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

CONTRATO No.: 2560 **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	MARIA DELSY SANCHEZ ROJAS
NIT DEL CONTRATISTA	47430644-4
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	2024-09-09
FECHA DE TERMINACIÓN	2024-12-23
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 Nueve(09) 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 MARIA DELSY SANCHEZ ROJAS, identificado(a) con cédula de ciudadanía 47430644 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. 2560 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 - 3913	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.: 2560 **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. 2560 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:

MARIA DELSY SANCHEZ ROJAS
CONTRATISTA

INTERVENTOR

ROCIO MOJICA TOSCANO
PROFESIONAL UNIVERSITARIO(A)
SUPERVISOR

CARGO OPCIONAL

PROCESO GESTIÓN FINANCIERA
COMPROMISO / REGISTRO PRESUPUESTAL

TRD. No.1400.40.10.2024 - 3913

MUNICIPIO YOPAL

NIT. 891.855.017-7

No CONSECUTIVO REGISTRO PRESUPUESTAL:	24 - 3913		
FECHA REGISTRO PRESUPUESTAL:	05/09/2024		
TERCERO / BENEFICIARIO:	MARIA DELSY SANCHEZ ROJAS	**NIT/CC**	47430644

CONDICION:	VA	Vigencia actual							
No CDP:	24 2432								
No CONTRATO:	2560.2024	**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**	

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.

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, **MARIA DELSY SANCHEZ ROJAS** identificado con **CC** No. **47430644**, registra la siguiente información.

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
ALCALDIA MUNICIPAL DE YOPAL - NI. 891855017	**Fecha de inicio de cobertura:** 07/09/2024 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Fecha de inicio de Contrato:** 06/09/2024 **Fecha fin de Contrato:** 21/12/2024 **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): 202401019181717.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 6 días del mes de septiembre de 2024.

Cordialmente,

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

Cruz Roja Colombiana

CRUZ ROJA COLOMBIANA

F CR IPS 021
Versión 03
Cod. Seguridad
51970

CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR
EXAMEN DE INGRESO

DATOS DEL TRABAJADOR

Fecha	27/01/2024
Nombre	MARIA DELSY SANCHEZ ROJAS
Documento	47430644
Empresa	ALCALDIA DE YOPAL
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	X	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 PARA EL CARGO CON PATOLOGIA QUE NO LIMITA LA LABOR

OBSERVACIONES

CUMPLIR PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD DE SU EMPRESA Y LAS RECOMENDACIONES PREVENTIVAS, USO DE TAPABOCAS, DISTANCIAMIENTO SOCIAL, DESINFECCION DE AREAS COMUNES, LAVADO DE MANOS FRECUENTE.

TRABAJOS ESPECIALES

NA

RECOMENDACIONES

Ocupacionales	Médicas	Vigilancia Epidemiológica	Hábitos	Restricciones
X Uso elementos Protección Personal X Seguir Protocolos de Seguridad X Uso de correción óptica prolongada X Pausas activas X Protección UV	X VALORACIÓN EPS X Consulta Externa	X Incluir PVE Visual X Incluir PVE Ergonomico	X Actividad Física 3 veces por semana X Buena Postura X Dieta hipograsa, hiploglucida, baja en harinas y sal	

Otras recomendaciones CONTROL POR OPTOMETRIA, PROTECCION OCULAR UV.

Cruz Roja Colombiana
Seccional Casanare

Carlos Eduardo López Casallas
Especialista en Salud Ocupacional
Licencia SO 0646/20
R.M 8580/07

MARIA DELSY SANCHEZ ROJAS
TRABAJADOR

CARLOS EDUARDO LOPEZ CASALLAS
LIC S.O 0646-20

Cruz Roja Colombiana

CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL CON ESTASIS OSTEOMUSCULAR

EXAMEN DE INGRESO

DATOS DEL TRABAJADOR

Fecha	27/07/2024
Nombre	MARIA DELSY SANCHEZ ROLAS
Documento	47429044
Empresa	ALCALDIA DE YOPAL
Cargo	AUXILIAR ADMINISTRATIVO

EXAMENES PARACLÍNICOS REALIZADOS

Cardiovascular		Optometría		Orina		Coprológico		IMC	EDS
Audiometría		Cardio Basal/Ejer		Extensión		Frotis de garganta		Espirometría		RX de columna	
Visiometría	X	Perfil lipídico		Perfil de Orina		Cultivo de garganta		Baciloscopia		RX de tórax	
Triglicéridos		Glicemia		Hemoglobina		Alcohol en sangre		Ex. pélvico ginecológico	

Otros exámenes

CONCEPTO

APTO PARA EL CARGO CON PATOLOGIA QUE NO LIMITA LA LABOR

OBSERVACIONES

SUMINISTRO MICROGEL DE BIOSEGURIDAD DE SU EMPRESA VIA RESPIRATORIA, PREVENTIVOS, USO DE TAPABOCAS, DISTANCIAMIENTO SOCIAL, DESINFECCION DE AREAS COMUNES, LAVADO DE MANOS FRECUENTE.

TRATAMIENTOS ESPECIALES

NA

RECOMENDACIONES

Ocupacionales	Médicas	Higiene y Epidemiología	Hábitos	Restricciones
X Uso obligatorio Protección Personal	X VACUNACION PPD	X Toma EPS Visual	X Aplicar Filtro 3 veces por	
X Uso de protección visual	X Control Glucosa	X Toma EPS	jornada	
X Uso de protección visual prolongada		Ergonomico	X Llevar Fruta	
X Pausas activas			X Dieta Hipograsa	
X Protección UV			Hipoglucemia, bajar en lactosa y	
			sal	

Otras recomendaciones: CONTROL POR OPTOMETRIA, PROTECCION OCULAR UV.

MARIA DELSY SANCHEZ ROLAS
TRABAJADOR

CARLOS EDUARDO LOPEZ CASALLAS
LIC S.O 0519-20

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
	D D M M A A A A

182289411

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

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite
A. Afiliación X B. Reporte de Novedades

2. Tipo de Afiliación
A. Individual: - Cotizante o Cabeza de Familia X B. Colectiva D. De Oficio
- Beneficiario o Afiliado adicional C. Institucional

3. Régimen
A. Contributivo X B. Subsidiado

4. Tipo de Afiliado
A. Cotizante X B. Cabeza de Familia C. Beneficiario

5. Tipo de Cotizante
A. Dependiente B. Independiente X C. Pensionado

Código (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
Sanchez	Rojas	Maria	Lelsy

7. Tipo de documento de identidad
CN TI CE CD
RC CC X PA SC

8. Número del documento de identidad
47430644

9. Sexo
Femenino X Masculino

10. Fecha de nacimiento
A 1 9 0 7 1 9 A A

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. Ingreso base de cotización - IBC
1.300.000

18. Residencia

Dirección: Cra 14 # Mss 38-12

Teléfono Fijo: no registra

Teléfono Celular: 3203139658

Correo Electrónico: sade-72@hotmail.com

Municipio / Distrito: Yopal

Zona: Urbana X Rural

Localidad / Comuna

Departamento: Casanare

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
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	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		
B		
B		

KPD...

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

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

EPS Sanitas

Nuevo Compromiso es Salud

Nro. de Radicación

Fecha de Radicación

18228941 1

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

I. DATOS DEL TRÁMITE

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

A. AFILIACIÓN

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

6. Apellidos y nombres: Primer Apellido: Sanchez — Segundo Apellido: Rojas — Primer Nombre: Maria — Segundo Nombre: Luisa
7. Tipo de documento de identidad: CN TI CE CD RC CC PA SC
8. Número del documento de identidad: 42505 14
9. Sexo: Femenino X Masculino
10. Fecha de nacimiento: 19 MAYO 1988

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos Personales

11. Etnia
12. Discapacidad: Tipo F N M Condición T P
13. Puntaje SISBEN
14. Grupo de población especial
15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL
16. Administradora de Pensiones
17. Ingreso base de cotización - IBC: Ingreso
18. Residencia: Dirección: Cra 14 # 1 [illegible] — Teléfono Fijo: No reviste
Teléfono Celular: 3203134658 — Correo Electrónico: [illegible]
Municipio / Distrito: Yopal — Zona: Urbana / Rural — Localidad / Comuna — Departamento: Cuyanaire

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: DD MM AA AA

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	DD MM AA AA	
B2			Femenino Masculino	DD MM AA AA	
B3			Femenino Masculino	DD MM AA AA	
B4			Femenino Masculino	DD MM AA AA	
B5			Femenino Masculino	DD MM AA AA	

	30. Etnia	31. Discapacidad: Tipo	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		
B		
B		

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

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 [ ]
- [ ] 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 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 RC TI CC CE PA CD 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)
				26/08/2024

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.
- [x] 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.
- [x] 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.
- [x] 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.
- [x] 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 estatuto público, 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.

E.P.S. Sanitas (Operación Sanitas Internacional) NIT. 800.251.440-6 26 AGO 2024 RECIBIDO OFICINA YOPAL

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

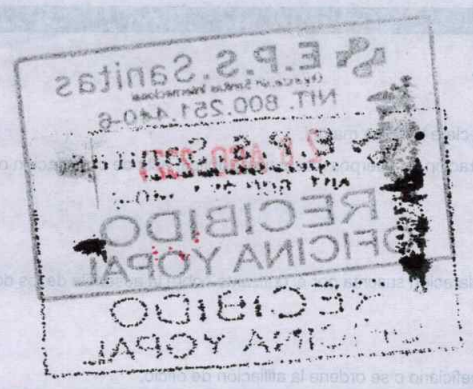
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

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

Observaciones: Afiliacion 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
		279500001 - 40pl.


E.P.S. Sanitas
NIT 800.251.440-6
RECIBIDO
SUCURSAL VIRTUAL

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. 800.224.808-5

CERTIFICA QUE:

MARIA DELSY SANCHEZ ROJAS, identificado(a) con cédula de ciudadanía **47.430.644**, 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:

Es fundamental que revise periódicamente su Historia Laboral, el capital ahorrado y las semanas que tiene registradas, si presenta inconsistencias, ingrese a www.porvenir.com.co *y actualice su Historia Laboral.*

CONTRATO NO.	110.70.40.2560 - 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 Llano Lindo ITELL 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 Llano Lindo ITELL 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 Llano Lindo ITELL 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 Llano Lindo ITELL 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

MARÍA DELSY SANCHEZ ROJAS
Contratista

Vo. Bo. ROCIO MOJICA TOSCANO
(Supervisor)