ACTA DE INICIO DE CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN

CONTRATO No.: 2564 **De Fecha** 2024-09-05

TIPO DE CONTRATO	CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN
MODALIDAD DE CONTRATO	CONTRATACIÓN DIRECTA
OBJETO	DESARROLLAR ACCIONES PARA FORTALECER LA ATENCIÓN, RECEPCION, REGISTRO Y ACTUALIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN CONTENIDA EN LAS PLATAFORMAS AUTORIZADAS POR EL MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL E IMPLEMENTADAS EN LAS INSTITUCIÓNES EDUCATIVAS OFICIALES DEL MUNICIPIO DE YOPAL.
CONTRATISTA	YISETH KARINA PEREZ RODRIGUEZ
NIT DEL CONTRATISTA	1118571477-8
RÉGIMEN	No responsable de IVA
VALOR	6.125.000,00
PLAZO	Tres (3) MESES Y Quince (15) DIAS
SUPERVISOR(ES)	ROCIO MOJICA TOSCANO - PROFESIONAL UNIVERSITARIO(A)
INTERVENTOR(ES) CONTRATO	
FECHA DE INICIACIÓN	2024-09-06
FECHA DE TERMINACIÓN	2024-12-20
LUGAR DE EJECUCIÓN	Municipio de Yopal – Instituciones Educativas Oficiales, asignada de acuerdo a Plan de Trabajo.
ÁREA RESPONSABLE	SECRETARIA DE EDUCACIÓN

En la ciudad de Yopal, a los Seis(06) días del mes de Septiembre de 2024 en la Alcaldía de Yopal, se reunieron, ROCIO MOJICA TOSCANO, PROFESIONAL UNIVERSITARIO(A), quien actúa en su calidad de supervisor, y YISETH KARINA PEREZ RODRIGUEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía 1118571477 de YOPAL, como CONTRATISTA, con el objeto de suscribir el acta de inicio del CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN No. 2564 suscrito el 2024-09-05 en virtud del cumplimiento de los requisitos de perfeccionamiento y ejecución descritos en la(s) cláusula(s) No 14 del contrato.

SOPORTE JURÍDICO

El contratista presentó la garantía única exigida en el contrato, según lo estipulado en la CLÁUSULA : GARANTÍAS, debidamente aprobadas por la Oficina Asesora de Jurídica del Municipio, constituidas así:

COMPAÑÍA ASEGURADORA	NO. PÓLIZA	AMPARO	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	FECHA APROBACION	VALOR ASEGURADO
-	-	-	-	-	-	-

SOPORTES FINANCIEROS

CDP (CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL)

Imputación Presupuestal Información Sistema Local				
No. CDP	**FECHA**	**CÓDIGO RUBRO**	**FUENTE**	**VALOR**
1400.40.5.2024 - 2432	2024-08-26	2.3.2.02.02.008.22.14	Ingresos corrientes de Libre Destinación	$73.500.000,00

Imputación Presupuestal Información Equivalente Registrada en el Sistema de Presupuesto y Giro de Regalías - SPGR				
No. CDP	**FECHA**	**CÓDIGO RUBRO**	**FUENTE**	**VALOR**
-	-	-	-	-

RP (REGISTRO PRESUPUESTAL)

Imputación Presupuestal Información Sistema Local				
NUMERO RP	**FECHA RP**	**CODIGO RUBRO**	**FUENTE**	**VALOR**
1400.40.10.2024 - 3911	2024-09-05	2.3.2.02.02.008.22.14	Ingresos corrientes de Libre Destinación	$6.125.000,00

ACTA DE INICIO DE CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN

CONTRATO No.: 2564 **De Fecha** 2024-09-05

Imputación Presupuestal Información Equivalente Registrada en el Sistema de Presupuesto y Giro de Regalías - SPGR				
NUMERO RP	FECHA RP	CODIGO RUBRO	FUENTE	VALOR
-	-	-	-	-

ANTICIPO (SEGÚN EL CASO)

Para los contratos con anticipos, este se debe manejar en cuenta conjunta o en cuenta separada de ENTIDAD BANCARIA a nombre de. (Adjuntar Certificación).

DESCRIPCIÓN	VALOR ANTICIPO
Anticipo -	-

ACUERDAN:

1. Dar inicio del contrato No. 2564 del 2024-09-05.
2. *(Diligenciar este campo sólo si aplica)* El presente contrato hace parte del *convenio Interadministrativo* No. ____ de _____ celebrado entre la Alcaldía de Yopal y _____ cuyo objeto es _____.
3. Los demás acuerdos que establezcan las partes, siempre y cuando no modifiquen el contrato.

Para constancia de lo anterior, se firma la presente acta por los que en ella intervinieron:

Karina Pérez

YISETH KARINA PEREZ RODRIGUEZ
CONTRATISTA

_____
INTERVENTOR

ROCIO MOJICA TOSCANO
PROFESIONAL UNIVERSITARIO(A)
SUPERVISOR

CARGO OPCIONAL

PROCESO GESTIÓN FINANCIERA
COMPROMISO / REGISTRO PRESUPUESTAL

TRD. No.1400.40.10.2024 - 3911

MUNICIPIO YOPAL

NIT. 891.855.017-7

No CONSECUTIVO REGISTRO PRESUPUESTAL:	24 - 3911		
FECHA REGISTRO PRESUPUESTAL:	05/09/2024		
TERCERO / BENEFICIARIO:	YISETH KARINA PEREZ RODRIGUEZ	**NIT/CC**	1118571477

CONDICION:	VA	Vigencia actual							
No CDP:	24 2432								
No CONTRATO:	2564.2024	**TIPO:**	CONTRATACION DIRECTA					**POLIZA No:**	
ADICIONAL:		**CLASE:**	CONTRATOS DE PRESTACIONES DE SERVICIOS					**CENTRO DE UTILIDAD**	
FECHA No SOPORTE	05/09/2024	**CATEGORIA RP**	**No**	6	CONTRATOS			**ACTO ADMINISTRATIVO**	
DEPENDENCIA CDP:	SECRETARIA EDUCACION	**PLAZO DE CONTRATO:**	MESES:	000	DÍAS:	105		**CUENTA BANCARIA**	24108266584

OBJETO:	DESARROLLAR ACCIONES PARA FORTALECER LA ATENCIÓN, RECEPCION, REGISTRO Y ACTUALIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN CONTENIDA EN LAS PLATAFORMAS AUTORIZADAS POR EL MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL E IMPLEMENTADAS EN LAS INSTITUCIÓNES EDUCATIVAS OFICIALES DEL MUNICIPIO DE YOPAL.

Se expide el REGISTRO PRESUPUESTAL con cargo al presupuesto de Ingresos y Gastos del MUNICIPIO DE YOPAL para la vigencia Fiscal 2024 Asi:

PRESUPUESTO

RUBRO PRESUPUESTAL	NOMBRE DEL RUBRO	FUENTE DE FINANCIACIÓN		CPC DANE	BPIN	EC	CUIN	VALOR
2.3.2.02.02.008.22.14	Servicio educativo - personal -	1.2.1.0.00.01	Ingresos corrientes de Libre Destinación	83990	2024850010039			6.125.000,00
						Total:		**6.125.000,00**

fanny.esperanza.perez

Elaborado por:

Mauricio Moreno Perez
Secretario de Hacienda

GLORIA LUCIA RIVERA GOMEZ
PROFESIONAL CONTRATADO.

EMPRESA CERTIFICADA
LAT-0969

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

POSITIVA COMPAÑIA 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, **YISETH KARINA PEREZ RODRIGUEZ** identificado con **CC** No. **1118571477**, registra la siguiente información.

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
ALCALDIA MUNICIPAL DE YOPAL - NI. 891855017	**Fecha de inicio de cobertura:** 06/09/2024 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Fecha de inicio de Contrato:** 05/09/2024 **Fecha fin de Contrato:** 22/12/2024 **Tipo Vinculación:** TRABAJADOR INDEPENDIENTE **Clase de Riesgo:** 1

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): 202401019162332.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 5 días del mes de septiembre de 2024.

Cordialmente,

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

MIS_4_1_3_FR15 v_07

CRUZ ROJA COLOMBIANA

Cruz Roja Colombiana

F CR IPS 021
Versión 03

Cod. Seguridad
62770

CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR
EXAMEN DE INGRESO

DATOS DEL TRABAJADOR



Fecha	16/02/2024
Nombre	PEREZ RODRIGUEZ YISETH KARINA
Documento	1118571477
Empresa	SECRETARIA EDUCACION MUNICIPAL
Cargo	AUXILIAR ADMINISTRATIVO

EXAMENES PARACLÍNICOS REALIZADOS

Espirometría		**Optometría**		**Glicemia**		**Koh**		**Coprológico**		**HCG**		**ECG**	
Audiometría		**Cuadro Hemático**		**Serología**		**Frotis de garganta**		**Basciloscopia**		**RX de columna**			
Visiometría		**Perfil lipídico**		**Parcial de Orina**		**Cultivo de garganta**		**Hemoclasificación**		**RX de torax**			
Transaminasas		**Bun**		**Creatinina**		**Abuso de drogas**		**Alcohol en saliva**		**Ex. psicosensometrico**			

Otros examenes

CONCEPTO

APTO CON RESTRICCION

OBSERVACIONES

TRABAJOS ESPECIALES

NA

RECOMENDACIONES

Ocupacionales	Médicas	Vigilancia Epidemiológica	Hábitos	Restricciones
X Uso elementos Protección Personal X Seguir Protocolos de Seguridad X Pausas activas X Protección UV	X VALORACIÓN EPS X Consulta Externa X Consulta Especializada	X Incluir PVE Ergonomico	X Actividad Física 3 veces por semana X Buena Postura	X Manipulación de cargas (Máx 15 kg)

Otras recomendaciones VALORACION POR CIRUGIA GENERAL, PROTECCION OCULAR UV.

Karina Pérez

PEREZ RODRIGUEZ YISETH KARINA
TRABAJADOR

Cruz Roja Colombiana Seccional Casanare

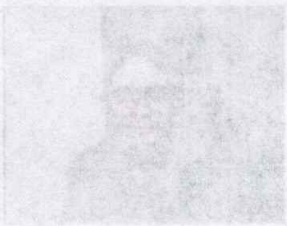
Carlos Eduardo López Casallas
Especialista en Salud Ocupacional
Licencia SO 0646/20
R.M 8580007

CARLOS EDUARDO LOPEZ CASALLAS
LIC S.O 0646-20

Cruz Roja Colombiana

F-GR-IPS-021
Versión 03
Cod. Seguridad
82770

CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR
EXAMEN DE INGRESO



DATOS DEL TRABAJADOR

Fecha	19/02/2024		
Nombre	PEREZ RODRIGUEZ YISETH KARINA		
Documento	1.1.057.171.477		
Empresa	SECRETARIA EDUCACION MUNICIPAL		
Cargo	AUXILIAR ADMINISTRATIVO		

EXAMENES PARACLINICOS REALIZADOS

Espirometria	Optometria	Citologia	Tiroides	Otoscopico	IRCO	ECG	
Audiometria	Cuadro Hemático	Serologia	Prueba de esfuerzo	Broncoscopio	RX de columna		
Videoscopia	Perfil lipidico	Prueba de Orina	Cultivo de garganta	Hemoclasificacion	RX de torax		
Transaminasas	Glun	Creatinina	Abuso de drogas	Alcohol en saliva	Ex. psicosensométrico		

Otros examenes

CONCEPTO

APTO CON RESTRICION

OBSERVACIONES

TRABAJOS ESPECIALES

NA

RECOMENDACIONES

Ocupacionales	Medicas	Vigilancia Epidemiologica	Habitos	Restricciones
X Uso obligatorio Protector Personal	X VALORACION EPS	X Pausas activas	X Actividad física 3 veces por semana	X Manipulación de cargas (Max 15 kg)
X Seguir Protocolos de Seguridad	X Consulta Externa	Ergonomia	X Buena Postura	
X Pausas activas	X Consulta Especializada			
Proteccion UV				

Otras recomendaciones VALORACION POR CIRUGIA GENERAL, PROTECCION OCULAR UV.

PEREZ RODRIGUEZ YISETH KARINA
TRABAJADOR

CARLOS EDUARDO LOPEZ CASALLAS
LIC 8.0 0649-20

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

EPS Sanitas
Nuestro compromiso es contigo
NIT. 800.251.440-6

No. de Radicación	Fecha de Radicación
	26 08 2023

182289783

(Lea las instrucciones que se encuentran al respaldo antes de diligenciar este formulario)

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite	2. Tipo de Afiliación	3. Régimen
A. Afiliación / B. Reporte de Novedades	A. Individual: - Cotizante o Cabeza de Familia / - Beneficiario o Afiliado adicional; B. Colectiva; C. Institucional; D. De Oficio	A. Contributivo / B. Subsidiado

4. Tipo de Afiliado	5. Tipo de Cotizante	Código
A. Cotizante / B. Cabeza de Familia / C. Beneficiario	A. Dependiente / B. Independiente / C. Pensionado	(a registrar por la EPS)

A. AFILIACIÓN

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

6. Apellidos y nombres			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
Perez	Rodriguez	Miseth	Karine

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CN TI CE CD / RC CC / PA SC	1.118 571 477	Femenino / Masculino	D D M M A A A A

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos Personales

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial
	Tipo F N M Condición T P		

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotización - IBC
Positiva		1'300.000

18. Residencia Dirección	Teléfono Fijo
Vrd. La Niata	N/A

Teléfono Celular	Correo Electrónico
3203748650	jhoansalazar1918@gmail.com

Municipio / Distrito	Zona	Localidad / Comuna	Departamento
Popal	Urbana / Rural		Cesar

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

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

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

20. Tipo de documento de identidad	21. Número del documento de identidad	22. Sexo	23. Fecha de nacimiento
CN TI CE CD / RC CC PA SC		Femenino Masculino	D D M M A A A A

Datos Básicos de Identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

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

Datos Complementarios

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

	30. Etnia	31. Discapacidad Tipo	31. Discapacidad Condición	32. Datos de Residencia Municipio/Distrito	Zona	Departamento	Teléfono Fijo y/o Celular	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		
B	Popal	14476
B	Cesar	14404
B		

- Original: EPS -1a Copia: EMPLEADOR -2 Copia: AFILIADO -

KPDATA

FORMULARIO UNICO DE AFILIACION Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

EPS SANITAS

(Lea las instrucciones antes de diligenciar este formulario)

A. AFILIACION

A. Tipo de Afiliado

1. Cotizante
2. Beneficiario
3. Cabeza de Familia
4. Independiente
5. Pensionado
6. Trabajador Dependiente
7. Trabajador Independiente
8. Pensionado
9. Estudiante
10. Otro

B. Tipo de Cotizante

1. Dependiente
2. Independiente
3. Pensionado
4. Trabajador Dependiente
5. Trabajador Independiente
6. Pensionado
7. Estudiante
8. Otro

C. Régimen

1. Contributivo
2. Subsidiado
3. Excepción
4. Especial

D. Tipo de Afiliación

1. Individual
2. Familiar
3. Beneficiario o Adicional adicional
4. Independiente
5. Colectivo
6. Otro

E. Tipo de Traslado

1. Individual
2. Grupo Familiar
3. Cabeza de Familia
4. Colectivo
5. Otro

B. DATOS DEL AFILIADO

1. Primer Apellido

2. Segundo Apellido

3. Primer Nombre

4. Segundo Nombre

5. Fecha de Nacimiento

Día | Mes | Año

6. Sexo

1. Masculino
2. Femenino

7. Tipo de Documento de Identidad

CC Cédula de Ciudadanía
TI Tarjeta de Identidad
CE Cédula de Extranjería
PA Pasaporte
RC Registro Civil
AS Adulto sin Identificación
MS Menor sin Identificación

8. Número del Documento de Identidad

9. Departamento de Residencia

10. Municipio de Residencia

11. Zona de Residencia

1. Urbana
2. Rural

12. Dirección de Residencia

13. Teléfono Fijo

14. Teléfono Celular

15. Correo Electrónico

C. DATOS DEL CONYUGE O COMPAÑERO PERMANENTE

16. Primer Apellido

17. Segundo Apellido

18. Primer Nombre

19. Segundo Nombre

20. Tipo de Documento de Identidad

CC Cédula de Ciudadanía
TI Tarjeta de Identidad
CE Cédula de Extranjería
PA Pasaporte
RC Registro Civil
AS Adulto sin Identificación
MS Menor sin Identificación

21. Número del Documento de Identidad

22. Sexo

1. Masculino
2. Femenino

23. Fecha de Nacimiento

Día | Mes | Año

D. DATOS DEL CONYUGE O COMPAÑERO PERMANENTE

24. Primer Apellido

25. Segundo Apellido

26. Primer Nombre

27. Segundo Nombre

28. Tipo de Documento de Identidad

CC Cédula de Ciudadanía
TI Tarjeta de Identidad
CE Cédula de Extranjería
PA Pasaporte
RC Registro Civil
AS Adulto sin Identificación
MS Menor sin Identificación

29. Número del Documento de Identidad

30. Sexo

1. Masculino
2. Femenino

31. Fecha de Nacimiento

Día | Mes | Año

E. DATOS DE UBICACION

32. Departamento de Residencia

33. Municipio de Residencia

34. Zona de Residencia

1. Urbana
2. Rural

35. Dirección de Residencia

36. Teléfono Fijo

37. Teléfono Celular

38. Correo Electrónico

F. DATOS DE LA AFILIACION

39. Régimen

1. Contributivo
2. Subsidiado
3. Excepción
4. Especial

40. Tipo de Afiliado

1. Cotizante
2. Beneficiario
3. Cabeza de Familia
4. Independiente
5. Pensionado
6. Trabajador Dependiente
7. Trabajador Independiente
8. Pensionado
9. Estudiante
10. Otro

41. Tipo de Cotizante

1. Dependiente
2. Independiente
3. Pensionado
4. Trabajador Dependiente
5. Trabajador Independiente
6. Pensionado
7. Estudiante
8. Otro

42. Tipo de Afiliación

1. Individual
2. Grupo Familiar
3. Beneficiario o Adicional adicional
4. Independiente
5. Colectivo
6. Otro

43. Tipo de Traslado

1. Individual
2. Grupo Familiar
3. Cabeza de Familia
4. Colectivo
5. Otro

44. Fecha de Radicación en la EPS

Día | Mes | Año

45. Código de la IPS Primaria

46. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS

G. DATOS DEL EMPLEADOR O PAGADOR

47. Razón Social

48. Tipo de Documento de Identificación

NI Número de Identificación Tributaria
CC Cédula de Ciudadanía
CE Cédula de Extranjería
PA Pasaporte
RC Registro Civil
TI Tarjeta de Identidad
AS Adulto sin Identificación
MS Menor sin Identificación

49. Número de Identificación

50. Código de Actividad Económica - CIIU

51. Dirección

52. Teléfono

53. Departamento

54. Municipio

55. Zona

1. Urbana
2. Rural

H. DATOS DE LA ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL REGIMEN ESPECIAL

56. Nombre

57. Código

58. Número de Contrato

59. Fecha de Inicio de Vigencia

Día | Mes | Año

60. Fecha de Terminación de Vigencia

Día | Mes | Año

I. DATOS DEL CONYUGE O COMPAÑERO PERMANENTE

61. Primer Apellido

62. Segundo Apellido

63. Primer Nombre

64. Segundo Nombre

65. Tipo de Documento de Identidad

CC Cédula de Ciudadanía
TI Tarjeta de Identidad
CE Cédula de Extranjería
PA Pasaporte
RC Registro Civil
AS Adulto sin Identificación
MS Menor sin Identificación

66. Número del Documento de Identidad

67. Fecha de Nacimiento

Día | Mes | Año

J. DATOS DEL PADRE O MADRE

68. Primer Apellido

69. Segundo Apellido

70. Primer Nombre

71. Segundo Nombre

72. Tipo de Documento de Identidad

CC Cédula de Ciudadanía
TI Tarjeta de Identidad
CE Cédula de Extranjería
PA Pasaporte
RC Registro Civil
AS Adulto sin Identificación
MS Menor sin Identificación

73. Número del Documento de Identidad

74. Fecha de Nacimiento

Día | Mes | Año

K. DATOS DE LA AFILIACION

75. Fecha de Afiliación Efectiva

Día | Mes | Año

76. Fecha de Radicación en la EPS

Día | Mes | Año

77. Código de la IPS Primaria

78. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS

L. DATOS DE LA ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL REGIMEN ESPECIAL

79. Nombre

80. Código

81. Número de Contrato

82. Fecha de Inicio de Vigencia

Día | Mes | Año

83. Fecha de Terminación de Vigencia

Día | Mes | Año

M. DATOS DEL CONYUGE O COMPAÑERO PERMANENTE

84. Primer Apellido

85. Segundo Apellido

86. Primer Nombre

87. Segundo Nombre

88. Tipo de Documento de Identidad

CC Cédula de Ciudadanía
TI Tarjeta de Identidad
CE Cédula de Extranjería
PA Pasaporte
RC Registro Civil
AS Adulto sin Identificación
MS Menor sin Identificación

89. Número del Documento de Identidad

90. Sexo

1. Masculino
2. Femenino

91. Fecha de Nacimiento

Día | Mes | Año

N. DATOS DEL PADRE O MADRE

92. Primer Apellido

93. Segundo Apellido

94. Primer Nombre

95. Segundo Nombre

96. Tipo de Documento de Identidad

CC Cédula de Ciudadanía
TI Tarjeta de Identidad
CE Cédula de Extranjería
PA Pasaporte
RC Registro Civil
AS Adulto sin Identificación
MS Menor sin Identificación

97. Número del Documento de Identidad

98. Fecha de Nacimiento

Día | Mes | Año

O. OBSERVACIONES

(Use las instrucciones para el diligenciamiento de este formulario)

P. FIRMAS

99. Firma del Empleado

100. Huella

101. Firma del Representante Legal o Apoderado

102. Huella

103. Firma del Funcionario Autorizado

104. Huella

Q. FECHA DE RECIBO

Día | Mes | Año

R. PARA USO EXCLUSIVO DE LA EPS

105. Fecha de Radicación en la EPS

Día | Mes | Año

106. Número de Radicación

107. Nombre y Firma del Funcionario que Recibe

108. Observaciones

ATAGO

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

- [ ] 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 [ ]
- [x] 6. Reinscripción en la EPS.
- [ ] 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
- [ ] 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- [ ] 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
- [ ] 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- [ ] 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- [ ] 13. Movilidad: [ ] A. Régimen Contributivo [ ] B. Régimen Subsidiado
- [ ] 14. Traslado: [ ] A. Mismo Régimen [ ] B. Diferente Régimen
- [ ] 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	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad (CN TI CE CD RC CC PA SC)	Número del documento de identidad	Sexo (Femenino Masculino)	Fecha de nacimiento (D D M M A A A A)	42. Fecha (D D M M A A A A)

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
Karina Perez	

IX. ANEXOS

- [x] 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 SISBÉN: Número de ficha	Puntaje	Nivel	68. Fecha de Radicación (D D M M A A A A)	69. Fecha de Validación (D D M M A A A A)

70. Datos del funcionario que realiza la validación

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de documento	Número de documento de identidad	71. Firma del Funcionario

Observaciones: Independiente

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

Doc. identificación y nombre del Ejecutivo Comercial	Sello de Radicación	Sticker procesamiento
		27950000

Doc. identificación y nombre del Elemento Comercial | Sello de Radicación | Sección Procesamiento

Recepción una con el tipo de formulario, la misma identifica la veracidad de la información ingresada y de las declaraciones contenidas en el capítulo VII del formulario.

Observaciones:

Tipo de documento | Número de documento de identidad | 17. Firma del Funcionario

10. Datos del funcionario que realiza la solicitud

Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre

Código de Municipio | Código del Departamento | Municipio de Nacimiento | Día | Mes | Año | 18. Fecha de Radicación | 19. Fecha de Validación

A. DATOS DEL SOLICITANTE PARA LA SOLICITUD PRESENTE

- 01. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de peticionario o se ordene la alimentación de oficio.
- 04. Certificación de Afiliación a una entidad promotora de salud para realizar aplicaciones colectivas.
- 03. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.
- 05. Documento en que conste la tarjeta de la parte solicitante, o el contrato de afiliación de los padres o la declaración sobre la calidad de los dos padres.
- 07. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
- 09. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.

Indicar una decisión la terminación de la nulidad matrimonial.

- 08. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos, escritura pública, acta de conciliación o sentencia
- 06. Copia del registro civil de matrimonio, o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la nulidad matrimonial.
- 27. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- 26. Anexa copia del documento de identidad. Contenido

CN RC TI CC PA CE CD SC TOTAL

B. ANEXOS

24. El contenido, soporte de tamaño o peculiaridad

25. El empleador, abonamiento o entidad responsable de la afiliación colectiva.

C. DATOS DEL SOLICITANTE

- 23. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.
- 1281 de 2015 y el Decreto 1333 de 2015.
- 25. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del contenido o soporte de familia y de sus peculiaridades o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley
- dure por este incidente la tecnología.
- 21. 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 los sistemas de
- 20. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del contenido o soporte de familia y de sus peculiaridades o afiliados adicionales.
- 19. Declaración de no haber sido del contenido, soporte de familia, peculiaridad o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
- 18. Declaración de suficiencia de recursos de fuente propia o caso contrario que informe la fuente de los documentos que acrediten la condición de peculiaridad.
- 17. Declaración de la no aplicación de "Afiliado al Régimen Contributivo" Especial o de Excepción.
- 16. Declaración de dependencia económica de los peculiaridades y afiliados adicionales

D. DATOS DEL AFILIADO ADICIONAL

Código

43. EPS anterior | 44. Motivo de traslado | 45. Cese de cotización Familiar o beneficiario de peculiaridad

CN RC TI CC PA CE CD SC

Tipo de documento de identidad | Número del documento de identidad | Sexo: Femenino, Masculino | Fecha de nacimiento | 46. Fecha

Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre

41. Datos básicos de identificación

E. DATOS PARA NOVEDADES DE AFILIADOS

- 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando
- 9. Inicio de relación laboral o suficiencia de condiciones para cotizar.
- 8. Exclusión de peculiaridades o de afiliados adicionales
- 7. Inclusión de peculiaridades o de afiliados adicionales.
- 6. Reinscripción en la EPS

Código

- 5. Terminación de la inscripción en la EPS.
- 4. Cambio sección y corrección de datos complementarios
- 3. Modificación del documento de identidad
- 2. Corrección de datos básicos de identificación.
- 1. Modificación de datos básicos de identificación.

42. Tipo de Novedad

- 14. Traslado.
- 13. Movilidad.
- 12. Reporte de fallecimiento.
- 11. Anulación a una cuenta suficiente para realizar afiliaciones colectivas
- 15. Desvinculación de una entidad promotora para realizar afiliaciones colectivas
- 16. Reporte de la calidad de Pensionado
- 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado
- 18. Reporte del Fondo de Protección Social
- B. Diferente Régimen
- A. Mismo Régimen
- B. Régimen Subsidiado
- A. Régimen Contributivo

G. REPORTE DE NOVEDADES

Correo Electrónico | Indicativo / Celular | Departamento

Dirección | Teléfono Fijo

38. Nombre o razón social | 39. Tipo documento de identificación | 40. Número del documento de identificación | 41. Tipo de Afiliado | Subtipo | Categoría | Parentesco

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:

YISETH KARINA PEREZ RODRIGUEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.118.571.477**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 24 de Agosto 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.

PLAN DE TRABAJO

CONTRATO NO. **110.70.40.2564 - 2024**

OBJETO CONTRACTUAL: **DESARROLLAR ACCIONES PARA FORTALECER LA ATENCIÓN, RECEPCION, REGISTRO Y ACTUALIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN CONTENIDA EN LAS PLATAFORMAS AUTORIZADAS POR EL MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL E IMPLEMENTADAS EN LAS INSTITUCIÓNES EDUCATIVAS OFICIALES DEL MUNICIPIO DE YOPAL.**

ACTIVIDAD	COMO SE DESARROLLA	DONDE SE DESARROLLA	QUE RECURSOS SE REQUIEREN	CUANDO LO ENTREGA	CRONOGRAMA
1. Registrar y actualizar la información contenida en las plataformas autorizadas por el MEN y bases de datos de la institución educativa oficial asignada, cumpliendo con los procedimientos vigentes. Producto: 100% de plataformas del MEN y bases de datos institucionales actualizados durante el segundo semestre del calendario escolar 2024 Evidencia: Soporte de actualización de plataformas y bases de datos.	Resgistrando,actualizando ,reportandoy realizando y seguimiento en las plataformas SIMAT,SYSCOLEGIOSY SIMPADE	Institución Educativa Oficial Divino Salvador del municipio de Yopal.	elementos de oficina (computador,impresora,paquetes de office) base de los estudiantes	En el informe de actividades Mensual	las actividades se realizaran diariamnete o de acuerdo a las indicaciones del rector
2. Recepcionar solicitudes y generar comunicaciones de información relacionada con las actividades de la institución de manera oportuna. Producto: 100% de solicitudes y comunicaciones tramitadas y atendidas durante el segundo semestre del calendario escolar 2024. Evidencia: Registro de solicitudes y comunicaciones tramitadas y atendidas, Reporte SAC y DOCUMENT revisados y tramitados.	Dando respuesta oportuna a las solicitudes radicadas relacionadas con comunicaciones de la IE	Institución Educativa Oficial Divino Salvador del municipio de Yopal.	elementos de oficina (computador,impresora,paquetes de office) base de los estudiantes	En el informe de actividades Mensual	las actividades se realizaran diariamnete o de acuerdo a las indicaciones del rector
3. Generar registros y reportes requeridos por el rector de la institución educativa de acuerdo a las necesidades. Producto: 100% de los registros y reportes generados de acuerdo a los equerimientos durante el segundo semestre del calendario escolar 2024.Evidencia: Formato de control de Registros y reportes	ralizando el tramite oportuno de los registros y reportes solicitados por el rector de la IE	Institución Educativa Oficial Divino Salvador del municipio de Yopal.	elementos de oficina (computador,impresora,paquetes de office) base de los estudiantes	En el informe de actividades Mensual	las actividades se realizaran diariamnete o de acuerdo a las indicaciones del rector
4. Atender de forma oportuna y pertinente a la comunidad educativa que acuda a la Institución Educativa. Producto: 100% de la Comunidad educativa atendidas oportunamente durante el segundo semestre del calendario escolar 2024. Evidencia: Registro de atención a la comunidad y/o registro fotográfico.	Atendiendo a la comunidad educativa para dar respuestaa ñas inquietudes requeridas	Institución Educativa Oficial Divino Salvador del municipio de Yopal.	elementos de oficina (computador,impresora,paquetes de office) base de los estudiantes	En el informe de actividades Mensual	las actividades se realizaran diariamnete o de acuerdo a las indicaciones del rector

Karina Pérez

YISETH KARINA PEREZ RODRIGUEZ
Contratista

Vo. Bo. ROCIO MOJICA TOSCANO
(Supervisor)