ACTA DE INICIO

TIPO DE CONTRATO	CONTRATO No.	FECHA
SERVICIOS PROFESIONALES	No. 505	09 DE OCTUBRE DE 2024
Objeto:	**SERVICIOS PROFESIONALES DE APOYO A LA SUPERVISION A LOS CONTRATOS DEL PROYECTO FORTALECIMIENTO AL ACCESO Y PERMANENCIA DE JOVENES Y ADULTOS A LA EDUCACIÓN SUPERIOR Y COMPLEMENTARIA EN EL MUNICIPIO DE TAURAMENA**	

CONTRATANTE	MUNICIPIO DE TAURAMENA
CONTRATISTA	JAVIER SANCHEZ RINCON
NIT	74856509-1
C.C	74.856.509 de Tauramena
OBJETO	SERVICIOS PROFESIONALES DE APOYO A LA SUPERVISION A LOS CONTRATOS DEL PROYECTO FORTALECIMIENTO AL ACCESO Y PERMANENCIA DE JOVENES Y ADULTOS A LA EDUCACIÓN SUPERIOR Y COMPLEMENTARIA EN EL MUNICIPIO DE TAURAMENA
VALOR DEL CONTRATO	$ 12,800,000
VALOR DEL ANTICIPO (%)	N/A
PLAZO	DOS (2) MESES Y VEINTE (20) DIAS
INTERVENTORIA	N/A
SUPERVISION TECNICA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA	WILLIAM HERNÁN ABRIL VALCÁRCEL Secretario de Desarrollo Social Mediante oficio de fecha 10 de Octubre de 2024
APOYO A LA SUPERVISION	N/A
FECHA PRESENTE ACTA	10 de Octubre de 2024
FECHA DE TERMINACION:	29 de Diciembre de 2024

En Tauramena, nos reunimos JAVIER SANCHEZ RINCON, en calidad de contratista, WILLIAM HERNÁN ABRIL VALCÁRCEL Secratario de Desarrollo Social, en calidad de supervisior técnico, administrativo y financiero, con el fin de suscribir la presente acta de 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, pension 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 VIGESIMA TERCERA del contrato.
5. Certificación de afiliación (EPS, ARL Y AFP)

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,

JAVIER SANCHEZ RINCON
C.C. 74.856.509 de Tauramena

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, **JAVIER SANCHEZ RINCON** identificado con **CC** No. **74856509**, registra la siguiente información.

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
MUNICIPIO DE TAURAMENA - NI. 800012873	**Fecha de inicio de cobertura:** 10/10/2024 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Fecha de inicio de Contrato:** 10/10/2024 **Fecha fin de Contrato:** 30/12/2024 **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): 202401020296940.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 10 días del mes de octubre de 2024.

Cordialmente,

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

FORMATO DE ESCOGENCIA ARL

(Favor diligenciar en letra legible)

NOMBRE COMPLETO: Javier Sanchez Rincon.

No. CEDULA: 74856509 EXPEDIDA EN: Tunja.

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO: DIA 30 MES 11 AÑO 1978.

MUNICIPIO La Primavera DEPARTAMENTO: Vichada

DIRECCION Y MUNICIPIO DE RESIDENCIA: clle. 17. # 4-42.
Palmareña

TELEFONO: 3115328808 E-MAIL: Javiersanchez301@gmail.com

Contrato Nuevo X Prorroga ____

No. DE CONTRATO: 505 FECHA DE INICIO: 10/10/2024 FECHA FINAL: 30-12-2024

MODALIDAD DE CONTRATACION: DIRECTA X MINIMA CUANTIA ____

VALOR DEL CONTRATO: 12.800.000= VALOR MENSUAL: 4.800.000=

EPS ACTUAL: Nueva EPS AFP ACTUAL: Porvenir

Manifiesto que, de conformidad con lo establecido en el Artículo 4to del Decreto 723 de 2013, deseo: Afiliarme: X Trasladarme: ____

ADMINISTRADORA RIESGOS LABORALES: Positiva A PARTIR DE: 09/10/2024

NIVEL DE RIESGO: 1

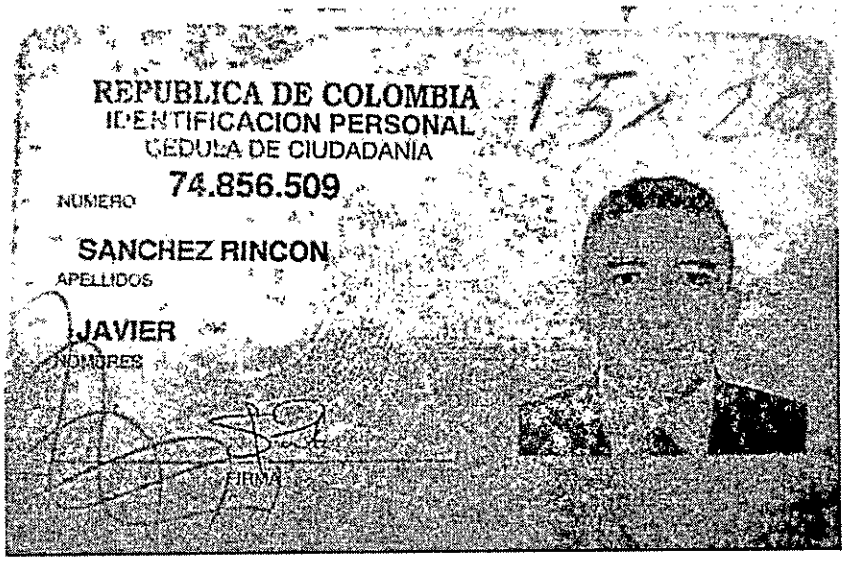
ACTIVIDAD A EJECUTAR: Servicios Profesionales

CARGO - PROFESION: Apoyo a la Supervisión

Manifiesto bajo la gravedad de juramento que actualmente me encuentro afiliado al sistema General de seguridad social en Salud y Pensiones.

FIRMA: ____

FECHA: 09/10/2024 CIUDAD: Tunja



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 74.856.509

SANCHEZ RINCON
APELLIDOS

JAVIER
NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 30-NOV-1978
LA PRIMAVERA
(VICHADA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.65 A+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO
06-MAR-1997 TAURAMENA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO

A-4685000-79150394-M-0074856509-20060804 0741506216A 03

porvenir
sólo hay uno

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A.

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR

NIT 800.144.331-3

CERTIFICA QUE:

JAVIER SANCHEZ RINCON, identificado(a) con cédula de ciudadanía **74.856.509**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir.**

La presente certificación se expide el 15 de Octubre del 2024.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.

[illegible]

REPÚBLICA DE COLOMBIA
SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

SOPORTE DE NOVEDADES DE REINGRESOS

nueva eps
gente cuidando gente
NIT 900.156.264-2

nueva eps
Se tramita para estudio en la EPS

07/02/2024

Doris Del Carmen Mora Pinedo
COD A058 Zona Casanare

CÓDIGO ASESOR Y/O PROMOTOR: A058

AFILIACIÓN

I. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)

1. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Sanchez	Rincon	Javier	

2. TIPO DOCUMENTO	3. DOCUMENTO DE IDENTIDAD	RÉGIMEN	4. SEXO	5. FECHA NACIMIENTO
X	74.856.509		X	30 / 11 / 1978

ANEXO COPIA DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD

II. DATOS COMPLEMENTARIOS

CIUDAD / MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	CAJA DE COMPENSACIÓN	TELÉFONO
Tauramena	Casanare		3115328808

TELÉFONO MÓVIL (1)	TELÉFONO MÓVIL (2)	CORREO ELECTRÓNICO	CÓDIGO IPS	IPS ODONTOLÓGICA
		javiersanchez011@gmail.com	5441	5441

III. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES Y/O INDEPENDIENTE POR PRESTACIÓN DE SERVICIO O DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO.

33. NOMBRE O RAZÓN SOCIAL	36. Tipo documento de identidad	37 Número documento de identidad	DV	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones
				independiente.

41. UBICACIÓN O DIRECCIÓN	CIUDAD / MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	SECTOR DEL APORTANTE
Cll 17 N4 -42	Tauramena	Casanare	

TELÉFONO FIJO - EXT.	TELÉFONO MÓVIL (1)	TELÉFONO MÓVIL (2)	CORREO ELECTRÓNICO	ACTIVIDAD ECONÓMICA

FECHA INICIO DE RELACIÓN LABORAL	CARGO U OCUPACIÓN	SALARIO
8 / 9 / 2024		1'440.000

IV. FIRMAS

54. Firma de cotizante, cabeza de familia o beneficiario	55. Firma y sello del empleador, aportante o entidad responsable de la afiliacion colectiva, institucional o de oficio y/o independiente por prestación de servicio
74856509	