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 CORDOBA ARIAS ESTEBAN

985. Cargo Gestor I

Certificación Bancaria

Lunes, 18 de marzo de 2024

A quien pueda interesar

Bancolombia S.A. se permite informar que YARLEY KATHERINE BEDOYA PALACIOS identificado(a) con CC 1077439932, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura aaaa-mm-dd	Estado	Saldo
Cuenta Ahorros / A la mano	53625693019	2021-09-02	ACTIVO	*****

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

*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia a los siguientes números: Medellín - Local: (57-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (57-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (57-5) 361 88 88 - Cali - Local: (57-2) 554 05 05 Resto del país: 01800 09 12345. Sucursales telefónicas en el exterior: España(34) 900 995 717 - Estados Unidos(1) 1 866 379 97 14.



Catalina Cortés Uribe
Gerente Servicios Contact Center & BPO

 **Bancolombia**

Bancolombia nunca solicita sus datos personales o de sus productos bancarios mediante vínculos de correo electrónico. En caso de recibir alguno, repórtelo de inmediato a correo@spochebri@bancolombia.com.co

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

Barrio: Terrazas
CI: 3104930658
Yarley K. Bedoya P.



NUMERO 1.077.439.932

BEDOYA PALACIOS

APELLIDOS

YARLEY KATHERYNE

NOMBRES

Yarley K. Bedoya P.

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO

05-ABR-1989

QUIBDO
(CHOCO)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.64

ESTATURA

O-

G.S. RH

F

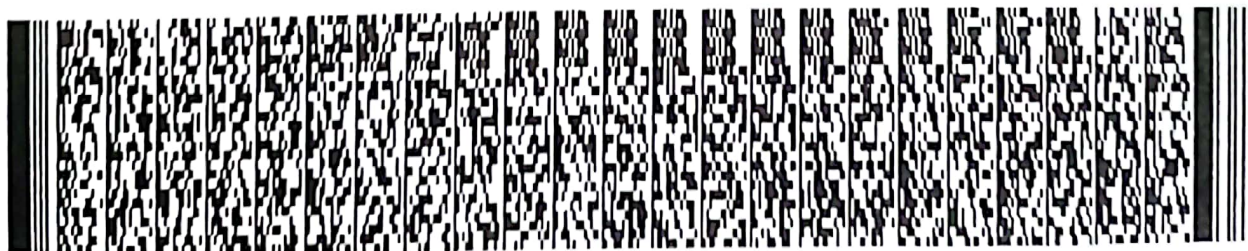
SEXO

12-ABR-2007 QUIBDO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sánchez Torres

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

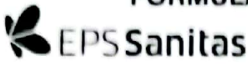


A-1700100-00428708-F-1077439932-20130319

0032556804A 2

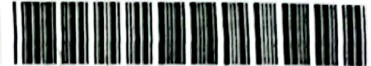
1832146879

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS



Nº de Radicación

Fecha de Radicación



181555500

(Lee las instrucciones que se encuentran al respecto antes de diligenciar este formulario)

I. DATOS DEL TRÁMITE		2. Tipo de Afiliación		3. Régimen	
1. Tipo de Trámite A. Afiliación / B. Reporte de Novedades		A. Individual B. Colectiva C. Institucional		D. De Oficio	
4. Tipo de Afiliado A. Cotizante / B. Cabeza de Familia / C. Beneficiario		Beneficiario o Afiliado adicional		A. Contributivo / B. Subsidado	
		5. Tipo de Cotizante A. Dependiente / B. Independiente / C. Pensionado		Código (a registrar por la EPS)	

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (Del cotizante o cabeza de familia)					
6. Apellidos y nombres Primer Apellido / Segundo Apellido		Primer Nombre / Segundo Nombre			
7. Tipo de documento de identidad CN TI CE CD RC CC PA SC		8. Número del documento de identidad		9. Sexo Femenino / Masculino	
				10. Fecha de nacimiento	

III. DATOS COMPLEMENTARIOS					
Datos Personales					
11. Etnia		12. Discapacidad Tipo F N M Condición T P		13. Puntaje SISBÉN	
				14. Grupo de población especial	
15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL		16. Administradora de Pensiones		17. Ingresos base de cotización - IBC	
18. Residencia Dirección		Teléfono Celular		Teléfono Fijo	
		Correo Electrónico			
Municipio / Distrito		Zona Urbana / Rural		Localidad / Comuna	
				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 CN TI CE CD RC CC PA SC		21. Número del documento de identidad		22. Sexo Femenino / Masculino	
				23. Fecha de nacimiento	

Datos Básicos de Identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales					
24. Apellidos y nombres Primer Apellido / Segundo Apellido		Primer Nombre / Segundo Nombre			
B1					
B2					
B3					
B4					
B5					

25. Tipo de documento de identidad		26. Número del documento de identidad		27. Sexo		28. Fecha de nacimiento		29. Parentesco	
B1				Femenino / Masculino					
B2				Femenino / Masculino					
B3				Femenino / Masculino					
B4				Femenino / Masculino					
B5				Femenino / Masculino					

30. Etnia		31. Discapacidad Tipo Condición		32. Datos de Residencia Municipio/Distrito Zona		33. Valor de la UPC del Afiliado Adicional (a registrar por la EPS)	
B1		F N M T P		Urbana Rural			
B2		F N M T P		Urbana Rural			
B3		F N M T P		Urbana Rural			
B4		F N M T P		Urbana Rural			
B5		F N M T P		Urbana Rural			

Selección de la IPS Primaria		34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS		Código de la IPS (a registrar por la EPS)	
C		IP - Clínica de Diagnóstico y Tratamiento - Nohemy Valencia			
B					
B					
B					

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

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 documento de identificación NIT TI CE CC PA CD	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador de Pensiones (a registrar por la EPS)
39. Ubicación Dirección		Teléfono Fijo	
Correo Electrónico		Municipio / Distrito	Departamento

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad		11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas	
☐ 1. Modificación de datos básicos de identificación.	☐ 2. Corrección de datos básicos de identificación.	☐ 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas	
☐ 3. Actualización del documento de identidad	☐ 4. Actualización y corrección de datos complementarios	☐ 13. Movilidad: ☐ A Régimen Contributivo ☐ B Régimen Subsidiado	
☐ 5. Terminación de la inscripción en la EPS. Código	☐ 6. Reinscripción en la EPS.	☐ 14. Traslado: ☐ A Mismo Régimen ☒ B. Diferente Régimen	
☐ 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.	☐ 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales	☐ 15. Reporte de fallecimiento.	
☐ 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar.	☐ 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando	☐ 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		42. Fecha	
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
Tipo de documento de identidad CN TI CE CD RC CC PA SC		Número del documento de identidad	Fecha de nacimiento
Sexo Femenino Masculino		42. Fecha 10/05/2014	
43. EPS anterior		44. Motivo de traslado Código	45. Caja de compensación Familiar o pagador de pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. FIRMAS

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario	55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institución o de oficio
--	---

IX. ANEXOS

☒ 56. Anexo copia del documento de identidad: CN RC TI CC PA CE CD SC	Cantidad	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 el 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 dos padres.		
☒ 63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.		
☐ 64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.		
☐ 65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.		

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

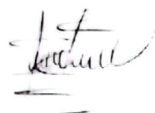
66. Identificación de la Entidad Territorial Código del Municipio Código del Departamento		67. Datos del SISBEN Número de ficha Puntaje Nivel		68. Fecha de Radicación	69. Fecha de Validación
70. Datos del funcionario que realiza la validación Primer Apellido Segundo Apellido Primer Nombre Segundo Nombre		71. Firma del Funcionario			
Tipo de documento		Número de documento de identidad			
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					
Doc. identificación y nombre del Ejecutivo Comercial		Sello de Radicación			

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **YARLEY KATHERYNE BEDOYA PALACIOS** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1077439932**, se encuentra afiliado/a desde **11/09/2013** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 17 de mayo de 2024.



Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

Nota: Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

ÁREA DE APROBACIÓN

1. Fase de aprobación fue aprobada

Flujos de aprobación 1

MOstrar DETALLES

Flujos de aprobación 2

MOstrar DETALLES

Flujos de aprobación 3

MOstrar DETALLES

1 Información general

Volver

Iniciar ejecución >

Condiciones

Identificación del contrato

Bienes y servicios

ID del contrato en SECOP CO1 PCCNTR 6206190

Documentos del Proveedor

Versión del contrato 1

Documentos del contrato

Estado de contrato Firmado

Información presupuestal

Fecha de generación del estado 10 días de tiempo transcurrido (12/04/2024 1:52:06 PM(UTC-05:00)
Bogotá, Lima, Quito)

Ejecución del Contrato

Número del contrato CD-PS-GDCH-187SS-2024

Modificaciones del Co

Objeto del contrato PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES DE UNA INGENIERIA AMBIENTAL QUE SIRVA DE APOYO EN LOS PROCESOS QUE ADELANTA LA DIRECCION DE EMERGENCIAS Y DESASTRES DE LA DIRECCION DE SALUD PÚBLICA DE LA SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL

Incumplimientos

Tipo de Contrato Prestación de servicios

¿Asociado a otro contrato? Sí No

Duración del contrato 259 Días

Fecha de inicio de contrato

Fecha de terminación del contrato 12/04/2024 12:00 PM

Tiempo adiciones en días 0 días

Liquidación Sí No *

Obligaciones Ambientales Sí No *

Obligaciones pos consumo Sí No *

Reversión Sí No *

Información de la Entidad Estatal contratante



GOBERNACION DEL CHOCÓ.

0 Recomendación (es)

COLOMBIA, Quibdó



Información del Proveedor contratista



YARLEY KATHERYNE BEDOYA PALACIOS

COLOMBIA, Quibdó

Número de documento 1077439932

Cuenta bancaria del proveedor

Proveedor	Nombre del banco	Tipo de cuenta	Número de cuenta
YARLEY KATHERYNE BEDOYA PALACIOS	BANCOLOMBIA	Ahorros	53625693019

Aprobación del contrato

Aprobado: - Proveedor

Aprobado por: yarley katherlyne Bedoya Palacios
Fecha de aprobación: 18/04/2024 4:54:27 PM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)

Aprobado: - Entidad Estatal

Aprobado por: YEFERSON CORDOBA CORDOBA
Fecha de aprobación: 19/04/2024 10:47:03 AM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)

Contrato firmado: CO1_PCCNTR_6206190_Firmado

Contrato en ejecución:

Información del contrato

Tipo de proceso: Contratación directa.

Unidad de contratación: GOBERNACION- SALUD

Proceso de Contratación: CD-PS-GDCH-187SS-2024

Título de la oferta:

Cuantía del contrato: 25.300.000 COP