Fecha de Radicación:

INFORMACIÒN DEL CONTRATO			
No del contrato	AMG-CD-097-2024		
Objeto	PRESTAR CON AUTONOMÍA TÉCNICA Y ADMINISTRATIVA LOS SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION PARA ORIENTAR LA ESCUELA DE FORMACIÓN ARTISTICA EN LA MODALIDAD DE MUSICA TROPICAL, BANDA RITMICA Y LAS ACTIVIDADES A DESARROLLAR EN LOS EVENTOS DE PROMOCIÓN CULTURAL Y ARTISTICA PARA LOS HABITANTES DEL MUNICIPIO DE GARAGOA.		
C.D.P.	2024000395	**No. Póliza**	39-46-101012517
Registro Presupuestal	2024000630	**Fecha de aprobación póliza**	27 DE AGOSTO DE 2024
Código Proyecto	2023152990007	**Fecha acta de Inicio**	02 DE SEPTIEMBRE DE 2024
Plazo de ejecución	CUATRO (04) MESES	**No. Acta de pago**	PARCIAL No. 01
Periodo de pago	DEL 02 DE SEPTIEMBRE AL 01 DE OCTUBRE DE 2024	**Fecha acta de suspensión**	N/A
Adicional	N/A	**Fecha acta de reinicio**	N/A

INFORMACIÒN CONTRATISTA			
Contratista:	JEISON DUBAN ROMERO BERNAL	**CC. ò Nit.**	1.048.847.617 expedida en Garagoa
Tel ò Cel:	3106252724	**Correo electrónico**	durkade182@hotmail.com
N° Cuenta Bancaria	Cuenta de Ahorros No. 492-643-561-71 de Bancolombia		

VERIFICACION INFORMACIÒN PARA PAGO EXPEDIENTE CONTRATUAL						
Acta de pago	Parcial No. 1		**Certificación Bancaria**	SI	**Aportes Parafiscales**	N.A
Forma de pago	Anticipo		**Registro Único Tributario**	SI	**Informe de contratista**	SI
	Anticipado					
	Parcial	X				
	Único					
No. De Planilla S.S.	9472510838		**No. de Factura**	01	**Informe Supervisor /Interventoría**	SI
IBC	$1.256.667		**Copia Sábanas**	N.A.		

FIRMA SUPERVISOR	REVISO	DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA Y CONTRATACIÓN
FECHA	FECHA	FECHA 08 - 10 - 2024

VERIFICACION INFORMACIÒN PARA PAGO SECRETARIA DE HACIENDA				
N° Acta de pago	Parcial No. 1		**Certificación Bancaria**	SI
Forma de pago	Anticipo		**Registro Único Tributario**	SI
	Anticipado			
	Parcial	X		
	Único			
No. De Planilla S.S.	9472510838		**No. Factura**	01
IBC	$1.256.667		**Aportes Parafiscales**	N.A

La versión vigente y controlada de este documento, solo podrá ser consultada a través de la Plataforma de consultas Ma-PaQuality. La copia o impresión diferente a la publicada, será considerada como documento no controlado y su uso indebido no es responsabilidad de la Alcaldía de Garagoa

REVISO	SECRETARÍA DE HACIENDA Y FINANZAS PÚBLICAS
FECHA	FECHA

ANEXOS		
Primer pago	**Primer pago**	**Primer pago**
1. Certificación documental para tramite de cuenta 2. Registro Presupuestal 3. Planilla seguridad social 4. Factura/Documento equivalente 5. Certificación de Cumplimiento 6. Acta de Pago **Anexos** 1. Contrato 2. Resolución Aprobación Póliza 3. Acta de Inicio 4. Rut 5. Certificación Bancaria **Anexos contratos de Obra**: 1. Sábanas. **Anexos Contratos de compra o suministro** 1. Contrato Almacén 2. Entrada Almacén Salida Almacén	7. Certificación documental para tramite de cuenta 8. Registro Presupuestal 9. Planilla seguridad social 10. Factura/Documento equivalente 11. Certificación de Cumplimiento 12. Acta de Pago **Anexos** 6. Contrato 7. Resolución Aprobación Póliza 8. Acta de Inicio 9. Rut 10. Certificación Bancaria **Anexos contratos de Obra**: 2. Sábanas. **Anexos Contratos de compra o suministro** 3. Contrato Almacén 4. Entrada Almacén ✓ Salida Almacén	13. Certificación documental para tramite de cuenta 14. Registro Presupuestal 15. Planilla seguridad social 16. Factura/Documento equivalente 17. Certificación de Cumplimiento 18. Acta de Pago **Anexos** 11. Contrato 12. Resolución Aprobación Póliza 13. Acta de Inicio 14. Rut 15. Certificación Bancaria **Anexos contratos de Obra**: 3. Sábanas. **Anexos Contratos de compra o suministro** 5. Contrato Almacén 6. Entrada Almacén Salida Almacén

DEVOLUCIÒN CUENTA

	Motivo	Observación (¿Cuáles?)
	Falta Documentación	- - - - -
	Inconsistencias en la documentación entregada	- - - - -
	Otro	- - -

SUBSANÒ	**SI**		**SECRETARÍA GENERAL Y DE GOBIERNO**
	NO		

La versión vigente y controlada de este documento, solo podrá ser consultada a través de la Plataforma de consultas Ma-PaQuality. La copia o impresión diferente a la publicada, será considerada como documento no controlado y su uso indebido no es responsabilidad de la Alcaldía de Garagoa

FORMALIZACION DE INSCRIPCION

NOMBRES Y APELLIDOS DEL ESTUDIANTE: Samuel Chavez lesmes
No.DE DOCUMENTO DEL ESTUDIANTE: 1049234913
FECHA DE NACIMIENTO: 12 Mayo 2012 EDAD: 12
EPS: Famisanar RH: Ot
INSTITUCION EDUCATIVA: Gimnasio Garabatos GRADO: Sexto
DIRECCION: Cra 13 # 10 a 45 BARRIO: Ciudad Jardin
CELULAR 1: 3113740132 CELULAR 2: 320 9227560

¿SUFRE DE ALGUNA ENFERMEDAD?	SI ____	NO X
¿POBLACION VICTIMA DE CONFLICTO?	SI ____	NO X
¿POBLACION VULNERABLE?	SI ____	NO X
¿DESPLAZAMIENTO FORZOSO?	SI ____	NO X
¿ALGUNA DISCAPACIDAD?	SI ____	NO X

OTRA POBLACION ____

ACTA DE COMPROMISO

Yo Laura Melisa lesmes Cuesta identificado/a con cedula de ciudadanía No. 1015414011 de Bogotá como acudiente de Samuel Chavez lesmes con pleno conocimiento de que en la **práctica del taller de:** Acordeon pueden ocurrir accidentes y/o lesiones, acepto y deseo que participe en el programa de escuelas de formación deportiva y/o cultural, a la vez que nos comprometemos a cumplir plenamente con los requisitos y lineamientos del programa.

El acudiente se compromete como único responsable por cualquier incidente que atente contra la salud e integridad del niño en el tiempo donde se realice la práctica de la escuela deportiva.

FIRMA DEL ACUDIENTE

ANEXO:

- ✓ DOCUMENTO DE IDENTIDAD DEL DEL PADRE DE FAMILIA Y/O ACUDIENTE
- ✓ DOCUMENTO DE IDENTIDAD DEL ALUMNO
- ✓ CERTIFICACION DE AFILIACION EN SALUD

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Laura Melisa Lesmes Cuesta identificado con el documento de identidad N° 1015414011 actuando como acompañante y responsable del menor Samuel Chavez Lesmes identificado con la tarjeta de identidad 1049234913 entiendo y acepto que se deben cumplir los requisitos y recomendaciones establecidas para la actividad a realizar. Así mismo, asumo la responsabilidad del riesgo que conllevan los desplazamientos hacia los escenarios para entrenamiento, para mí, para el menor que acompaño y mi familia.

Expresamos conocer, aceptar y acatar los lineamientos de estas actividades a mi nombre y del menor que acompaño.

El firmante, además de aportar su conocimiento informado autorizando de la práctica deportiva y/o cultural del menor, exonera de cualquier compromiso a la Administración Municipal de Garagoa (Boyacá), dirigentes deportivos y/o cuerpos técnicos y asume la responsabilidad que conllevan los desplazamientos que se puedan presentar durante la práctica deportiva

Datos del Menor de Edad	Datos del Padre, Madre de Familia / Acudiente
FIRMA	FIRMA
NOMBRE: Samuel Chavez Lesmes	**NOMBRE:** Laura Melisa Lesmes C.
N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1049234913.	**N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD** 1015414011
TELEFONO: 3209227560	**TELEFONO:** 3113740132
CORREO ELECTRONICO: lalitasami05@gmail.com	**CORREO ELECTRONICO:** lalitasami05@gmail.com

Famisanar EPS

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) SAMUEL CHAVEZ LESMES identificado(a) con TI. 1049234913 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de BENEFICIARIO del Régimen Subsidiado.

Fecha de Activación de Servicios:	**2016/10/01**
Estado de la Afiliación:	**ACTIVO**
IPS:	**HOSPITAL REGIONAL SEGUNDO NIVEL DE ATENCION VALLE DE TENZA E.S.E. - SEDE GARAGOA**
Categoría:	**SISBEN-1**

La presente certificación se expide a solicitud del (de la) interesado(a) en Bogotá para **QUIEN INTERESE**, a los 04 días del mes de 09 del año 2024.

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,



Fredy Alexander Caicedo Sierra

Director Operaciones Comerciales

EPS FAMISANAR S.A.S.

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO **1.049.234.913**

CHAVEZ LESMES

APELLIDOS

SAMUEL

NOMBRES

samuel Chavez

FIRMA





ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **12-MAY-2012**

GARAGOA
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO

12-MAY-2030
FECHA DE VENCIMIENTO

O+
G S RH

M
SEXO

20-AGO-2019 GARAGOA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-0710000-01102011-M-1049234913-20191010 0068163207A 1 52727990


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
1.015.414.011
LESMES CUESTA
LAURA MELISA


FECHA DE NACIMIENTO 25-SEP-1989
GARAGOA
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.60
ESTATURA
O+
G.S. RH
F
SEXO
08-OCT-2007 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO

FORMALIZACION DE INSCRIPCION

NOMBRES Y APELLIDOS DEL ESTUDIANTE: Marlon Felipe Daza Aguirre
No.DE DOCUMENTO DEL ESTUDIANTE: 1048848115
FECHA DE NACIMIENTO: 20/07/2007 EDAD: 17 años
EPS: Nueva EPS RH: O+
INSTITUCION EDUCATIVA: Técnica San Luis GRADO: Once
DIRECCION: Calle 9A #13-54 BARRIO: Guanata
CELULAR 1: 3103124668 CELULAR 2: 3219626949

¿SUFRE DE ALGUNA ENFERMEDAD?	SI ____	NO X
¿POBLACION VICTIMA DE CONFLICTO?	SI ____	NO X
¿POBLACION VULNERABLE?	SI ____	NO X
¿DESPLAZAMIENTO FORZOSO?	SI ____	NO X
¿ALGUNA DISCAPACIDAD?	SI ____	NO X

OTRA POBLACION ____

ACTA DE COMPROMISO

Yo Blanca Cecilia Aguirre Pinto identificado/a con cedula de ciudadanía No. 33.675.594 de Garagoa como acudiente de Marlon Felipe Daza Aguirre con pleno conocimiento de que en la **práctica del taller de**: Musica Tropical pueden ocurrir accidentes y/o lesiones, acepto y deseo que participe en el programa de escuelas de formación deportiva y/o cultural, a la vez que nos comprometemos a cumplir plenamente con los requisitos y lineamientos del programa.

El acudiente se compromete como único responsable por cualquier incidente que atente contra la salud e integridad del niño en el tiempo donde se realice la práctica de la escuela deportiva.

Blanca Cecilia Aguirre
FIRMA DEL ACUDIENTE

ANEXO:

- ✓ DOCUMENTO DE IDENTIDAD DEL DEL PADRE DE FAMILIA Y/O ACUDIENTE
- ✓ DOCUMENTO DE IDENTIDAD DEL ALUMNO
- ✓ CERTIFICACION DE AFILIACION EN SALUD

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Blanca Cecilia Aguirre Pinto identificado con el documento de identidad Nº 33.675.594 actuando como acompañante y responsable del menor Marlon Felipe Daza Aguirre identificado con la tarjeta de identidad 1.048.848.115 entiendo y acepto que se deben cumplir los requisitos y recomendaciones establecidas para la actividad a realizar. Así mismo, asumo la responsabilidad del riesgo que conllevan los desplazamientos hacia los escenarios para entrenamiento, para mí, para el menor que acompaño y mi familia.

Expresamos conocer, aceptar y acatar los lineamientos de estas actividades a mi nombre y del menor que acompaño.

El firmante, además de aportar su conocimiento informado autorizando de la práctica deportiva y/o cultural del menor, exonera de cualquier compromiso a la Administración Municipal de Garagoa (Boyacá), dirigentes deportivos y/o cuerpos técnicos y asume la responsabilidad que conllevan los desplazamientos que se puedan presentar durante la práctica deportiva

Datos del Menor de Edad

Aguirre M. Daza

FIRMA

NOMBRE:

Marlon Felipe Daza Aguirre

Nº DOCUMENTO DE IDENTIDAD:

1.048.848.115

TELEFONO:

3103124668

CORREO ELECTRONICO:

mFelipedag@gmail.com

Datos del Padre, Madre de Familia / Acudiente

Blanca Cecilia Aguirre

FIRMA

NOMBRE:

Blanca Cecilia Aguirre Pinto

Nº DOCUMENTO DE IDENTIDAD

33.675.594

TELEFONO:

3219626949

CORREO ELECTRONICO:

blancaaguirre007@gmail.com

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

ADRES Salud

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	TI
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1048848115
NOMBRES	MARLON FELIPE
APELLIDOS	DAZA AGUIRRE
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOYACA
MUNICIPIO	GARAGOA

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	NUEVA EPS S.A.	SUBSIDIADO	01/10/2018	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	09/10/2024 08:09:27	**Estación de origen:**	2801:12:c800:2070::1

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la cual se adopta el anexo técnico, los lineamientos y especificaciones técnicas y operativas para el reporte y actualización de las bases de datos de afiliación que opera la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES".

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.

La responsabilidad por la calidad de los datos y la información reportada a la Base de Datos Única de Afiliados - BDUA, junto con el reporte oportuno de las novedades para actualizar la base de datos, corresponde directamente a su fuente de información; en este caso de las EPS, EOC y EPS-S.

Esta información se debe utilizar por parte de las EPS y los prestadores de servicios de salud, como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como motivo para denegar la prestación de los

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD



NUMERO **1.048.848.115**

DAZA AGUIRRE

APELLIDOS

MARLON FELIPE

NOMBRES

Marlon Felipe Daza

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **20-JUL-2007**

GARAGOA
(BOYACA)

LUGAR DE NACIMIENTO

20-JUL-2025 **O+** **M**

FECHA DE VENCIMIENTO G S RH SEXO

19-ENE-2015 GARAGOA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-0710000-00727478-M-1048848115-20150731 0045497062A 1 33358720

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 33.675.594

AGUIRRE PINTO

APELLIDOS

BLANCA CECILIA

NOMBRES

Blanca Cecilia Aguirre Pinto

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 27-MAY-1966

GARAGOA
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.48 ESTATURA | A+ G.S. RH | F SEXO

27-JUL-1991 GARAGOA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-0710000-00238697-F-0033675594-20100507 0022118521G 1 99938702

ALCALDIA MUNICIPAL DE GARAGOA - BOYACA NIT 800.025.608-8	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	mipg Modelo integrado de planeación y gestión	
		Versión: 00	Código: SCJRTD-CUL/DEP-PR-05
	FORMATO DE INSCRIPCION	Página: 1 de 2	Fecha de Aprobación: 26/04/2023

FORMALIZACION DE INSCRIPCION

NOMBRES Y APELLIDOS DEL ESTUDIANTE: Claudia Patricia Ruiz Bonilla
No.DE DOCUMENTO DEL ESTUDIANTE: 1057571523
FECHA DE NACIMIENTO: 24-03-1986 EDAD: 38
EPS: Nels RH: O positivo
INSTITUCION EDUCATIVA: _____ GRADO: _____
DIRECCION: _____ BARRIO: _____
CELULAR 1: 3223055416 CELULAR 2: _____

¿SUFRE DE ALGUNA ENFERMEDAD?	SI _____	NO X
¿POBLACION VICTIMA DE CONFLICTO?	SI _____	NO X
¿POBLACION VULNERABLE?	SI _____	NO X
¿DESPLAZAMIENTO FORZOSO?	SI _____	NO X
¿ALGUNA DISCAPACIDAD?	SI _____	NO X

OTRA POBLACION _____

ACTA DE COMPROMISO

Yo Claudia Patricia Ruiz Bonilla identificado/a con cedula de ciudadanía No. 1057571523 de Sogamoso como acudiente de _____ con pleno conocimiento de que en la **práctica del taller de**: Musica tropical pueden ocurrir accidentes y/o lesiones, acepto y deseo que participe en el programa de escuelas de formación deportiva y/o cultural, a la vez que nos comprometemos a cumplir plenamente con los requisitos y lineamientos del programa.

El acudiente se compromete como único responsable por cualquier incidente que atente contra la salud e integridad del niño en el tiempo donde se realice la práctica de la escuela deportiva.

Claudia Ruiz B.

FIRMA DEL ACUDIENTE

ANEXO:

- ✓ DOCUMENTO DE IDENTIDAD DEL DEL PADRE DE FAMILIA Y/O ACUDIENTE
- ✓ DOCUMENTO DE IDENTIDAD DEL ALUMNO
- ✓ CERTIFICACION DE AFILIACION EN SALUD

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Claudia Patricia Ruiz Bonilla identificado con el documento de identidad N° 1057571523 actuando como acompañante y responsable del menor _____ identificado con la tarjeta de identidad _____ entiendo y acepto que se deben cumplir los requisitos y recomendaciones establecidas para la actividad a realizar. Así mismo, asumo la responsabilidad del riesgo que conllevan los desplazamientos hacia los escenarios para entrenamiento, para mí, para el menor que acompaño y mi familia.

Expresamos conocer, aceptar y acatar los lineamientos de estas actividades a mi nombre y del menor que acompaño.

El firmante, además de aportar su conocimiento informado autorizando de la práctica deportiva y/o cultural del menor, exonera de cualquier compromiso a la Administración Municipal de Garagoa (Boyacá), dirigentes deportivos y/o cuerpos técnicos y asume la responsabilidad que conllevan los desplazamientos que se puedan presentar durante la práctica deportiva

Datos del Menor de Edad

_____

FIRMA

NOMBRE:

_____

N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD:

_____

TELEFONO:

_____

CORREO ELECTRONICO:

_____

Datos del Padre, Madre de Familia / Acudiente

Claudia Ruiz Bonilla

FIRMA

NOMBRE:

Claudia Patricia Ruiz Bonilla

N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD

1057571523

TELEFONO:

3223055416

CORREO ELECTRONICO:

claudiapatriciaruizbonilla@gmail.com

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
1.057.571.523
NUMERO

RINCON BONILLA
APELLIDOS

CLAUDIA PATRICIA
NOMBRES

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 24-MAR-1986
MONGUI
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.54
ESTATURA

O+
G.S. RH

F
SEXO

23-JUL-2004 SOGAMOSO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ

INDICE DERECHO

P-0727700-34129571-F-1057571523-20040913 05627 04257A 02 147390946

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

ADRES Salud

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1057571523
NOMBRES	CLAUDIA PATRICIA
APELLIDOS	RINCON BONILLA
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOYACA
MUNICIPIO	GARAGOA

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	NUEVA EPS S.A.	CONTRIBUTIVO	01/08/2008	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión:	09/16/2024 14:46:56	**Estación de origen:**	192.168.70.220

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la cual se adopta el anexo técnico, los lineamientos y especificaciones técnicas y operativas para el reporte y actualización de las bases de datos de afiliación que opera la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES".

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.

La responsabilidad por la calidad de los datos y la información reportada a la Base de Datos Única de Afiliados - BDUA, junto con el reporte oportuno de las novedades para actualizar la base de datos, corresponde directamente a su fuente de información; en este caso de las EPS, EOC y EPS-S.

Esta información se debe utilizar por parte de las EPS y los prestadores de servicios de salud, como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como motivo para denegar la prestación de los servicios de salud a los usuarios.

Si necesita retirarse, trasladarse, modificar sus datos o su estado de afiliación en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, se aclara que estas actualizaciones dependen netamente de las EPS y no de la ADRES, por lo cual la solicitud de actualización debe ser escalada a la EPS donde se presenta la afiliación.

IMPRIMIR CERRAR VENTANA

FORMALIZACION DE INSCRIPCION

NOMBRES Y APELLIDOS DEL ESTUDIANTE: David Stiven Martin Martinez
No.DE DOCUMENTO DEL ESTUDIANTE: 1048849271
FECHA DE NACIMIENTO: 30/08/2010 EDAD: 13
EPS: FamiSanar RH: O+
INSTITUCION EDUCATIVA: Tecnica San Luis GRADO: 8
DIRECCION: Carrera 8 # 8-33 BARRIO: Santa Barbara
CELULAR 1: 3102331942 CELULAR 2: 3115933708

¿SUFRE DE ALGUNA ENFERMEDAD?	SI _____	NO X
¿POBLACION VICTIMA DE CONFLICTO?	SI _____	NO X
¿POBLACION VULNERABLE?	SI _____	NO X
¿DESPLAZAMIENTO FORZOSO?	SI _____	NO X
¿ALGUNA DISCAPACIDAD?	SI _____	NO X

OTRA POBLACION _____

ACTA DE COMPROMISO

Yo Benjamin Martin Moreno
identificado/a con cedula de ciudadanía No. 4132761 de Guayatá
como acudiente de _____
con pleno conocimiento de que en la **práctica del taller de:** deportivo Futbol
pueden ocurrir accidentes y/o lesiones, acepto y deseo que participe en el programa de escuelas de formación deportiva y/o cultural, a la vez que nos comprometemos a cumplir plenamente con los requisitos y lineamientos del programa.

El acudiente se compromete como único responsable por cualquier incidente que atente contra la salud e integridad del niño en el tiempo donde se realice la práctica de la escuela deportiva.

Benjamin Martin Moreno
FIRMA DEL DEL PADRE DE FAMILIA Y/O ACUDIENTE

ANEXO:

- ✓ DOCUMENTO DE IDENTIDAD DEL DEL PADRE DE FAMILIA Y/O ACUDIENTE
- ✓ DOCUMENTO DE IDENTIDAD DEL ALUMNO
- ✓ CERTIFICACION DE AFILIACION EN SALUD

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Benjamin Martin Moreno identificado con el documento de identidad N° 4132761 actuando como acompañante y responsable del menor David Stiven Martin Martinez identificado con la tarjeta de identidad 1048849271 entiendo y acepto que se deben cumplir los requisitos y recomendaciones establecidas para la actividad a realizar. Así mismo, asumo la responsabilidad del riesgo que conllevan los desplazamientos hacia los escenarios para entrenamiento, para mí, para el menor que acompaño y mi familia.

Expresamos conocer, aceptar y acatar los lineamientos de estas actividades a mi nombre y del menor que acompaño.

El firmante, además de aportar su conocimiento informado autorizando de la práctica deportiva y/o cultural del menor, exonera de cualquier compromiso a la Administración Municipal de Garagoa (Boyacá), dirigentes deportivos y/o cuerpos técnicos y asume la responsabilidad que conllevan los desplazamientos que se puedan presentar durante la práctica deportiva

Datos del Menor de Edad

David Stiven Martin M.
FIRMA

NOMBRE:
David Stiven Martin

N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD:
1048849271

TELEFONO:
3102331942

CORREO ELECTRONICO:
Yisel18201@hotmail.com

Datos del Padre, Madre de Familia / Acudiente

Benjamin Martin M.
FIRMA

NOMBRE:
Benjamin Martin M

N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD
4132761

TELEFONO:
3115933708

CORREO ELECTRONICO:

Famisanar EPS

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) DAVID STIVEN MARTIN MARTINEZ identificado(a) con TI 1048849271 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de BENEFICIARIO DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO.

Fecha de Activación de Servicios:	**10/08/2021**
Estado de la Afiliación:	**ACTIVO**
IPS:	**HOSPITAL REGIONAL SEGUNDO NIVEL DE ATENCION VALLE DE TENZA E.S.E. - SEDE GARAGOA**
Categoría:	**SISBEN-1**

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para QUIEN INTERESE, a los 12 días del mes de Febrero del año 2024.

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

DIANA MARILIN BOHORQUEZ AREVALO
CONSULTOR INTEGRAL 8H
EPS FAMISANAR S.A.S.

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO **1.048.849.271**

MARTIN MARTINEZ
APELLIDOS

DAVID STIVEN
NOMBRES

david Martin M
FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO **30-AGO-2010**
GARAGOA
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO

30-AGO-2028
FECHA DE VENCIMIENTO

O+
G.S. RH

M
SEXO

04-SEP-2017 GARAGOA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA

P-0710000-00959737-M-1048849271-20171129 0058640408A 1 48811061



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 4.132.761

MARTIN MORENO

APELLIDOS

BENJAMIN

NOMBRES

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 06-DIC-1972

GUAYATA
(BOYACA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.62 ESTATURA

A+ G.S. RH

M SEXO

04-JUN-1991 GUAYATA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-0710000-00183099-M-0004132761-20091003 0016823615A 1 7280105555

FORMALIZACION DE INSCRIPCION

NOMBRES Y APELLIDOS DEL ESTUDIANTE: Juan Sebastián Zapata Velásquez
No.DE DOCUMENTO DEL ESTUDIANTE: 1.032.017.019
FECHA DE NACIMIENTO: 29 DE MAYO 2009 EDAD: 14 AÑOS
EPS: FAMISANAR RH: A+
INSTITUCION EDUCATIVA: TECNICO INDUSTRIAL M.A.B GRADO: 9°
DIRECCION: CR 6 N° 13-52 SDO PISO BARRIO: SAN RAFAEL
CELULAR 1: 3108722018 CELULAR 2: 3116436666

¿SUFRE DE ALGUNA ENFERMEDAD?	SI _____	NO X
¿POBLACION VICTIMA DE CONFLICTO?	SI _____	NO X
¿POBLACION VULNERABLE?	SI _____	NO X
¿DESPLAZAMIENTO FORZOSO?	SI _____	NO X
¿ALGUNA DISCAPACIDAD?	SI _____	NO X

OTRA POBLACION _____

ACTA DE COMPROMISO

Yo Alba Nory Velásquez Orrego
identificado/a con cedula de ciudadanía No. 32'191'156 de Maceo Ant
como acudiente de Juan Sebastián Zapata Velásquez
con pleno conocimiento de que en la **práctica del taller de:** FUTBOL
pueden ocurrir accidentes y/o lesiones, acepto y deseo que participe en el programa de escuelas de formación deportiva y/o cultural, a la vez que nos comprometemos a cumplir plenamente con los requisitos y lineamientos del programa.

El acudiente se compromete como único responsable por cualquier incidente que atente contra la salud e integridad del niño en el tiempo donde se realice la práctica de la escuela deportiva.

Alba Nory

FIRMA DEL DEL PADRE DE FAMILIA Y/O ACUDIENTE

ANEXO:

- ✓ DOCUMENTO DE IDENTIDAD DEL DEL PADRE DE FAMILIA Y/O ACUDIENTE
- ✓ DOCUMENTO DE IDENTIDAD DEL ALUMNO
- ✓ CERTIFICACION DE AFILIACION EN SALUD

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Alba Nury Velásquez Orrego identificado con el documento de identidad N° 32'191'156 actuando como acompañante y responsable del menor Juan Sebastián Zapata Velásquez identificado con la tarjeta de identidad 1.032.017.019 entiendo y acepto que se deben cumplir los requisitos y recomendaciones establecidas para la actividad a realizar. Así mismo, asumo la responsabilidad del riesgo que conllevan los desplazamientos hacia los escenarios para entrenamiento, para mí, para el menor que acompaño y mi familia.

Expresamos conocer, aceptar y acatar los lineamientos de estas actividades a mi nombre y del menor que acompaño.

El firmante, además de aportar su conocimiento informado autorizando de la práctica deportiva y/o cultural del menor, exonera de cualquier compromiso a la Administración Municipal de Garagoa (Boyacá), dirigentes deportivos y/o cuerpos técnicos y asume la responsabilidad que conllevan los desplazamientos que se puedan presentar durante la práctica deportiva

Datos del Menor de Edad

Juan Sebastián Zapata V

FIRMA

NOMBRE:

Juan Sebastián Zapata V.

N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD:

1.032.017.019

TELEFONO:

3223528196

CORREO ELECTRONICO:

Datos del Padre, Madre de Familia / Acudiente

Alba Nury

FIRMA

NOMBRE:

Alba Nury Velásquez Orrego

N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD

32'191'156

TELEFONO:

3108722018

CORREO ELECTRONICO:

albavelasquezorrego@gmail.com

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 32191156

VELASQUEZ ORREGO
APELLIDOS

ALBA NURY
NOMBRES

FIRMA



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NUMERO 1.032.017.019

ZAPATA VELASQUEZ
APELLIDOS

JUAN SEBASTIAN
NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 18-NOV-1981

MACEO
(ANTIOQUIA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.60 ESTATURA | A+ G.S. RH | F SEXO

02-DIC-1999 MACEO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
IVAN DUQUE ESCOBAR

P-0117500-14080060-F-0032191156-20000505 01629 00126H 01 082008872



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 29-MAY-2009

MEDELLIN
(ANTIOQUIA)
LUGAR DE NACIMIENTO

29-MAY-2027 FECHA DE VENCIMIENTO | A+ G.S. RH | M SEXO

13-JUN-2017 MEDELLIN
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

A-0100150-00930380-M-1032017019-20170808 0056964552A 5 2024483986

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

ADRES Salud

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

rmación de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

rmación Básica del Afiliado :

TIPO DE IDENTIFICACIÓN	TI
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1032017019
NOMBRES	JUAN SEBASTIAN
APELLIDOS	ZAPATA VELASQUEZ
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOYACA
MUNICIPIO	GARAGOA

s afiliación :

ACTIVO	EPS FAMISANAR S.A.S.	CONTRIBUTIVO	17/03/2022	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión: 02/14/2024 02:32:58 | **Estación de origen:** 192.168.70.220

rmación registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen utivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la cual se adopta el anexo técnico, los lineamientos y especificaciones técnicas y vas para el reporte y actualización de las bases de datos de afiliación que opera la Administradora de los Recursos del a General de Seguridad Social en Salud - ADRES".

to a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la da cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el ontributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que de 31/12/2999 determina que el afiliado se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.

onsabilidad por la calidad de los datos y la información reportada a la Base de Datos Única de Afiliados - BDUA, junto con el oportuno de las novedades para actualizar la base de datos, corresponde directamente a su fuente de información; en este las EPS, EOC y EPS-S.

ormación se debe utilizar por parte de las EPS y los prestadores de servicios de salud, como complemento al marco legal y definido y nunca como motivo para denegar la prestación de los servicios de salud a los usuarios.

ita retirarse, trasladarse, modificar sus datos o su estado de afiliación en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, a que estas actualizaciones dependen netamente de las EPS y no de la ADRES, por lo cual la solicitud de actualización debe lada a la EPS donde se presenta la afiliación.

IMPRIMIR CERRAR VENTANA

FORMALIZACION DE INSCRIPCION

NOMBRES Y APELLIDOS DEL ESTUDIANTE: Cristhian Camilo Castaño Gallo
No.DE DOCUMENTO DEL ESTUDIANTE: 1031819152
FECHA DE NACIMIENTO: 16 AGOSTO 2009 EDAD: 14 años
EPS: FAMISANAR COLSUBSIDIO RH: A (+)
INSTITUCION EDUCATIVA: I.E.T. SAN LUIS GRADO: 10°
DIRECCION: Cra 9° # 11-17 BARRIO: CENTRO
CELULAR 1: 313-4147020 CELULAR 2: 321-3725882

¿SUFRE DE ALGUNA ENFERMEDAD?	SI _____	NO x
¿POBLACION VICTIMA DE CONFLICTO?	SI _____	NO x
¿POBLACION VULNERABLE?	SI _____	NO x
¿DESPLAZAMIENTO FORZOSO?	SI _____	NO x
¿ALGUNA DISCAPACIDAD?	SI _____	NO x
OTRA POBLACION _____		

ACTA DE COMPROMISO

Yo Ingrid Lorena Gallo Acero identificado/a con cedula de ciudadanía No. 1.019.046.148 de Bogotá. como acudiente de Cristhian Camilo Castaño Gallo con pleno conocimiento de que en la **práctica del taller de**: FÚTBOL pueden ocurrir accidentes y/o lesiones, acepto y deseo que participe en el programa de escuelas de formación deportiva y/o cultural, a la vez que nos comprometemos a cumplir plenamente con los requisitos y lineamientos del programa.

El acudiente se compromete como único responsable por cualquier incidente que atente contra la salud e integridad del niño en el tiempo donde se realice la práctica de la escuela deportiva.

FIRMA DEL DEL PADRE DE FAMILIA Y/O ACUDIENTE

ANEXO:

- ✓ DOCUMENTO DE IDENTIDAD DEL DEL PADRE DE FAMILIA Y/O ACUDIENTE
- ✓ DOCUMENTO DE IDENTIDAD DEL ALUMNO
- ✓ CERTIFICACION DE AFILIACION EN SALUD

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Ingrid lorena Gallo Acero identificado con el documento de identidad N° 1.019.046.148 actuando como acompañante y responsable del menor Cristhian Camilo Castaño Gallo identificado con la tarjeta de identidad 1031819152 entiendo y acepto que se deben cumplir los requisitos y recomendaciones establecidas para la actividad a realizar. Así mismo, asumo la responsabilidad del riesgo que conllevan los desplazamientos hacia los escenarios para entrenamiento, para mí, para el menor que acompaño y mi familia.

Expresamos conocer, aceptar y acatar los lineamientos de estas actividades a mi nombre y del menor que acompaño.

El firmante, además de aportar su conocimiento informado autorizando de la práctica deportiva y/o cultural del menor, exonera de cualquier compromiso a la Administración Municipal de Garagoa (Boyacá), dirigentes deportivos y/o cuerpos técnicos y asume la responsabilidad que conllevan los desplazamientos que se puedan presentar durante la práctica deportiva

Datos del Menor de Edad

Cristhian Camilo Castaño Gallo
FIRMA

NOMBRE:
Cristhian Camilo Castaño Gallo

N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD:
1.031.819.152

TELEFONO:
321-2258409

CORREO ELECTRONICO:
cristhiancastano916@gmail.com

Datos del Padre, Madre de Familia / Acudiente

FIRMA

NOMBRE:
Ingrid lorena Gallo A.

N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD
1.019.046.148 Bta.

TELEFONO:
313-4147020

CORREO ELECTRONICO:
lorenitha_1626@hotmail.com

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.019.046.148**

GALLO ACERO

APELLIDOS

INGRID LORENA

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **26-MAY-1990**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.55 ESTATURA | **A+** G.S. RH | **F** SEXO

29-MAY-2008 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00568820-F-1019046148-20140505 **0038**290731A 1 42262693

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO **1.031.819.152**

CASTAÑO GALLO

APELLIDOS

CRISTHIAN CAMILO

NOMBRES



cristhian camilo castaño g

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **16-AGO-2009**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

16-AGO-2027 **A+** **M**

FECHA DE VENCIMIENTO G.S. RH SEXO

01-NOV-2016 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-1500150-00879510-M-1031819152-20170127 **00532**82972A 1 1404169949

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	TI
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1031819152
NOMBRES	CRISTHIAN CAMILO
APELLIDOS	CASTAÑO GALLO
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACION EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACION DE AFILIACION	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	EPS FAMISANAR S.A.S.	CONTRIBUTIVO	16/08/2009	31/12/2999	BENEFICIARIO

FORMALIZACION DE INSCRIPCION

NOMBRES Y APELLIDOS DEL ESTUDIANTE: Juan José González Sanchez
No.DE DOCUMENTO DEL ESTUDIANTE: 1150 434822
FECHA DE NACIMIENTO: 11 febrero 2009 EDAD: 14
EPS: Nueva EPS RH: A+
INSTITUCION EDUCATIVA: I.E. Tecnico Industrial M.A.B. GRADO: 8.
DIRECCION: Car 9 # 11-40 Apto 202 BARRIO: Centro
CELULAR 1: 311817 5041 CELULAR 2: _____

¿SUFRE DE ALGUNA ENFERMEDAD?	SI _____	NO X
¿POBLACION VICTIMA DE CONFLICTO?	SI _____	NO X
¿POBLACION VULNERABLE?	SI _____	NO X
¿DESPLAZAMIENTO FORZOSO?	SI _____	NO X
¿ALGUNA DISCAPACIDAD?	SI _____	NO X

OTRA POBLACION _____

ACTA DE COMPROMISO

Yo Mauricio González Gómez
identificado/a con cedula de ciudadanía No. 7183423 de Tunja.
como acudiente de Juan José González Sanchez
con pleno conocimiento de que en la **práctica del taller de:** Futbol
pueden ocurrir accidentes y/o lesiones, acepto y deseo que participe en el programa de escuelas de formación deportiva y/o cultural, a la vez que nos comprometemos a cumplir plenamente con los requisitos y lineamientos del programa.

El acudiente se compromete como único responsable por cualquier incidente que atente contra la salud e integridad del niño en el tiempo donde se realice la práctica de la escuela deportiva.

FIRMA DEL DEL PADRE DE FAMILIA Y/O ACUDIENTE

ANEXO:

- ✓ DOCUMENTO DE IDENTIDAD DEL DEL PADRE DE FAMILIA Y/O ACUDIENTE
- ✓ DOCUMENTO DE IDENTIDAD DEL ALUMNO
- ✓ CERTIFICACION DE AFILIACION EN SALUD

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Mauricio González Gómez identificado con el documento de identidad N° 7183423 actuando como acompañante y responsable del menor Juan José González Sanchez identificado con la tarjeta de identidad 1150434822 entiendo y acepto que se deben cumplir los requisitos y recomendaciones establecidas para la actividad a realizar. Así mismo, asumo la responsabilidad del riesgo que conllevan los desplazamientos hacia los escenarios para entrenamiento, para mí, para el menor que acompaño y mi familia.

Expresamos conocer, aceptar y acatar los lineamientos de estas actividades a mi nombre y del menor que acompaño.

El firmante, además de aportar su conocimiento informado autorizando de la práctica deportiva y/o cultural del menor, exonera de cualquier compromiso a la Administración Municipal de Garagoa (Boyacá), dirigentes deportivos y/o cuerpos técnicos y asume la responsabilidad que conllevan los desplazamientos que se puedan presentar durante la práctica deportiva

Datos del Menor de Edad

Juan José González Sanchez
FIRMA

NOMBRE:

Juan José González Sanchez

N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD:

1150434822

TELEFONO:

CORREO ELECTRONICO:

Datos del Padre, Madre de Familia / Acudiente


FIRMA

NOMBRE:

Mauricio González Gómez

N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD

7183423

TELEFONO:

311 817 5041

CORREO ELECTRONICO:

mago424@gmail.com



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 7.183.423
GONZALEZ GOMEZ
APELLIDOS
MAURICIO
NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 24-ABR-1983
TUNJA
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.80 ESTATURA
A+ G.S. RH
M SEXO
27-JUN-2001 TUNJA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

A-0700100-01220530-M-0007183423-20210304 00736 56343A 1 8501605691

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO **1.150.434.822**

GONZALEZ SANCHEZ

APELLIDOS

JUAN JOSE

NOMBRES

Juan José

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO **11-FEB-2009**

TUNJA
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO

11-FEB-2027 FECHA DE VENCIMIENTO

A+ G S RH

M SEXO

12-JUL-2017 TUNJA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

INDICE DERECHO

P-0700100-00948727-M-1150434822-20171024 **00582**21041A 1 49196060

nueva eps

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) JUAN JOSE GONZALEZ SANCHEZ identificado(a) con TI 1150434822 se encuentra afiliado a la EPS en condición de BENEFICIARIO.

Fecha de Activación de	01/01/2018
Estado de la Afiliación:	ACTIVO
IPS:	CLINICA CHIA S.A. SEDE TUNJA
Categoría:	A

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para QUIEN INTERESE, a los 16 días del mes de enero del año 2024.

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

ESTA CERTIFICACIÓN NO APLICA PARA SERVICIOS MÉDICOS.
NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

Gerencia de Afiliaciones
Nueva EPS S.A

FORMALIZACION DE INSCRIPCION

NOMBRES Y APELLIDOS DEL ESTUDIANTE: Jose edwin Martinez Parra.
No.DE DOCUMENTO DEL ESTUDIANTE: 1'072 394 591
FECHA DE NACIMIENTO: 28 de Marzo 2008 EDAD: 15 años
EPS: Kajacopi RH: ot
INSTITUCION EDUCATIVA: GRADO:
DIRECCION: Carrera 15 8 05 BARRIO: Vila Esperanza
CELULAR 1: 311 232 78 83 CELULAR 2: 312 311 6213

¿SUFRE DE ALGUNA ENFERMEDAD?	SI	NO X
¿POBLACION VICTIMA DE CONFLICTO?	SI	NO X
¿POBLACION VULNERABLE?	SI X	NO
¿DESPLAZAMIENTO FORZOSO?	SI	NO X
¿ALGUNA DISCAPACIDAD?	SI	NO X

OTRA POBLACION

ACTA DE COMPROMISO

Yo Luz Fany Gomez Galindo
identificado/a con cedula de ciudadanía No. de
como acudiente de Jose Edwin Martinez Parra
con pleno conocimiento de que en la **práctica del taller de:** fulbol
pueden ocurrir accidentes y/o lesiones, acepto y deseo que participe en el programa de escuelas de formación deportiva y/o cultural, a la vez que nos comprometemos a cumplir plenamente con los requisitos y lineamientos del programa.

El acudiente se compromete como único responsable por cualquier incidente que atente contra la salud e integridad del niño en el tiempo donde se realice la práctica de la escuela deportiva.

Luz Fany Gomez
FIRMA DEL DEL PADRE DE FAMILIA Y/O ACUDIENTE

ANEXO:

- ✓ DOCUMENTO DE IDENTIDAD DEL DEL PADRE DE FAMILIA Y/O ACUDIENTE
- ✓ DOCUMENTO DE IDENTIDAD DEL ALUMNO
- ✓ CERTIFICACION DE AFILIACION EN SALUD

Fany.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, luz Fany Gomez identificado con el documento de identidad N° 24 156 795 actuando como acompañante y responsable del menor Jose Edwin Martines identificado con la tarjeta de identidad 1072 394 591 entiendo y acepto que se deben cumplir los requisitos y recomendaciones establecidas para la actividad a realizar. Así mismo, asumo la responsabilidad del riesgo que conllevan los desplazamientos hacia los escenarios para entrenamiento, para mí, para el menor que acompaño y mi familia.

Expresamos conocer, aceptar y acatar los lineamientos de estas actividades a mi nombre y del menor que acompaño.

El firmante, además de aportar su conocimiento informado autorizando de la práctica deportiva y/o cultural del menor, exonera de cualquier compromiso a la Administración Municipal de Garagoa (Boyacá), dirigentes deportivos y/o cuerpos técnicos y asume la responsabilidad que conllevan los desplazamientos que se puedan presentar durante la práctica deportiva

Datos del Menor de Edad

Jose Edwin Martines
FIRMA

NOMBRE:
Jose Eduwin Martines

N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD:
1072 394 591

TELEFONO:
3112327883

CORREO ELECTRONICO:

Datos del Padre, Madre de Familia / Acudiente

luz Fany Gomez
FIRMA

NOMBRE:
luz Fany Gomez

N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD
24 156 795

TELEFONO:
311 232 78 83

CORREO ELECTRONICO:
dilan20fany@gmail.com

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **24.156.795**

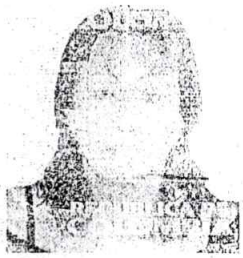
GOMEZ GALINDO

APELLIDOS

LUZ FANY

NOMBRES

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO **22-NOV-1969**

GARAGOA
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.62	**O+**	**F**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

14-DIC-1987 TENZA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO



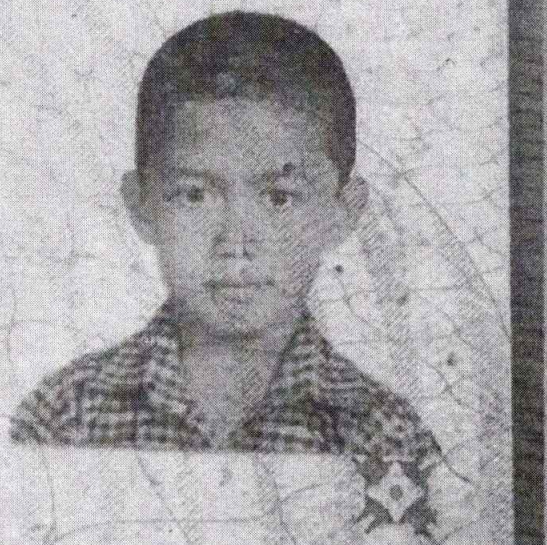
A-0106400-00246952-F-0024156795-20100730 0023123028A 1 3015[illegible]99

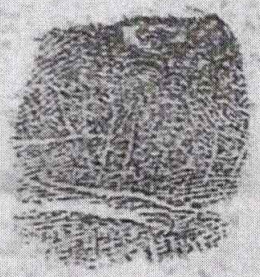
REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NUMERO 1.072.394.591

MARTINEZ PARRA
APELLIDOS

JOSE EDWIN
NOMBRES





FECHA DE NACIMIENTO 28-MAR-2008
GUAYABETAL
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

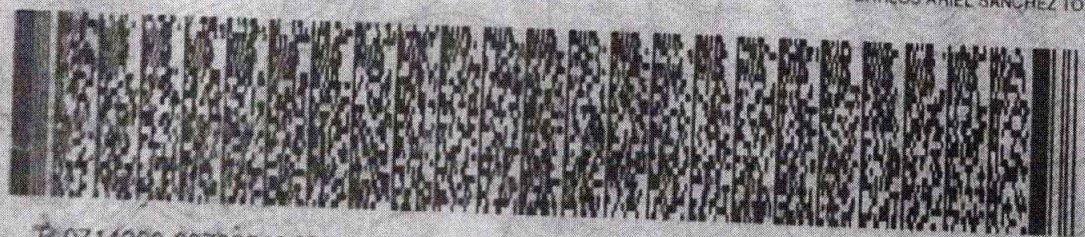
28-MAR-2026 O+ M

FECHA DE VENCIMIENTO G S RH SEXO
30-ABR-2015 MACANAL

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

INDICE DERECHO



I-0714200-00728310-M-1072394591-20150801 0045545587A 1 37359015

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

ADRES Salud

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	TI
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1072394591
NOMBRES	JOSE EDWIN
APELLIDOS	MARTINEZ PARRA
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOYACA
MUNICIPIO	MACANAL

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	CAJACOPI EPS S.A.S	SUBSIDIADO	10/08/2021	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	02/08/2024 09:35:56	**Estación de origen:**	192.168.70.220

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la cual se adopta el anexo técnico, los lineamientos y especificaciones técnicas y operativas para el reporte y actualización de las bases de datos de afiliación que opera la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES".

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.

La responsabilidad por la calidad de los datos y la información reportada a la Base de Datos Única de Afiliados - BDUA, junto con el reporte oportuno de las novedades para actualizar la base de datos, corresponde directamente a su fuente de información; en este caso de las EPS, EOC y EPS-S.

Esta información se debe utilizar por parte de las EPS y los prestadores de servicios de salud, como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como motivo para denegar la prestación de los servicios de salud a los usuarios.

Si necesita retirarse, trasladarse, modificar sus datos o su estado de afiliación en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, se aclara que estas actualizaciones dependen netamente de las EPS y no de la ADRES, por lo cual la solicitud de actualización debe ser escalada a la EPS donde se presenta la afiliación.

IMPRIMIR CERRAR VENTANA

FORMALIZACION DE INSCRIPCION

NOMBRES Y APELLIDOS DEL ESTUDIANTE: Hugo Daniel Montenegro G.
No.DE DOCUMENTO DEL ESTUDIANTE: T.I 1058324644
FECHA DE NACIMIENTO: 9 Abril del 2008 EDAD: 15. años.
EPS: Nueva EPS. RH: O+
INSTITUCION EDUCATIVA: Inst. Edu Tec. San Luis. GRADO: 10
DIRECCION: calle 8 #1561 BARRIO: Villa Esperanza.
CELULAR 1: 3148676 42 CELULAR 2: 310 2783202.

¿SUFRE DE ALGUNA ENFERMEDAD?	SI ____	NO X
¿POBLACION VICTIMA DE CONFLICTO?	SI ____	NO X
¿POBLACION VULNERABLE?	SI X	NO ____
¿DESPLAZAMIENTO FORZOSO?	SI ____	NO X
¿ALGUNA DISCAPACIDAD?	SI ____	NO X

OTRA POBLACION ____

ACTA DE COMPROMISO

Yo Yorleidy Lisbeth Avila Medina identificado/a con cedula de ciudadanía No. 1054658632 de Nacional como acudiente de Hugo Daniel Montenegro Gonzalez. con pleno conocimiento de que en la **práctica del taller de**: Futbool. pueden ocurrir accidentes y/o lesiones, acepto y deseo que participe en el programa de escuelas de formación deportiva y/o cultural, a la vez que nos comprometemos a cumplir plenamente con los requisitos y lineamientos del programa.

El acudiente se compromete como único responsable por cualquier incidente que atente contra la salud e integridad del niño en el tiempo donde se realice la práctica de la escuela deportiva.

Yorleidy L. Avila M.

FIRMA DEL DEL PADRE DE FAMILIA Y/O ACUDIENTE

ANEXO:

- ✓ DOCUMENTO DE IDENTIDAD DEL DEL PADRE DE FAMILIA Y/O ACUDIENTE
- ✓ DOCUMENTO DE IDENTIDAD DEL ALUMNO
- ✓ CERTIFICACION DE AFILIACION EN SALUD

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Yarleidy Lisbeth Avila Medina L. identificado con el documento de identidad N° CC. Nº 1054658632 actuando como acompañante y responsable del menor Hugo Daniel Montenegro G. identificado con la tarjeta de identidad 1058324644 entiendo y acepto que se deben cumplir los requisitos y recomendaciones establecidas para la actividad a realizar. Así mismo, asumo la responsabilidad del riesgo que conllevan los desplazamientos hacia los escenarios para entrenamiento, para mí, para el menor que acompaño y mi familia.

Expresamos conocer, aceptar y acatar los lineamientos de estas actividades a mi nombre y del menor que acompaño.

El firmante, además de aportar su conocimiento informado autorizando de la práctica deportiva y/o cultural del menor, exonera de cualquier compromiso a la Administración Municipal de Garagoa (Boyacá), dirigentes deportivos y/o cuerpos técnicos y asume la responsabilidad que conllevan los desplazamientos que se puedan presentar durante la práctica deportiva

Datos del Menor de Edad

Hugo Montenegro Gonzalez
FIRMA

NOMBRE:
Hugo Daniel Montenegro G.

N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD:
1058324644

TELEFONO:
3144867642

CORREO ELECTRONICO:

Datos del Padre, Madre de Familia / Acudiente

Yarleidy Avila M.
FIRMA

NOMBRE:
Yarleidy Lisbeth Avila M.

N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD
CC. 1054658632 · Macanal

TELEFONO:
3144867642

CORREO ELECTRONICO:

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.054.658.632

AVILA MEDINA

APELLIDOS

YARLEIDY LISBETH

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 30-JUN-1992

GARAGOA
(BOYACA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.63	O+	F
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

02-AGO-2010 MACANAL

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-0714200-00271254-F-1054658632-20101216 0025235480A 1 33345599

Scanned by TapScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NUMERO **1.058.324.644**

MONTENEGRO GONZALEZ

APELLIDOS

HUGO DANIEL

NOMBRES

Hugo D. Montenegro G.

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO **09-ABR-2008**

SANTA MARIA
(BOYACA)

LUGAR DE NACIMIENTO

09-ABR-2026 **A+** **M**

FECHA DE VENCIMIENTO G S RH SEXO

28-ABR-2015 SAN LUIS DE GACENO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

P-0724100-00728400-M-1058324644-20150801 0045553235A 1 29575916

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

ADRES Salud

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	TI
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1058324644
NOMBRES	HUGO DANIEL
APELLIDOS	MONTENEGRO GONZALEZ
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOYACA
MUNICIPIO	SANTA MARIA

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	NUEVA EPS S.A.	SUBSIDIADO	06/09/2022	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	02/07/2024 16:39:49	**Estación de origen:**	192.168.70.220

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021

FORMALIZACION DE INSCRIPCION

NOMBRES Y APELLIDOS DEL ESTUDIANTE: Adrián Felipe Vargas Tamayo
No.DE DOCUMENTO DEL ESTUDIANTE: 1049234474
FECHA DE NACIMIENTO: 25 Junio 2008 EDAD: 15
EPS: Sanitas RH: O+
INSTITUCION EDUCATIVA: I.E. Técnica "San Luis" GRADO: 10
DIRECCION: Calle 6 # 9-46 BARRIO: Lagos
CELULAR 1: 3112459913 CELULAR 2: 3126146314

¿SUFRE DE ALGUNA ENFERMEDAD?	SI ____	NO X
¿POBLACION VICTIMA DE CONFLICTO?	SI ____	NO X
¿POBLACION VULNERABLE?	SI ____	NO X
¿DESPLAZAMIENTO FORZOSO?	SI ____	NO X
¿ALGUNA DISCAPACIDAD?	SI ____	NO X

OTRA POBLACION ____

ACTA DE COMPROMISO

Yo Lady Tamayo identificado/a con cedula de ciudadanía No. 33677655 de Garagoa como acudiente de Adrián Felipe Vargas Tamayo con pleno conocimiento de que en la **práctica del taller de**: Futbol pueden ocurrir accidentes y/o lesiones, acepto y deseo que participe en el programa de escuelas de formación deportiva y/o cultural, a la vez que nos comprometemos a cumplir plenamente con los requisitos y lineamientos del programa.

El acudiente se compromete como único responsable por cualquier incidente que atente contra la salud e integridad del niño en el tiempo donde se realice la práctica de la escuela deportiva.

Lady Tamayo.
FIRMA DEL DEL PADRE DE FAMILIA Y/O ACUDIENTE

ANEXO:

- ✓ DOCUMENTO DE IDENTIDAD DEL DEL PADRE DE FAMILIA Y/O ACUDIENTE
- ✓ DOCUMENTO DE IDENTIDAD DEL ALUMNO
- ✓ CERTIFICACION DE AFILIACION EN SALUD

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Lady Tamayo identificado con el documento de identidad N° 33677653 actuando como acompañante y responsable del menor Adrián Vargas. identificado con la tarjeta de identidad 1049234474 entiendo y acepto que se deben cumplir los requisitos y recomendaciones establecidas para la actividad a realizar. Así mismo, asumo la responsabilidad del riesgo que conllevan los desplazamientos hacia los escenarios para entrenamiento, para mí, para el menor que acompaño y mi familia.

Expresamos conocer, aceptar y acatar los lineamientos de estas actividades a mi nombre y del menor que acompaño.

El firmante, además de aportar su conocimiento informado autorizando de la práctica deportiva y/o cultural del menor, exonera de cualquier compromiso a la Administración Municipal de Garagoa (Boyacá), dirigentes deportivos y/o cuerpos técnicos y asume la responsabilidad que conllevan los desplazamientos que se puedan presentar durante la práctica deportiva

Datos del Menor de Edad	Datos del Padre, Madre de Familia / Acudiente
Adrián Vargas **FIRMA**	Lady Tamayo **FIRMA**
NOMBRE: Adrián Felipe Vargas	**NOMBRE:** Lady Dalis Tamayo
N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1049234474	**N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD** 33677653
TELEFONO: 3126146314	**TELEFONO:** 3112459913
CORREO ELECTRONICO: dalistamayo@gmail.com	**CORREO ELECTRONICO:** dalistamayo@gmail.com

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD



NÚMERO **1.049.234.474**

VARGAS TAMAYO

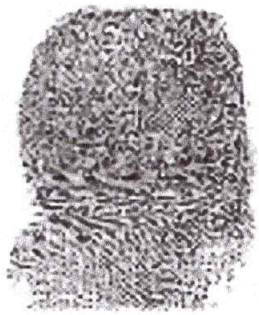
APELLIDOS

ADRIAN FELIPE

NOMBRES

Adrián Vargas

FIRMA



ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **25-JUN-2008**

GARAGOA
(BOYACA)

LUGAR DE NACIMIENTO

25-JUN-2026 **O+** **M**

FECHA DE VENCIMIENTO G S RH SEXO

14-JUN-2016 GARAGOA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-0710000-00842553-M-1049234474-20160809 0050597465A 1 45696756

EPS Sanitas

Nuestro compromiso es contigo

CE-006 - 0000000100 – 2024

CERTIFICA

Que la(s) persona(s) relacionada(s) a continuación está(n) o ha(n) estado afiliada(s) a

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	TI 1049234474
NOMBRES Y APELLIDOS	Vargas Tamayo,Adrian Felipe
TIPO DE AFILIADO	Beneficiario
TIPO DE TRABAJADOR	N/A
FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN	01/03/2019
ESTADO DE AFILIACIÓN	Vigente
ESTADO DE SERVICIO	Habilitado
REGIMEN	Contributivo

La presente se expide a nombre de Vargas Tamayo,Adrian Felipe, a los 11 días del mes de febrero del año 2024.

NOTA: Esta certificación no constituye aprobación de traslado, ni es documento válido para solicitar servicios médicos.

Banny Sarmiento

Banny Yeritza Sarmiento Vanegas
Coordinador Gestión de la Afiliación

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

33677653

TAMAYO ROJAS

LADY DALIS





FECHA DE NACIMIENTO 07-ABR-1984

GARAGOA
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.65 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO

14-AGO-2002 GARAGOA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

04265

FORMALIZACION DE INSCRIPCION

NOMBRES Y APELLIDOS DEL ESTUDIANTE: Diana Carolina vanegas caicedo
No.DE DOCUMENTO DEL ESTUDIANTE: 1161713052
FECHA DE NACIMIENTO: 01 de diciembre 2008 EDAD: 15
EPS: Famisanar RH: O+
INSTITUCION EDUCATIVA: Tecnico Industrial GRADO: Noveno
DIRECCION: Calle 7 #8 -47 BARRIO: santa barbara
CELULAR 1: 3125846860 CELULAR 2: 3147132180

¿SUFRE DE ALGUNA ENFERMEDAD?	SI ____	NO X
¿POBLACION VICTIMA DE CONFLICTO?	SI ____	NO X
¿POBLACION VULNERABLE?	SI ____	NO X
¿DESPLAZAMIENTO FORZOSO?	SI ____	NO X
¿ALGUNA DISCAPACIDAD?	SI ____	NO X
OTRA POBLACION ____		

ACTA DE COMPROMISO

Yo María Mercedes caicedo caicedo identificado/a con cedula de ciudadanía No. 52867830 de Bogota como acudiente de Diana carolina vanegas caicedo con pleno conocimiento de que en la **práctica del taller de:** futbol pueden ocurrir accidentes y/o lesiones, acepto y deseo que participe en el programa de escuelas de formación deportiva y/o cultural, a la vez que nos comprometemos a cumplir plenamente con los requisitos y lineamientos del programa.

El acudiente se compromete como único responsable por cualquier incidente que atente contra la salud e integridad del niño en el tiempo donde se realice la práctica de la escuela deportiva.

FIRMA DEL DEL PADRE DE FAMILIA Y/O ACUDIENTE

ANEXO:

- ✓ DOCUMENTO DE IDENTIDAD DEL DEL PADRE DE FAMILIA Y/O ACUDIENTE
- ✓ DOCUMENTO DE IDENTIDAD DEL ALUMNO
- ✓ CERTIFICACION DE AFILIACION EN SALUD

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, María Mercedes barcedo barcedo identificado con el documento de identidad N° 52.867.830 actuando como acompañante y responsable del menor Diana carolina vanegas identificado con la tarjeta de identidad 1161713052 entiendo y acepto que se deben cumplir los requisitos y recomendaciones establecidas para la actividad a realizar. Así mismo, asumo la responsabilidad del riesgo que conllevan los desplazamientos hacia los escenarios para entrenamiento, para mí, para el menor que acompaño y mi familia.

Expresamos conocer, aceptar y acatar los lineamientos de estas actividades a mi nombre y del menor que acompaño.

El firmante, además de aportar su conocimiento informado autorizando de la práctica deportiva y/o cultural del menor, exonera de cualquier compromiso a la Administración Municipal de Garagoa (Boyacá), dirigentes deportivos y/o cuerpos técnicos y asume la responsabilidad que conllevan los desplazamientos que se puedan presentar durante la práctica deportiva

Datos del Menor de Edad

Diana Caicedo
FIRMA

NOMBRE:
Diana carolina caicedo

N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD:
1161713052

TELEFONO:
3125846060

CORREO ELECTRONICO:
carolinaecaicedo242@gmail.com

Datos del Padre, Madre de Familia / Acudiente

María Mercedes barcedo
FIRMA

NOMBRE:
María Mercedes barcedo

N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD
52.867.830

TELEFONO:
314 732180

CORREO ELECTRONICO:
Carolinacaicedo242@gmail.com

208277


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 52.867.830
CAICEDO CAICEDO
APELLIDOS
MARIA MERCEDES
NOMBRES
FIRMA
REPUBLICA DE COLOMBIA
REPUBLICA DE COLOMBIA


FECHA DE NACIMIENTO 15-MAY-1977
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.50
ESTATURA
O+
G.S. RH
F
SEXO
16-AGO-2000 BOGOTA D.C
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
INDICE DERECHO
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES
A-0710000-00469404-F-0052867830-20130913
0034882567A 1
37120306

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO **1.161.713.052**

VANEGAS CAICEDO
APELLIDOS

DIANA CAROLINA
NOMBRES

Diana Carolina Caicedo
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **01-DIC-2008**
GARAGOA
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO

01-DIC-2026
FECHA DE VENCIMIENTO

25-FEB-2016 GARAGOA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

G S RH **O+**

SEXO **F**

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-0710000-00814754-F-1161713052-20160415 **0049**351999A 1 45696498

Famisanar EPS

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) DIANA CAROLINA VANEGAS CAICEDO identificado(a) con TI. 1161713052 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de BENEFICIARIO del Régimen Subsidiado.

Fecha de Activación de Servicios:	**2021/08/10**
Estado de la Afiliación:	**ACTIVO**
IPS:	**HOSPITAL REGIONAL SEGUNDO NIVEL DE ATENCION VALLE DE TENZA E.S.E. - SEDE GARAGOA**
Categoría:	**SISBEN-1**

La presente certificación se expide a solicitud del (de la) interesado(a) en Bogotá para **QUIEN INTERESE**, a los 20 días del mes de 02 del año 2024.

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,



Fredy Alexander Caicedo Sierra

Director Operaciones Comerciales

EPS FAMISANAR S.A.S.

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	mipg	Modelo integrado de planeación y gestión
ALCALDIA MUNICIPAL DE GARAGOA - BOYACA NIT 800.025.608-8	INFORME DE ACTIVIDADES CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	Versión:00	Código: SGG-CON-A-14
		Página: 1 de 3	Fecha de Aprobación: 24/04/2023

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO					
No. DE CONTRATO	AMG-CD-097-2024			FECHA DE SUSCRIPCIÓN:	27-ago-24
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR CON AUTONOMÍA TÉCNICA Y ADMINISTRATIVA LOS SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN PARA ORIENTAR LA ESCUELA DE FORMACIÓN ARTISTICA EN LA MODALIDAD DE MUSICA TROPICAL, BANDA RITMICA Y LAS ACTIVIDADES A DESARROLLAR EN LOS EVENTOS DE PROMOCIÓN CULTURAL Y ARTISTICA PARA LOS HABITANTES DEL MUNICIPIO DE GARAGOA.				
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	JEISON DUBAN ROMERO BERNAL				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	HUGO FERNANO MORENO				
DEPENDENCIA:	SECRETARIA DE CULTURA JUVENTUDES TURISMO RECREACION Y DEPORTES				
FECHA DE INICIO:	02 DE SEPTIEMBRE DEL 2024		FECHA FINALIZACIÓN:	30 DE DICIEMBRE DEL 2024	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	SIETE MILLONES DOSCIENTOS MIL PESOS M/CTE				
VALOR ADICIÓN:	$0				
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	$ 7.200.000	VALOR PAGADO:	$ 0	VALOR A PAGAR:	$ 1.800.000
INFORME No.	1		PERIODO DEL INFORME:	02 DE SEPTIEMBRE - 01 DE OCTUBRE 2024	

2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO					
	OBLIGACIONES ESPECIFICAS	ACTIVIDADES DESARROLLADAS	MEDIOS DE EVIDENCIA	LUGAR DE CONSULTA MEDIO DE EVIDENCIA Y FOLIOS	ANEXOS
1	Desarrollar personalmente la actividad contractual respecto a la formación en música tropical colombiana directamente en el Municipio de Garagoa.	Se desarrollo personalmente las actividades del taller de musica tropical presencial en el lugar asignado el cual es la casa de la cultura Tomas Villamil durante el primer mes de ejecucion	DOCUMENTO (4) FOLIOS DONDE SE INCLUYE MIS EVIDENCIAS FOTOGRAFICAS	CARPETA CONTRACTUAL	ANEXO 3 - 7
2	Realizar procesos de verificación de las inscripciones a la escuela de formación artística en música tropical que reposan en la secretaria de cultura, turismo, juventudes, recreación y deporte año 2024 y verificar los estudiantes que continúan el proceso formativo.	Se realizó verificacion de las inscripciones realizadas por los alumnos y se verifico y se constato con los padres de familia la continuidad en el proceso de musica tropical	DOCUMENTO (4) FOLIOS DONDE SE INCLUYE MIS EVIDENCIAS FOTOGRAFICAS	CARPETA CONTRACTUAL	ANEXO 3 - 7
3	Realizar procesos de incorporación, inscripción y registro de nuevos estudiantes si la demanda lo requiere en la escuela de formación artística en música tropical, solicitando a los padres documentos de identidad, certificado de afiliación en salud y autorización de participación de los niños y jóvenes inscritos.	Se realizo proceso de convocatoria y inscripciones de alumnos nuevos al talller de musica tropical donde ingresaron al taller para este primer periodo tres alumnos nuevos y se hace la verificacion con los padres y acudientes de los documentos necesarios para la inscripcion	DOCUMENTO (4) FOLIOS DONDE SE INCLUYE MIS EVIDENCIAS FOTOGRAFICAS	CARPETA CONTRACTUAL	ANEXO 3 - 7
4	Realizar la inscripción y registro de estudiantes en el taller de música tropical colombiana, solicitando a los padres documentos de identidad, certificado de afiliación en salud y autorización de participación de los niños y jóvenes inscritos.	Se realizo el proceso de inscripcion y registro de estudiantes, donde se les solicito a los padres de familia los documentos pertinentes para tal fin.	DOCUMENTO (4) FOLIOS DONDE SE INCLUYE MIS EVIDENCIAS FOTOGRAFICAS	CARPETA CONTRACTUAL	ANEXO 3 - 7
5	Realizar un diagnóstico inicial de los estudiantes, teniendo en cuenta sus destrezas, habilidades y fortalezas, y planificar los programas pedagógicos para el periodo contratado.	Se realizo la valoracion en cuanto a conocimiento musical a los estudiantes y se distribuyo en grupos de trabajo equitativos para todos los estudiantes que ingresaron al taller en el primer mes y se asignaron en grupos de trabajo para el primer periodo de ejecucion de trabajo creando niveles avanzados, medio, basico	FORMATO SCJRTD-CUL/DEP-F-02	CARPETA CONTRACTUAL	ANEXO 1
6	Seleccionar y preparar técnicamente a los estudiantes, y realizar muestras o exhibiciones en eventos que dirija y solicite la Secretaría de Cultura, Juventudes Turismo, Recreación y Deportes.	Se ha seleccionado a los estudiantes de acuerdo a sus capacidades para futuras presentaciones que solicite la secretaria de cultura y se realizo presentaciones con la banda marcial para el acto de inauguracion de los juegos intercolegiados	DOCUMENTO (4) FOLIOS DONDE SE INCLUYE MIS EVIDENCIAS FOTOGRAFICAS	CARPETA CONTRACTUAL	ANEXO 3 - 7
7	Llevar registro de asistencia de niños y jóvenes que intervienen en cada una de las actividades programadas.	Se lleva registro de los estudiantes en todas las clases presenciales para el tercer periodo de ejecucion de acuerdo a formato MIPG SCJRTD-CUL/DEP-F-03	FORMATO SCJRTD-CUL/DEP-F-03	CARPETA CONTRACTUAL	ANEXO DOCUMENTO FORMATO DE ASISTENCIA
8	Servir de apoyo a la Secretaría de Cultura, Juventudes Turismo, Recreación y Deportes en el desarrollo de actividades, festivales y ferias a realizarse en el marco del presente contrato	Se apoyo a la secretaria de cultura en todo lo que fue requerido en coordinacion con el supervisor del contrato como fue el apoyo para la fiesta del campesino y demas que fueron requeridas	DOCUMENTO (4) FOLIOS DONDE SE INCLUYE MIS EVIDENCIAS FOTOGRAFICAS	CARPETA CONTRACTUAL	ANEXO 3 - 7

9	Velar por el buen uso de las instalaciones en donde se realicen las prácticas de la escuela taller de música tropical colombiana	Se le dio buen uso a las instalaciones asignadas para la realizacion del taller dejando siempre limpio y organizado el salon de clases y se realizo la limpieza y organización del lugar donde se guardan los instrumentos	DOCUMENTO (4) FOLIOS DONDE SE INCLUYE MIS EVIDENCIAS FOTOGRAFICAS	CARPETA CONTRACTUAL	ANEXO 3 - 7
10	Diligenciar los formatos individuales de seguimiento de los avances técnicos de cada uno de los beneficiarios de la escuela taller de música tropical colombiana	Se realizo el diligenciamiento de los formatos indivuales de cada estudiante para este tercer periodo de ejecucion de acuerdo a formato MIPG SCJRTD-CUL/DEP-F-04	FORMATO SCJRTD-CUL/DEP-F-04	CARPETA CONTRACTUAL	ANEXO DOCUMENTO FORMATO INDIVIDUAL
11	Coordinar con la oficina de comunicaciones acciones de visibilidad y difusión de las actividades desarrolladas,de manera mensual de acuerdo a las indicaciones del supervisor del contrato.	Para este periodo de ejecucion se realizo el envio de fotografias para mostrar la gestion realizada en el taller de musica tropical	DOCUMENTO (4) FOLIOS DONDE SE INCLUYE MIS EVIDENCIAS FOTOGRAFICAS	CARPETA CONTRACTUAL	ANEXO 3 - 7
12	Reportar en cada periodo el estado y uso de instrumentos a cargo de la escuela taller de música tropical colombiana	Se reporta el estado de los instrumentos y se le ha venido realizando limpieza a los mismos como la gestion de partes faltantes las cuales son muy necesarias para el desarrollo del taller como son dos trinches para las guacharacas y la compra de otros acordeones.	N/A	N/A	N/A
13	Entregar plan de trabajo con indicadores de resultados a final del mes con las actividades ya ejecutadas.	Se realizo el plan de trabajo con indicadores de resutados para el primer periodo de ejecucion	PLAN DE TRABAJO COMPRENDIDO ENTRE EL 02 DE SEPTIEMBRE Y EL 01 DE OCTUBRE DEL 2024	CARPETA CONTRACTUAL	ANEXO 2
14	Las demás que de acuerdo con su perfil le sean asignadas por el supervisor del contrato.	Para el primer periodo de ejecucion se sigue apoyando la instrucción de la banda ritmico marcial del colegio tecnico San Luis en lo siguientes horarios martes - jueves - viernes de 4:30 pm a 6:00 pm.	DOCUMENTO (4) FOLIOS DONDE SE INCLUYE MIS EVIDENCIAS FOTOGRAFICAS	CARPETA CONTRACTUAL	ANEXO 3 - 7

3. RELACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

			VALOR DE LOS HONORARIOS DEL PERIODO:		**$ 1.800.000**	
SERVICIO	**ENTIDAD**	**MES PAGADO**	**No. PLANILLA**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR MÍNIMO A PAGAR**	**VALOR PAGADO**
SALUD	NUEVA EPS	SEPTIEMBRE	9472510838	24-sep-24	157,100	157,100
PENSIÓN	PORVENIR	SEPTIEMBRE	9472510838	24-sep-24	201,100	201,100
ARL	POSITIVA	SEPTIEMBRE	9472510838	24-sep-24	30,700	30,700
					388,900	**$ 388,900**

CERTIFICO BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO: QUE LAS PLANILLAS DE SEGURIDAD SOCIAL APORTADA INCLUYE EL IBC APLICABLE PARA EL CONTRATO DE LA REFERENCIA

ANEXOS: EVIDENCIAS FOTOGRAFICAS, DOCUMENTO DEL PLAN DE ACCION,DOCUMENTO DE FORMATOS INDIVIDUAL DE SEGUIMIENTO, DOCUMENTOS DE BASE DE DATOS, DOCUMENTO DE REGISTRO DE ASISTENCIA,DOCUMENTO DE DIAGNOSTICO INICIAL.

NOMBRE: _____

Identificación: 1006.047.617

DIAGNOSTICO INICIAL

FECHA:

ESCUELA O TALLER: MUSICA TROPICAL

RESPONSABLE:

INSTRUCTOR: JEISON DUBAN ROMERO BERNAL

NUMERO DE BENEFICIARIOS: 12 (DOCE)

DETALLE: Al iniciar el taller de música tropical los aprendices que en su totalidad fueron doce (12) se les realizo la valoración para conocer sus habilidades musicales y el manejo de algunos instrumentos donde se evidencio que seis aprendices se encuentran en un nivel avanzado de aprendizaje especialmente en la música vallenato, y tres aprendices están en nivel medio de interpretación conocen el manejo de algunos instrumentos pero falta mucha más práctica y conocimiento teórico y tres aprendices no tienen conocimiento musical por lo que dejen en nivel básico y se procede a dividirlos en grupos de trabajo que serian

Nivel avanzado: seis (6) aprendices
Nivel medio: tres (3) aprendices
Nivel básico: tres (3) aprendices

En cuanto a instrumental se tiene:

- **Dos (2) acordeones marcha Hohner tonalidad sib – mib – lab**
- **Cuatro (4) Guacharacas de las cuales solo dos cuentas con Trinche**
- **Cuatro (4) Cajas vallenatas, las cuatro en buen estado**
- **Uno (1) Juego de congas, buen estado**
- **Uno (1) Jamblock de mano**
- **Uno(1) Bajo faltando una cuerda**

ANEXO 1

Revisa:
Nombre: HUGO FERNANDO MORENO FERNÁNDEZ
Cargo: SECRETARIO DE DESPACHO
Dependencia: SECRETARIA DE C.J.T.R.Y D.

Responsable:
*Nombre:*_____
Dependencia: SECRETARIA DE C.J.T.R.Y D

TALLER DE MUSICA TROPICAL
PLAN DE TRABAJO
02/09/24 –01/10/24

OBJETIVO: Al terminar el periodo de ejecución de 02/09/24 –01/10/24 en el taller de música tropical los aprendices del nivel básico lograr reconocer las notas musicales y la escala natural de DO y los estudiantes medios y avanzados interpretaran canciones básicas del ritmo cumbia y vallenato perteneciente a la música tropical.

PASOS A DESARROLLAR

- Reconocer los diferentes ritmos de los instrumentos de la música tropical los cuales son en la música vallenata (son, paseo, merengue, puya) y el ritmo cumbia.
- Reconocer canciones de baja y media complejidad en los diferentes ritmos.
- Identificar las notas que posee.
- Reconocer la tonalidad
- Realizar la interpretación de canciones básicas y media complejidad

FECHAS

Las fechas para el desarrollo del plan de acción del cuarto periodo de ejecución van desde el 02/09/24 –01/10/24

RECURSOS

Los recursos para desarrollar el plan de acción son las instalaciones de la casa de la cultura tomas Villamil y los instrumentos de música tropical como son principalmente el acordeón y la caja y guacharaca y el cencerro las congas.

INDICADORES DE RESULTADOS PLAN DE ACCION

Para el presente periodo de enseñanza los aprendices que tiene el curso han logrado el objetivo propuesto de la siguiente manera:

APRENDICES	LOGRO TOTAL	LOGRO PARCIAL	NO LOGRADO
12	7	3	2

PORCENTAJES: 65 % completado - 35 % incompleto

Siete (07) aprendices lo han logrado en su totalidad.
Tres (3) aprendices lo han logrado parcialmente.
Dos (2) aprendiz no lo ha logrado

JEISON DUBAN ROMERO BERNAL
TALLERISTA MUSICA TROPICAL AMG-CD-097-2024

ANEXO 2

FOTOS

1



Aprendizaje canciones basicas

2



Practica con estudiantes avanzados

ANEXO 3

3



Ensayo de congas

4



Practica de canciones cumbias

ANEXO 4

5



Practica de canciones intermedias

6



Envio de videos para redes sociales

ANEXO 5

7



PRACTICA BANDA COLEGIO SAN LUIS

8



PRACTICA BANDA COLEGIO SAN LUIS

ANEXO 6

9



APOYO DIA DEL CAMPESINO VEREDA GUANICA

10



DESFILE INTERCOLEGIADOS

ANEXO 7

ALCALDIA MUNICIPAL DE GARAGOA - BOYACA NIT 800.025.608-8	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	mipg Modelo integrado de planeación y gestión	
		Versión: 00	Código: SCJRTD-CUL/DEP-F-03
	FORMATO DE ASISTENCIA A TALLERES	Página: 1 de 1	Fecha de Aprobación: 26/04/2023

FECHA:	ESCUELA O TALLER: MUSICA TROPICAL	LUGAR: CASA DE LA CULTURA TOMAS VILLAMIL	INSTRUCTOR: JEISON ROMERO	PERIODO: 02/09/24 - 01/10/24

NOMBRE	DOCUMENTO	Sesión No 1 Fecha: 09/09	Sesión No 2 Fecha: 11/09	Sesión No3 Fecha: 16/09	Sesión No 4 Fecha: 20/09	Sesión No 5 Fecha: 23/09	Sesión No 6 Fecha: 25/09	Sesión No 7 Fecha: 30/09	Sesión No 8 Fecha:	Sesión No 9 Fecha:	Sesión No 10 Fecha:	Sesión No 11 Fecha:	Sesión No 12 Fecha:	FIRME DEL ESTUDIANTE
KAROL SOFIA MARTINEZ RAQUIRA	1.048.849.689	X		X	X									
JAVIER MATIAS BARRETO DAZA	1.020.795.767	X	X	X	X	X	X	X						Javier Barreto
VICTORIA ISABELLA HERRERA REYES	1.140.426.976	X	X	X	X	X	X	X						Victoria
ZHARICK PLAZAS ROA	1.161.713.257	X	X	X	X	X	X	X						
SHARICK GOMEZ MORA	1.048.849.983	X	X	X	X	X	X							
BRIANNA HANABI PLAZAS ROA	1.048.850.998	X	X	X		X	X							Brianna
MANUEL EDUARDO QUINTANA CABEZAS	1.049.234.934	X	X	X	X	X	X	X						
CRISTIAN JERONIMO FRANCO AVILA	1.123.445.372	X	X	X	X	X	X	X						Jeronimo Franco
MARLON DAZA AGUIRRE	1.048.848.115			X	X	X		X						Marlon Daza
ANDRES DAVID CAMARGO DIAZ	1.027.289.002	X	X	X	X	X	X	X						
SAMUEL CHAVEZ LESMES	1.049.234.913	X	X		X	X	X	X						Samuel Chavez
MARIANA SALOME ZAMUDIO SALAZAR	1.033.117.737		X		X	X	X	X						

Revisa:
Nombre: ANGIE C.R. PULIDO
Apoyo

Responsable:
Nombre: HUGO FERNANDO MORENO FERNÁNDEZ
Cargo: SECRETARIO DE DESPACHO
Dependencia: SECRETARIA DE C.J.T.R.Y D.

ALCALDIA MUNICIPAL DE GARAGOA - BOYACA NIT 800.025.608-8	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	mipg Modelo integrado de planeación y gestión	
		Versión: 00	Código: SCJRTD-CUL/DEP-F-04
	FORMATO DE SEGUIMIENTO DE INDIVIDUAL	Página: 1 de 1	Fecha de Aprobación: 26/04/2023

FECHA:	ESCUELA O TALLER: MUSICA TROPICAL	LUGAR:CASA DE LA CULTURA TOMAS VILLAMIL
INSTRUCTOR:JEISON DUBAN ROMERO BERNAL		PERIODO:02/09/24 – 01/10/2024

NOMBRE ALUMNO	DOCUMENTO	DESCRIPCION DEL SEGUIMIENTO
KAROL SOFIA MARTINEZ RAQUIRA	1.048.849.689	Practica con canciones de media complejidad en el ritmo de cumbia
JAVIER MATIAS BARRETO DAZA	1.020.795.767	Avance en canciones de la música sabanera de acordeon
VICTORIA ISABELLA HERRERA REYES	1.140.426.976	Avance en la interpretación de canciones de media complejidad en la guacharaca
ZHARICK PLAZAS ROA	1.161.713.257	Avance en la interpretacion de cumbias en el acordeon
SHARICK GOMEZ MORA	1.048.849.983	Avance en la interpretación de canciones vallenatas en el acordeon
BRIANNA HANABI PLAZAS ROA	1.048.850.998	Avance en la interpretacion de cumbias en la guacharaca.
MANUEL EDUARDO QUINTANA CABEZAS	1.049.234.934	Avance en la interpretación de canciones vallenatas en el acordeon
CRISTIAN JERONIMO FRANCO AVILA	1.123.445.372	Avance en la interpretación de canciones de baja complejidad en el acordeon
MARLON DAZA AGUIRRE	1.048.848.115	Avance en la interpretación de canciones basicas en el acordeon
ANDRES DAVID CAMARGO DIAZ	1.027.289.002	Avance en la interpretación de cangas en ritmos de cumbia.
SAMUEL CHAVEZ LESMES	1.049.234.913	Avance en la interpretación de canciones basicas en el acordeón
MARIANA SALOME ZAMUDIO SALAZAR	1.033.117.737	Avance en la interpretacion en la escala de do en el acordeón

Revisa:
Nombre: HUGO FERNANDO MORENO FERNÁNDEZ
Cargo: SECRETARIO DE DESPACHO
Dependencia: SECRETARIA DE C.J.T.R.Y D.

Responsable:
Nombre:_____
Dependencia: SECRETARIA DE C.J.T.R.Y D

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1048847617		ROMERO BERNAL JEISON DUBAN	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Calle 5 10a - 21	GARAGOA-BOYACA	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-09	2024-09	1000000811	9472510838	I	2024/10/04	2024/09/24	BANCO DE BOGOTA	0	$388,900

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
1	CC	1048847617	ROMERO JEISON	230301	29	$1,256,667	$201,100	EPS037	29	$1,256,667	$157,100		0	$0	$0	14-23	29	$1,256,667	$30,700	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**					$1,256,667	$201,100			$1,256,667	$157,100			$0	$0			$1,256,667	$30,700		$0	$0

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$201,100	$0	$0	$201,100
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$201,100	$0	$0	$201,100
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$30,700	$0	$0	$30,700
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$30,700	$0	$0	$30,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$157,100	$0	$0	$157,100
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$157,100	$0	$0	$157,100
TOTAL				1	$388,900	$0	$0	$388,900

2024/09/26 09:55 AM

DOCUMENTO SOPORTE EN ADQUISICIONES EFECTUADAS A NO OBLIGADOS A FACTURAR Res. 42 UAE DIAN de Mayo 5/2020 Art.55	FECHA OPERACIÓN: 03-10-2024 N U M E R O : 01

DATOS DE LA ENTIDAD

Razón Social:	MUNICIPIO DE GARAGOA-BOYACA		
Tipo de Documento:	NIT	**Número de Documento:**	800.025.608-8
Dirección:	CALLE 10 No. 9-65	**Telefono:**	

INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATISTA

Nombre y Apellidos:	Jeison Duban Romero Bernal				
Tipo de Documento:	CC	**Número de Documento:**	1.048.847.617		
Fecha de actividad	**Desde:**	dd/mm/aaaa 2/009/2024	**Hasta:**	dd/mm/aaaa 1/10/2024	
Dirección:	calle 5 10a - 21				
Ciudad:	Garagoa				
Teléfono fijo:			**Celular:**	3106252724	
Email:	dubanromero2019@gmail.com				

CONCEPTO DEL PAGO

Primer pago parcial del contrato de prestacion de servicios AMG-CD- 097-2024 cuyo objeto es PRESTAR CON AUTONOMÍA TÉCNICA Y ADMINISTRATIVA LOS SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN PARA ORIENTAR LA ESCUELA DE FORMACIÓN ARTISTICA EN LA MODALIDAD DE MUSICA TROPICAL, BANDA RITMICA Y LAS ACTIVIDADES A DESARROLLAR EN LOS EVENTOS DE PROMOCIÓN CULTURAL Y ARTISTICA PARA LOS HABITANTES DEL MUNICIPIO DE GARAGOA.

El contratista ha desarrollado las obligaciones objeto del contrato civil de prestación de servicios con total independencia y autonomía frente al Municipio de Garagoa, razón por la cual éste no constituye vínculo laboral alguno, ni da lugar a ninguna clase de prestaciones sociales (artículo 2 de la ley 50 de 1990).

Valor $	**$ 1.800.000**		
Valor en letras	**Un millon ochocientos mil pesos**		
Nº Cuenta Bancaria:	492-643-561-71		
Tipo Cuenta:	Ahorros	**Banco:**	BANCOLOMBIA

	Informes de actividades:	Si ☑	No ☐
	Panilla Pago Salud, Pensión y ARL	Si ☑	No ☐
Para efectos de practicar la retención en la fuente de acuerdo al Art 383 del E.T., informar que el contratista no han vinculado 2 o mas trabaj asociados a esta actividad.		Si ☐	No ☑

Firma del Contratista

Firma Autorizada Supervisor

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION					mipg	**Modelo integrado de planeación y gestión**
ALCALDIA MUNICIPAL DE GARAGOA - BOYACA NIT 800.025.608-8	**FORMATO INFORME SUPERVISOR**					**Versión:00**	**Código: SGG-CON-A-14**
						Página: 1 de 3	**Fecha de Aprobación: 24/04/2023**
Dependencia:		**Pago No.:**	**1**	**Total de pagos:**	01 DE 04	**Fecha del Informe:**	**03 de octubre de 2024**

DATOS DEL CONTRATO

TIPO		**DATOS ESPECÍFICOS**							
CPS	X	**Número:**	AMG-CD-097-2024			**Fecha de inicio:**	02 DE SEPTIEMBRE DE 2024		
CONVENIO		**Fecha de suscripción:**	27 DE AGOSTO 2024			**Fecha de terminación:**	31 DE OCTUBRE DE 2024		
CTO INT		**N° CDP:**	2024000395	**Fecha :**	13 DE AGOSTO DE 2024	**Duración:**	**Meses**	4	
COMPRA		**N° RP:**	2024000630	**Fecha :**	27 DE AGOSTO DE 2024	**Periodo a pagar:**	DEL 05 HASTA EL 31 DE MARZO DE 2024		
OBRA		**Requiere Informe:**	SI:	X	NO:	**Suspensión No.:**	N.A	**En tiempo:**	N.A
SERVICIO		**Entregó Informe:**	SI:	X	NO:	**Prorroga: No.:**	N.A	**En tiempo:**	N.A
SUMINISTRO									

OBJETO:	PRESTAR CON AUTONOMÍA TÉCNICA Y ADMINISTRATIVA LOS SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION PARA ORIENTAR LA ESCUELA DE FORMACIÓN ARTISTICA EN LA MODALIDAD DE MUSICA TROPICAL, BANDA RITMICA Y LAS ACTIVIDADES A DESARROLLAR EN LOS EVENTOS DE PROMOCIÓN CULTURAL Y ARTISTICA PARA LOS HABITANTES DEL MUNICIPIO DE GARAGOA.

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombre:	JEISON DUBAN ROMERO BERNAL								
Identificación:	**Tipo de documento:** Cédula	X	Nit. X		**Número:**	1.048.847.617 expedida en Garagoa	DV.		
Dirección:	CALLE 4 No. 11 - 20								
Número de Teléfono:	3106252724			FAX:		CEL.			
Clase y número de cuenta:	Corriente:		Ahorros	X	Número	492-643-561-71	Banco:	BANCOLOMBIA	

ASPECTOS TRIBUTARIOS DEL CONTRATISTA	**Marque con "X"**	Persona Natural:	X	Persona Jurídica:	
		Régimen Simplificado:		Autoretenedor:	
		IVA Régimen Común:		Entidad sin ánimo de lucro	

INFORMACIÓN FINANCIERA DEL CONTRATO O CONVENIO

Valor Inicial del contrato:

Adición No. $ 0,00

Valor Total del contrato: $ 7.200.000,00

Valor pagado:

Anticipo		
$ 0,00		
Primer Pago	Segundo Pago	Tercer pago
		$ 0

Cuarto pago	Quinto Pago	Sexto Pago
$ 0	$ 0	$ 0

Séptimo Pago	Octavo Pago	Noveno Pago
$ 0	$ 0	$ 0

Decimo Pago	Onceavo Pago	Doceavo Pago
$ 0	$ 0	$ 0

Total Pagado

Valor a pagar en el periodo: $ 1.800.000

Saldo: **$ 5.400.000**

ALCALDIA MUNICIPAL DE GARAGOA - BOYACA NIT 800.025.608-8	**SISTEMA INTEGRADO DE GESTION**	mipg	**Modelo integrado de planeación y gestión**
	FORMATO INFORME SUPERVISOR	**Versión:00**	**Código: SGG-CON-A-14**
		Página: 1 de 3	**Fecha de Aprobación: 24/04/2023**

INFORMES DEL CONTRATISTA

El informe cumple con lo estipulado en el contrato: SI: ____ NO: ____ # de folios: 10

Se remite el informe al expediente contractual: SI: X NO: ____

SI: X NO: ____

ASPECTO TÉCNICO DE LA SUPERVISIÓN

OBLIGACIONES	**ACCIONES Y/O LOGROS**	**MEDIOS DE EVIDENCIA**
OBLIGACIONES ESPECIFICAS	**ACTIVIDADES DESARROLLADAS**	**MEDIOS DE EVIENCIA**
1) Desarrollar personalmente la actividad contractual respecto a la formación en música tropical colombiana directamente en el Municipio de Garagoa.	Se desarrollo personalmente las actividades del taller de musica tropical presencial en el lugar asignado el cual es la casa de la cultura Tomas Villamil durante el primer mes de ejecucion	DOCUMENTO (4) FOLIOS DONDE SE INCLUYE LAS EVIDENCIAS FOTOGRAFICAS
2) Realizar procesos de verificación de las inscripciones a la escuela de formación artística en música tropical que reposan en la secretaria de cultura, turismo, juventudes, recreación y deporte año 2024 y verificar los estudiantes que continúan el proceso formativo.	Se realizó verificacion de las inscripciones realizadas por los alumnos y se verifico y se constato con los padres de familia la continuidad en el proceso de musica tropical	INFORME DE ACTIVIDADES No. 1
3) Realizar procesos de incorporación, inscripción y registro de nuevos estudiantes si la demanda lo requiere en la escuela de formación artística en música tropical, solicitando a los padres documentos de identidad, certificado de afiliación en salud y autorización de participación de los niños y jóvenes inscritos.	Se realizo proceso de convocatoria y inscripciones de alumnos nuevos al talller de musica tropical donde ingresaron al taller para este primer periodo tres alumnos nuevos y se hace la verificacion con los padres y acudientes de los documentos necesarios para la inscripcion	FORMATO SCJRTD-CUL/DEP-F-02
4) Realizar la inscripción y registro de estudiantes en el taller de música tropical colombiana, solicitando a los padres documentos de identidad, certificado de afiliación en salud y autorización de participación de los niños y jóvenes inscritos.	Se realizo el proceso de inscripcion y registro de estudiantes, donde se les solicito a los padres de familia los documentos pertinentes para tal fin.	DOCUMENTO (4) FOLIOS DONDE SE INCLUYE LAS EVIDENCIAS FOTOGRAFICAS
5) Realizar un diagnóstico inicial de los estudiantes, teniendo en cuenta sus destrezas, habilidades y fortalezas, y planificar los programas pedagógicos para el periodo contratado.	Se realizo la valoracion en cuanto a conocimiento musical a los estudiantes y se distribuyo en grupos de trabajo equitativos para todos los estudiantes que ingresaron al taller en el primer mes y se asignaron en grupos de trabajo para el primer periodo de ejecucion de trabajo creando niveles avanzados, medio, basico	FORMATO SCJRTD-CUL/DEP-F-03
6) Seleccionar y preparar técnicamente a los estudiantes, y realizar muestras o exhibiciones en eventos que dirija y solicite la Secretaría de Cultura, Juventudes Turismo, Recreación y Deportes.	Se ha seleccionado a los estudiantes de acuerdo a sus capacidades para futuras presentaciones que solicite la secretaria de cultura y se realizo presentaciones con la banda marcial para el acto de inauguracion de los juegos intercolegiados	DOCUMENTO (4) FOLIOS DONDE SE INCLUYE LAS EVIDENCIAS FOTOGRAFICAS
7) Llevar registro de asistencia de niños y jóvenes que intervienen en cada una de las actividades programadas.	Se lleva registro de los estudiantes en todas las clases presenciales para el tercer periodo de ejecucion de acuerdo a formato MIPG SCJRTD-CUL/DEP-F-03	DOCUMENTO (4) FOLIOS DONDE SE INCLUYE LAS EVIDENCIAS FOTOGRAFICAS
8) Servir de apoyo a la Secretaría de Cultura, Juventudes Turismo, Recreación y Deportes en el desarrollo de actividades, festivales y ferias a realizarse en el marco del presente contrato	Se apoyo a la secretaria de cultura en todo lo que fue requerido en coordinacion con el supervisor del contrato como fue el apoyo para la fiesta del campesino y demas que fueron requeridas	FORMATO SCJRTD-CUL/DEP-F-04

ALCALDIA MUNICIPAL DE GARAGOA - BOYACA NIT 800.025.608-8	**SISTEMA INTEGRADO DE GESTION**	mipg	**Modelo integrado de planeación y gestión**
	FORMATO INFORME SUPERVISOR	**Versión:00**	**Código: SGG-CON-A-14**
		Página: 1 de 3	**Fecha de Aprobación: 24/04/2023**

	9) Velar por el buen uso de las instalaciones en donde se realicen las prácticas de la escuela taller de música tropical colombiana 10) Diligenciar los formatos individuales de seguimiento de los avances técnicos de cada uno de los beneficiarios de la escuela taller de música tropical colombiana	Se le dio buen uso a las instalaciones asignadas para la realizacion del taller dejando siempre limpio y organizado el salon de clases y se realizo la limpieza y organización del lugar donde se guardan los instrumentos	DOCUMENTO (4) FOLIOS DONDE SE INCLUYE MIS EVIDENCIAS FOTOGRAFICAS
	10) Diligenciar los formatos individuales de seguimiento de los avances técnicos de cada uno de los beneficiarios de la escuela taller de música tropical colombiana	Se realizo el diligenciamiento de los formatos indivuales de cada estudiante para este tercer periodo de ejecucion de acuerdo a formato MIPG SCJRTD-CUL/DEP-F 04	
	11) Coordinar con la oficina de comunicaciones acciones de visibilidad y difusión de las actividades desarrolladas, de manera mensual de acuerdo a las indicaciones del supervisor del contrato.	Para este periodo de ejecucion se realizo el envio de fotografias para mostrar la gestion realizada en el taller de musica tropical	N/A
	12) Reportar en cada periodo el estado y uso de instrumentos a cargo de la escuela taller de música tropical colombiana	Se reporta el estado de los instrumentos y se le ha venido realizando limpieza a los mismos como la gestion de partes faltantes las cuales son muy necesarias para el desarrollo del taller como son dos trinches para las guacharacas y la compra de otros acordeones.	PLAN DE TRABAJO COMPRENDIDO ENTRE EL 4 DE MARZO Y EL 30 DE MARZO DEL 2024
	13) Entregar plan de trabajo con indicadores de resultados a final del mes con las actividades ya ejecutadas.	Se realizo el plan de trabajo con indicadores de resutados para el primer periodo de ejecucion	N/A
	14) Las demás que de acuerdo con su perfil le sean asignadas por el supervisor del contrato.	Para el primer periodo de ejecucion se sigue apoyando la instrucción de la banda ritmico marcial del colegio tecnico San Luis en lo sisguientes horarios martes - jueves - viernes de 4:30 pm a 6:00 pm.	

APORTES SEGURIDAD SOCIAL

Persona Natural X

Aportes SALUD

Valor pagado $ $ 157.100 Periodo SEPTIEMBRE

Comprobante de pago Número: 9472510838

Fecha de pago: 24 DE SEPTIEMBRE DE 2024

Aportes ARL

Valor pagado $ $ 30.700 Periodo SEPTIEMBRE

Comprobante de pago Número: 9472510838

Fecha de pago: 24 DE SEPTIEMBRE DE 2024

Persona Jurídica:

Anexa Certificación del Revisor Fiscal o Contador de la Empresa: SI: NO:

Aportes PENSION

Valor pagado $ $ 201.100 Periodo SEPTIEMBRE

Comprobante de pago Número: 9472510838

Fecha de pago: 24 DE SEPTIEMBRE DE 2024

Pensionado: SI: NO: x

Certificación: SI: NO: x

Comprobante de pago Número: 9472510838

SOLICITUD DE PAGO

Certifico que las actividades se están ejecutando conforme a lo establecido en el contrato, que el contratista cumplió con los pagos de seguridad social en salud y pensión conforme a las normas vigentes y en concordancia con lo estipulado en el Manual de Interventoría de la Alcaldía del Municipio de Garagoa, los soportes de estos pagos fueron revisados y cotejados con los originales y corresponden a este contrato, por lo tanto autorizo el pago.

FIRMA DEL SUPERVISOR

NOMBRE DEL SUPERVISOR: HUGO FERNANDO MORENO FERNANDEZ

C.C.: 1.048.849.385

CARGO: SEC DE DESPACHO C.T.J.R.Y.D.

ALCALDIA MUNICIPAL DE GARAGOA - BOYACA NIT 800.025.608-8	
INFORMES DEL CONTRATISTA	El informe cumple co Se remite el informe **1)** Desarrollar perso colombiana directam **2)** Realizar procesos tropical que reposan verificar los estudiar **3)** Realizar procesos requiere en la escuel de identidad, certific inscritos. **4)** Realizar la inscrip solicitando a los pad participación de los **5)** Realizar un diagn fortalezas, y planific **6)** Seleccionar y prep eventos que dirija y **7)** Llevar registro de programadas. **8)** Servir de apoyo a desarrollo de activid

CERTIFICADO DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS Y CUMPLIDAS A CABALIDAD
CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION
No. AMG-CD-097-2024

FECHA PRESENTE ACTA	03 DE OCTUBRE DE 2024
FECHA ACTA DE INICIO	02 DE SEPTIEMBRE DE 2024
FECHA DEL CONTRATO	27 DE AGOSTO DE 2024
CONTRATANTE	MUNICIPIO DE GARAGOA NIT: 800.025.608-8 JULIO ERNESTO SANABRIA GUERRA Representante Legal
CONTRATISTA	JEISON DUBAN ROMERO BERNAL C.C. 1.048.847.617 expedida en Garagoa
OBJETO	PRESTAR CON AUTONOMÍA TÉCNICA Y ADMINISTRATIVA LOS SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION PARA ORIENTAR LA ESCUELA DE FORMACIÓN ARTISTICA EN LA MODALIDAD DE MUSICA TROPICAL, BANDA RITMICA Y LAS ACTIVIDADES A DESARROLLAR EN LOS EVENTOS DE PROMOCIÓN CULTURAL Y ARTISTICA PARA LOS HABITANTES DEL MUNICIPIO DE GARAGOA.

HUGO FERNANDO MORENO FERNÁNDEZ, Secretario de Despacho de la **SECRETARIA DE CULTURA, TURISMO, JUVENTUD, RECREACIÓN Y DEPORTE** del municipio de Garagoa, en calidad de supervisor del contrato de **PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION No. AMG-CD-097-2024,** certifica que recibió a satisfacción las actividades ejecutadas por el señor **JEISON DUBAN ROMERO BERNAL,** identificado con C.C No. 1.048.847.617 expedida en Garagoa, en calidad de contratista, en el periodo comprendido **DEL 02 DE SEPTIEMBRE AL 01 DE OCTUBRE DE 2024**, según informe radicado ante la Secretaria de Cultura, Turismo, Juventud, Recreación y deporte, de conformidad con lo establecido en las obligaciones del contrato de PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION No. AMG-CD-097-2024, por lo cual es procedente el PAGO PARCIAL No. 01,

La presente acta se expide, a los tres (03) días del mes de octubre de 2024.

Cordialmente,

HUGO FERNANDO MORENO FERNÁNDEZ
Secretario de Despacho
Secretaria de Cultura, Turismo, Juventud, Recreación y Deporte

ACTA DE PAGO PARCIAL No. 01
CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION
No. AMG-CD-097-2024

1. Información de contrato

FECHA DE LA PRESENTE ACTA	03 DE OCTUBRE DE 2024		
FECHA ACTA DE INICIO	02 DE SEPTIEMBRE DE 2024		
FECHA CONTRATO	27 DE AGOSTO DE 2024		
TIPO DE CONTRATO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION		
No. DE CONTRATO	AMG-CD-097-2024		
CONTRATISTA	JEISON DUBAN ROMERO BERNAL C.C. 1.048.847.617 expedida en Garagoa		
OBJETO	PRESTAR CON AUTONOMÍA TÉCNICA Y ADMINISTRATIVA LOS SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION PARA ORIENTAR LA ESCUELA DE FORMACIÓN ARTISTICA EN LA MODALIDAD DE MUSICA TROPICAL, BANDA RITMICA Y LAS ACTIVIDADES A DESARROLLAR EN LOS EVENTOS DE PROMOCIÓN CULTURAL Y ARTISTICA PARA LOS HABITANTES DEL MUNICIPIO DE GARAGOA.		
FORMA DE PAGO	PAGOS PARCIALES, PREVIA CERTIFICACIÓN EXPEDIDA POR EL SUPERVISOR DEL CONTRATO		
PLAZO DE EJECUCION	CUATRO (04) MESES		
PRORROGA	N.A		
SUPERVISOR / INTERVENTOR	HUGO FERNANDO MORENO FERNÁNDEZ		
DEPENDENCIA	SECRETARIA DE CULTURA, TURISMO, JUVENTUD, RECREACIÓN Y DEPORTE		
VALOR INICIAL	SIETE MILLONES DOSCIENTOS MIL PESOS M/CTE. ($ 7.200.000)		
VALOR ADICIONAL 1	N.A		
VALOR TOTAL CONTRATO	SIETE MILLONES DOSCIENTOS MIL PESOS M/CTE. ($ 7.200.000)		
DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL	2024000395	**FECHA**	13 DE AGOSTO 2024
REGISTRO PRESUPUESTAL	2024000630	**FECHA**	27 DE AGOSTO 2024
PERIODO DE COBRO	DEL 02 DE SEPTIEMBRE 01 DE OCTUBRE DE 2024		

2. Aportes de seguridad Social realizado por el contratista y verificados para el presente pago

SEGURIDAD SOCIAL		
APORTE SALUD	**PERIODO DE COTIZACION**	SEPTIEMBRE
	No. DE PLANILLA	9472510838
	VALOR PAGADO	$ 157.100
APORTE PENSION	**PERIODO DE COTIZACION**	SEPTIEMBRE
	No. DE PLANILLA	9472510838
	VALOR PAGADO	$ 201.100
APORTE ARL	**PERIODO DE COTIZACION**	SEPTIEMBRE
	No. DE PLANILLA	9472510838
	VALOR PAGADO	$ 30.700

3. Balance Económico del Contrato

VALOR DEL CONTRATO		**$ 7.200.000**
VALOR DE LA PRESENTE ACTA	$ 1.800.000	
SALDO POR PAGAR	$ 5.400.000	
SUMAS IGUALES	**$ 7.200.000**	**$ 7.200.000**

La versión vigente y controlada de este documento, solo podrá ser consultada a través de la Plataforma de consultas Ma-PaQuality. La copia o impresión diferente a la publicada, será considerada como documento no controlado y su uso indebido no es responsabilidad de la Alcaldía de Garagoa

En la secretaria de Cultura, Turismo, Juventud, Recreación y Deporte del Municipio de Garagoa, se reunió de una parte el Doctor **HUGO FERNANDO MORENO FERNÁNDEZ** secretario de Despacho de la secretaria de Cultura, Turismo, Juventud, Recreación y Deporte, en su calidad de supervisor del contrato de **PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION No. AMG-CD-097-2024** y el señor **JEISON DUBAN ROMERO BERNAL,** identificado con C.C No. 1.048.847.617 expedida en Garagoa, en calidad de contratista, con el fin de suscribir el **ACTA DE PAGO PARCIAL No. 01,** previo recibido a satisfacción las actividades ejecutadas por el contratista en el periodo comprendido **DEL 02 DE SEPTIEMBRE AL 01 DE OCTUBRE DE 2024** y de conformidad con lo establecido en las obligaciones del contrato, para lo cual el contratista anexa los siguientes documentos:

- ✓ Planilla de seguridad social
- ✓ Factura o Documento equivalente
- ✓ Certificación de Cumplimiento
- ✓ Certificación documental para tramite de cuenta
- ✓ Informe de contratista
- ✓ Informe Supervisor /Interventoría

Por lo anterior, es procedente realizar el **PAGO PARCIAL No. 01**, por valor de **UN MILLÓN OCHOCIENTOS MIL PESOS M/CTE ($ 1.800.000)**

AFECTACION DE REGISTRO DE COMPROMISO PRESUPUESTAL PARA EL PAGO FINAL:

Rubro	Denominación	REGISTRO	Valor a pagar
2.3.33.3301.1603.3301051.0020.2 .3.2.02.02.009.0020. 006.03	"PERSONAS CAPACITADAS - ESCUELAS DE FORMACIÓN -ESTAMPILLA PRO CULTURA 60%"	2024000630	$ 1.800.000
		TOTAL	$ 1.800.000

No siendo otro el objeto de la presente acta, en constancia se firma en Garagoa Boyacá a los tres (03) días del mes de octubre de 2024.

HUGO FERNANDO MORENO FERNÁNDEZ
Secretario de Despacho
Secretaria de Cultura, Turismo, Juventud, Recreación y Deporte
Supervisor Contrato

JEISON DUBAN ROMERO BERNAL
C.C 1.048.847.617 expedida en Garagoa
Contratista

Proyecto:
Apoyo: ANGIE R.
Dependencia: SECRETARIA DE C.J.T.R.Y D.

Aprobó
Nombre: HUGO FERNANDO MORENO FERNÁNDEZ
Cargo: SECRETARIO DE DESPACHO
Dependencia: SECRETARIA DE C.J.T.R.Y D

La versión vigente y controlada de este documento, solo podrá ser consultada a través de la Plataforma de consultas Ma-PaQuality. La copia o impresión diferente a la publicada, será considerada como documento no controlado y su uso indebido no es responsabilidad de la Alcaldía de Garagoa

	MUNICIPIO DE GARAGOA	Código:
	PROCESO FINANCIERO	Versión:
		Página: 1 de 1

COMPROBANTE DE EGRESOS Nro: EGR - 2024000767

Nit: 800025608-8

miércoles, 9 de octubre de 2024

COMPROBANTE AFECTADO	COM	2024000758	09-oct.-24

1. DATOS DEL BENEFICIARIO

NOMBRE ROMERO BERNAL JEISON DUBAN **CC o NIT** 1048847617 **DV** 5

DIRECCION CL 4 11 20 **TELEFONO** 3106252724

BANCO **CUENTA** **TIPO CUENTA** Cta Cte

CHEQUE No PAGO ELECTRONICO **VALOR PAGO** 1,678,000.00

DESCRIPCION (PAGO PARCIAL 01) PRESTAR CON AUTONOMIA TECNICA Y ADMINISTRATIVA LOS SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION PARA ORIENTAR LA ESCUELA DE FORMACION ARTISTICA EN LA MODALIDAD DE MUSICA TROPICAL, BANDA RITMICA Y LAS ACTIVIDADES A DESARROLLAR EN LOS EVENTOS DE PROMOCION CULTURAL Y ARTISTICA PARA LOS HABITANTES DEL MUNICIPIO DE GARAGOA. DANDO CUMPLIMIENTO AL CONTRATO AMG-CD-097-2024

SON UN MILLON SEISCIENTOS SETENTA Y OCHO MIL PESOS MC.

2. MOVIMIENTO FINANCIERO Y CONTABLE

CUENTA	RUBRO PPTAL	NOMBRE	DEBITOS	CREDITOS	RETENCIONES TIPO	BASE	%
11005002005		Cta Cte No. 336025432 Estampilla Procultura	00.00	1,678,000.00			
240102007	2.3.33.3301.1603.3301051.0020	Sector Cultura	1,678,000.00	00.00			
SUMAS IGUALES			1,678,000.00	1,678,000.00			

3. MOVIMIENTO PRESUPUESTAL VIGENCIA

CDP	REGISTRO	RUBRO	NOMBRE	VALOR
2024000395	2024000630	2.3.33.3301.1603.3301051.0020.2.3.2.02.02.009.0020.006.03	PERSONAS CAPACITADAS - ESCUELAS DE FORMACIÓN . FUENTE: 006.03-ESTAMPILLA PRO CULTURA 60%	1,800,000.00

Meta : 0020 Personas capacitadas - Escuelas de formación

TOTAL PRESUPUESTO	1,800,000.00

JULIO ERNESTO SANABRIA GUERRA Alcalde Municipal	LUZ MARINA BUTRIGO RAMIREZ Secretaria de Hacienda	Firma y Sello Beneficiario c.c ó Nit

Elaboró: sandraroa