



CONTRATO No. : 3785 De Fecha 2024-12-12

TIPO DE CONTRATO	CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN
MODALIDAD DE CONTRATO	CONTRATACIÓN DIRECTA
OBJETO	DESARROLLAR ACCIONES PARA FORTALECER LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO EDUCATIVO A TRAVÉS DE LA ATENCIÓN, RECEPCIÓN, REGISTRO Y ACTUALIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN CONTENIDA EN LAS PLATAFORMAS AUTORIZADAS POR EL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL E IMPLEMENTADAS EN LAS INSTITUCIONES EDUCATIVAS OFICIALES DEL MUNICIPIO DE YOPAL.
CONTRATISTA	JOAN CAMILO RINCON GALVIS
NIT DEL CONTRATISTA	700157027-2
RÉGIMEN	Responsable de IVA
VALOR	22.000.000,00
PLAZO	Once (11) MESES
SUPERVISOR(ES)	ROCIO MOJICA TOSCANO - PROFESIONAL UNIVERSITARIO(A)
INTERVENTOR(ES) CONTRATO	
FECHA DE INICIACIÓN	2025-01-13
FECHA DE TERMINACIÓN	2025-12-12
LUGAR DE EJECUCIÓN	Instituciones Educativas Oficiales del Municipio de Yopal.
ÁREA RESPONSABLE	SECRETARIA DE EDUCACIÓN

En la ciudad de Yopal, a los Trece(13) días del mes de Enero de 2025 en la Alcaldía de Yopal, se reunieron, ROCIO MOJICA TOSCANO, PROFESIONAL UNIVERSITARIO(A), quien actúa en su calidad de supervisor, y JOAN CAMILO RINCON GALVIS, identificado(a) con cédula de ciudadanía 1118574292 de YOPAL, como CONTRATISTA, con el objeto de suscribir el acta de inicio del CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN No. 3785 suscrito el 2024-12-12 en virtud del cumplimiento de los requisitos de perfeccionamiento y ejecución descritos en la(s) cláusula(s) No 14 del contrato.

SOPORTE JURÍDICO

El contratista presentó la garantía única exigida en el contrato, según lo estipulado en la CLÁUSULA 7: GARANTÍAS, debidamente aprobadas por la Oficina Asesora de Jurídica del Municipio, constituidas así:

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

SOPORTES FINANCIEROS

CDP (CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL)

Imputación Presupuestal Información Sistema Local				
No. CDP	FECHA	CÓDIGO RUBRO	FUENTE	VALOR
1400.40.5.2025-58	2025-01-02	2.3.2.02.02.008.22.12	SGP LIBRE INVERSIÓN	\$1.188.000.000,00

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

RP (REGISTRO PRESUPUESTAL)

Imputación Presupuestal Información Sistema Local				
NUMERO RP	FECHA RP	CÓDIGO RUBRO	FUENTE	VALOR
1400.40.10.2025 - 12	2025-01-02	2.3.2.02.02.008.22.12	SGP LIBRE INVERSIÓN	\$22.000.000,00



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

CONTRATO No. : 3785 De Fecha 2024-12-12

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

ANTICIPO (SEGÚN EL CASO)

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

DESCRIPCIÓN	VALOR ANTICIPO
Anticipo -	-

ACUERDAN:

1. Dar inicio del contrato No. 3785 del 2024-12-12.
2. (Diligenciar este campo sólo si aplica) El presente contrato hace parte del convenio Interadministrativo No. ____ de ____ celebrado entre la Alcaldía de Yopal y ____ cuyo objeto es ____.
3. Los demás acuerdos que establezcan las partes, siempre y cuando no modifiquen el contrato.

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

JOAN CAMILO RINCON GALVIS
CONTRATISTA

INTERVENTOR

ROCIO MOJICA TOSCANO
PROFESIONAL UNIVERSITARIO(A)
SUPERVISOR

CARGO OPCIONAL



CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD

TRD No. 1400.40.5.2025 - 58

MUNICIPIO DE YOPAL

NIT. 891.855.017-7

No CONSECUTIVO CDP:	25 - 58	FECHA CERTIFICADO:	02/01/2025	FECHA VENCIMIENTO:	31/12/2025
CONDICION:	VF	Vigencias futuras	No SOLICITUD CDP:		
DEPENDENCIA:	SECRETARIA EDUCACION	ESTUDIOS PREVIOS:			
OBJETO:	DESARROLLAR ACCIONES PARA FORTALECER LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO EDUCATIVO A TRAVES DE LA ATENCIÓN, RECEPCION, REGISTRO Y ACTUALIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN CONTENIDA EN LAS PLATAFORMAS AUTORIZADAS POR EL MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL E IMPLEMENTADAS EN LAS INSTITUCIONES EDUCATIVAS OFICIALES DEL MUNICIPIO DE YOPAL.				

Se expide el CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD con cargo al presupuesto de Ingresos y Gastos del MUNICIPIO DE YOPAL para la vigencia Fiscal 2025 Asi:

PRESUPUESTO							
RUBRO PRESUPUESTAL	NOMBRE DEL RUBRO	FUENTE DE FINANCIACIÓN	CPC DANE	BPIN	EC	CUIN	VALOR
2.3.2.02.02.008.22.12	Servicio educativo- Apoyo Instituciones Educativas	1.2.4.3.03	SGP LIBRE INVERSIÓN	83990	2024850010039		1.188.000.000,00
Total:							1.188.000.000,00

erika.liliana.rico

Elaborado por:

m.

MAURICIO MORENO PÉREZ
SECRETARIO DE HACIENDA



#58

FECHA:	3	MES	1	AÑO	2025		
DEPENDENCIA SOLICITANTE:	SECRETARIA DE EDUCACION MUNICIPAL DE YOPAL						
SOLICITO LA EXPEDICIÓN DE UN CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL, SEGÚN LO SIGUIENTE:							
OBJETO	DESARROLLAR ACCIONES PARA FORTALECER LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO EDUCATIVO A TRAVÉS DE LA ATENCIÓN, RECEPCIÓN, REGISTRO Y ACTUALIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN CONTENIDA EN LAS PLATAFORMAS AUTORIZADAS POR EL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL E IMPLEMENTADAS EN LAS INSTITUCIONES EDUCATIVAS OFICIALES DEL MUNICIPIO DE YOPAL.						
PROGRAMA *	YOPAL PARA TODOS 2024 - 2027						
PROYECTO *	MEJORAMIENTO DE LA EDUCACIÓN CON PERTINENCIA Y CALIDAD EN LA CONSTRUCCIÓN DE UN FUTURO CON OPORTUNIDAD EN YOPAL.						
COMPONENTE *	DESARROLLAR ACCIONES PARA SOSTENER LA TASA DE COBERTURA Y MINIMIZAR LA TASA DE DESERCIÓN						
ACTIVIDAD 1:	PRESTAR EL SERVICIO EDUCATIVO EN LOS ESTABLECIMIENTOS EDUCATIVOS OFICIALES ACTIVOS Y REALIZAR LAS ACCIONES DE SEGUIMIENTO Y CONTROL EN LOS ESTABLECIMIENTOS EDUCATIVOS DE YOPAL (INSPECCIÓN Y VIGILANCIA)						
ITEM	CÓDIGO DEL RUBRO	NOMBRE DEL RUBRO	CÓDIGO FUENTE - NOMBRE FUENTE DE FINANCIACIÓN	VALOR			
RUBRO 1.	2.3.2.02.02.008.22.12	Servicio Educativo - apoyo instituciones educativas	1.2.4.3.03 SGP Libre Inversion	\$ 1.188.000.000			
TOTAL:	1.188.000.000	VALOR TOTAL EN LETRAS: MIL CIENTO OCHENTA Y OCHO MILLONES DE PESOS M/C					
SOLICITUD PROGRAMACIÓN ANUAL MENSUALIZADO DE CAJA - PAC, SEGÚN LO SIGUIENTE :							
PLAZO (Número y Letras):	11 meses						
FORMA DE PAGO:	<p>EL MUNICIPIO cancelará al CONTRATISTA el valor del presente contrato a cada uno de los contratistas de la siguiente manera: Mediante (10) diez actas parciales por el valor de UN DOS MILLONES DE PESOS M/C.TE. (\$2.000.000) contadas a partir de la fecha de suscripción del acta de inicio, previa entrega del informe de actividades respectivo y soporte de pago de aportes al sistema general de seguridad social y un (1) acta de liquidación por el valor de DOS MILLONES DE PESOS M/C.TE. (\$2.000.000). Los pagos se realizarán dentro de los 30 días siguientes al recibo a satisfacción del acta parcial o de liquidación por parte de la Secretaría de Hacienda. PARAGRAFO 1: Las actas parciales se suscribirán entre EL CONTRATISTA y EL SUPERVISOR, previa presentación de los comprobantes de pago de seguridad social en salud, pensión y riesgos laborales de acuerdo a la normatividad vigente, presentación del informe de actividades ejecutadas del periodo correspondiente, certificando en dichas actas el cumplimiento correspondiente por parte de supervisor. PARAGRAFO 2.- El informe de cumplimiento de actividades debe ser presentado dentro de los cinco (5) días hábiles al vencimiento del periodo de cobro. PARAGRAFO 3.- Para el acta parcial deberá entregar certificación expedida por el rector de la institución educativa, donde certifique que el contratista adelanta adecuadamente las actividades relacionadas en el contrato. PARAGRAFO 4.- De conformidad con el Acuerdo No. 032 de 2020, el Municipio de Yopal descontará del primer pago parcial, el valor de las estampillas, que se causen con la suscripción del presente contrato, en el evento que el valor a pagar no alcance para cubrir el valor de las estampillas, el valor restante se descontará del segundo pago. PARAGRAFO 5.- El último pago se realizará mediante acta de liquidación, previa presentación de los comprobantes de pago de seguridad social en salud, pensión y riesgos laborales de acuerdo a la normatividad vigente, presentación del informe de actividades ejecutadas del periodo correspondiente, informe de supervisión donde certifique el cumplimiento en la ejecución del contrato.</p>						
PAC	☐ ENERO	☐ FEBRERO	☐ MARZO	☐ ABRIL	☐ MAYO	☐ JUNIO	☐ JULIO
PROYECTADO:	☐ AGOSTO	☐ SEPTIEMBRE	☐ OCTUBRE	☐ NOVIEMBRE	☐ DICIEMBRE	☐ VIGENCIA FUTURA	
Elaboró (Nombre y Cargo):							
APROBÓ:							
FIRMA SOLICITANTE (Secretario de Despacho o Jefe de Oficina Asesora)				Vo.Bo. PAC Tesorero General			
NOMBRE: DAVID FEDERICO DIAZ SANCHEZ							
CARGO: Secretario de Educación Municipal							
* SOLO PARA ESTUDIOS PREVIOS DE PROYECTOS DE INVERSIÓN							



**PROCESO GESTIÓN FINANCIERA
COMPROMISO / REGISTRO PRESUPUESTAL**

TRD. No.1400.40.10.2025 - 12

MUNICIPIO YOPAL

NIT. 891.855.017-7

No CONSECUTIVO REGISTRO PRESUPUESTAL:		25 - 12	
FECHA REGISTRO PRESUPUESTAL:		02/01/2025	
TERCERO / BENEFICIARIO:		JOAN CAMILO RINCON GALVIS	NIT/CC 1118574292
CONDICION:		VF Vigencias futuras	
No CDP:		25 58	
No CONTRATO:	3785.2024	TIPO:	CONTRATACION DIRECTA
ADICIONAL:		CLASE:	CONTRATOS DE PRESTACIONES DE SERVICIOS
FECHA No SOPORTE	12/12/2024	CATEGORIA RP	No 6 CONTRATOS
DEPENDENCIA CDP:	SECRETARIA EDUCACION	PLAZO DE CONTRATO:	MESES: 011 DÍAS: 000
OBJETO:	DESARROLLAR ACCIONES PARA FORTALECER LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO EDUCATIVO A TRAVES DE LA ATENCIÓN, RECEPCION, REGISTRO Y ACTUALIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN CONTENIDA EN LAS PLATAFORMAS AUTORIZADAS POR EL MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL E IMPLEMENTADAS EN LAS INSTITUCIONES EDUCATIVAS OFICIALES DEL MUNICIPIO DE YOPAL.		

Se expide el REGISTRO PRESUPUESTAL con cargo al presupuesto de Ingresos y Gastos del MUNICIPIO DE YOPAL para la vigencia Fiscal 2025 Asi:

PRESUPUESTO							
RUBRO PRESUPUESTAL	NOMBRE DEL RUBRO	FUENTE DE FINANCIACIÓN	CPC DANE	BPIN	EC	CUIN	VALOR
2.3.2.02.02.008.22.12	Servicio educativo- Apoyo Instituciones Educativas	1.2.4.3.03	SGP LIBRE INVERSIÓN	83990	2024850010039		22.000.000,00
Total:							22.000.000,00

Consuelo Urrego
consuelo.urrego.suarez

Elaborado por:

m
MAURICIO MORENO PÉREZ
SECRETARIO DE HACIENDA

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el Ramo de Riesgos Laborales se evidenció que, **JOAN CAMILO RINCÓN GALVIS** identificado con **CC No. 1118574292**, registra la siguiente información.

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
ALCALDIA MUNICIPAL DE YOPAL - NI. 891855017	Fecha de inicio de cobertura: 13/01/2025 Estado Afiliación: ACTIVO Fecha de inicio de Contrato: 13/01/2025 Fecha fin de Contrato: 12/12/2025 Tipo Vinculación: TRABAJADOR INDEPENDIENTE Clase de Riesgo: 1

Recuerde que una vez cumplida la fecha fin de contrato, el sistema aplica de forma automática la novedad de retiro, por lo anterior, en caso de tener un nuevo contrato o prórroga deberá realizar la correspondiente novedad a través de nuestro portal www.positivaenlinea.gov.co, para continuar con la cobertura.

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202501011236413.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 13 días del mes de enero de 2025.

Cordialmente,

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

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

EPS Sanitas

Nuestro compromiso es contigo
NIT. 800.251.440-6

No. de Radicación

Fecha de Radicación

DD/MM/AAAA



183555089

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

I. DATOS DEL TRÁMITE

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

A. AFILIACIÓN

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

6. Apellidos y nombres Primer Apellido: Rincón / Segundo Apellido: Gómez / Primer Nombre: Juan / Segundo Nombre: Carlos			
7. Tipo de documento de identidad CN TI CE CD RC CC PA SC	8. Número del documento de identidad 1118574292	9. Sexo Femenino / Masculino	10. Fecha de nacimiento DDMM/AAAA

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

11. Etnia		12. Discapacidad Tipo F N M Condición T P		13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial
15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL		16. Administradora de Pensiones		17. Ingreso base de cotización - IBC \$ 1.423.500	
18. Residencia Dirección: H A # 32-65 / Teléfono Celular: 3148480561 / Correo Electrónico: camilaxon1999@gmail.com / Municipio/Distrito: Urdá / Zona: Urbana / Localidad/Comuna: Ciénaga / Departamento: Cesar					

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

19. Apellidos y nombres Primer Apellido: Segundo Apellido: Primer Nombre: Segundo Nombre:				
20. Tipo de documento de identidad CN TI CE CD RC CC PA SC		21. Número del documento de identidad	22. Sexo Femenino / Masculino	23. Fecha de nacimiento DDMM/AAAA

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

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

Datos Complementarios

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

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

Selección de la IPS Primaria

34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS C: / B: / B: / B:		Código de la IPS (a registrar por la EPS)
--	--	---

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA			
35. Nombre o razón social		36. Tipo documento de identificación NIT TI CE CC PA CD	37. Número del documento de identificación
39. Ubicación Dirección		38. Tipo de aporte (a registrar por la EPS) Teléfono Fijo	
Correo Electrónico		Municipio / Distrito	Departamento

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad	
☐ 1. Modificación de datos básicos de identificación.	☐ 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
☐ 2. Corrección de datos básicos de identificación.	☐ 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
☐ 3. Actualización del documento de identidad.	☐ 13. Movilidad: ☐ A. Régimen Contributivo
☐ 4. Actualización y corrección de datos complementarios.	☐ B. Régimen Subsidiado
☐ 5. Terminación de la inscripción en la EPS. Código <input type="text"/>	☐ 14. Traslado: ☐ A. Mismo Régimen
☐ 6. Reinscripción en la EPS.	☐ B. Diferente Régimen
☐ 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.	☐ 15. Reporte de fallecimiento.
☐ 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales	☐ 16. Reporte del trámite de protección al cesante
☒ 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar.	☐ 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado.
☐ 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando	☐ 18. Reporte de la calidad de Pensionado

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD			
41. Datos básicos de identificación			
Primer Apellido		Segundo Apellido	Primer Nombre
			Segundo Nombre
Tipo de documento de identidad CN TI CE CD RC CC PA SC		Número del documento de identidad	Sexo Femenino Masculino
			Fecha de nacimiento
			42. Fecha
			DD MM AAAA
43. EPS anterior		44. Motivo de traslado	45. Caja de compensación Familiar o pagador de pensiones
Código		Código	

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

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

IX. ANEXOS	
56. Anexo copia del documento de identidad: CN RC TI CC PA CE CD SC	
Cantidad TOTAL	
☐ 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.	
☐ 58. Copia del registro civil de matrimonio, o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.	
☐ 59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.	
☐ 60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.	
☐ 61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.	
☐ 62. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres.	
☐ 63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.	
☐ 64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.	
☐ 65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.	

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL			
66. Identificación de la Entidad Territorial Código del Municipio Código del Departamento		67. Datos del SISBEN Número de ficha Puntaje Nivel	
68. Fecha de Radicación		69. Fecha de Validación	
DD MM AAAA		DD MM AAAA	
70. Datos del funcionario que realiza la validación			
Primer Apellido		Segundo Apellido	Primer Nombre
			Segundo Nombre
Tipo de documento		Número de documento de identidad	71. Firma del Funcionario
Observaciones: Traslado Régimen Especial. Anexo sobre no pertenecer a esa entidad.			
Recuerde que con la firma del formulario, el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el capítulo VII del formulario.			
Doc. identificación y nombre del Ejecutivo Comercial		Sello de Radicación	Sticker procesamiento



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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

JOAN CAMILO RINCON GALVIS, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.118.574.292**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 7 de Enero del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes



Tenga en cuenta:

En este momento de su vida, lo que más le conviene es estar en un fondo privado como Porvenir, ¿por que? porque está acumulando semanas, ahorrando dinero y obteniendo rendimiento.

**CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR
EXAMEN DE INGRESO**

DATOS DEL TRABAJADOR

Fecha 20/11/2024 ✓
Nombre RINCON GALVIS JOAN CAMILO
Documento 1118574292
Empresa ALCALDIA MUNICIPAL DE YOPAL
Cargo AUXILIAR ADMINISTRATIVO



EXAMENES PARACLÍNICOS REALIZADOS

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

Otros exámenes

CONCEPTO

APTO PARA EL CARGO CON PATOLOGIA QUE NO LIMITA LA LABOR

OBSERVACIONES

TRABAJOS ESPECIALES

NA

RECOMENDACIONES

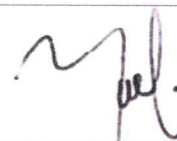
Ocupacionales	Médicas	Vigilancia Epidemiológica	Hábitos	Restricciones
X Uso elementos Protección Personal X Seguir Protocolos de Seguridad X Pausas activas X Protección UV	X VALORACIÓN EPS X Consulta Externa	X Incluir PVE Ergonomico	X Actividad Física 3 veces por semana X Buena Postura X Dieta hipograsa,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

Otras recomendaciones VALORACION POR NUTRICION, PROTECCION OCULAR UV.

Camilo Rincon

**RINCON GALVIS JOAN CAMILO
TRABAJADOR**




Carlos Eduardo Lopez Casallas
Especialista en Salud Ocupacional
Licencia SO 0646/20
R.M. 85800017

CARLOS EDUARDO LOPEZ CASALLAS
LIC S.O 0646-20



CONTRATO NO.

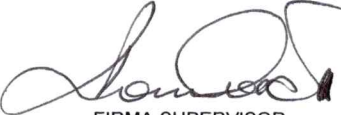
3785-2024

OBJETO CONTRACTUAL:

DESARROLLAR ACCIONES PARA FORTALECER LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO EDUCATIVO A TRAVES DE LA ATENCIÓN, RECEPCION, REGISTRO Y ACTUALIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN CONTENIDA EN LAS PLATAFORMAS AUTORIZADAS POR EL MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL E IMPLEMENTADAS EN LAS INSTITUCIONES EDUCATIVAS OFICIALES DEL MUNICIPIO DE YOPAL.

ACTIVIDAD	COMO SE DESARROLLA	DONDE SE DESARROLLA	QUE RECURSOS SE REQUIEREN	CUANDO LO ENTREGA	CRONOGRAMA
1. Registrar y actualizar la información contenida en las plataformas autorizadas por el MEN y de la institución educativa oficial asignada, cumpliendo con los procedimientos vigentes.	Soporte de actualización de plataformas y bases de datos.	Institucion Educativa Oficial Braulio Gonzalez	Elementos de oficina (computador, impresora, paquetes de office) base de los estudiantes	En el informe de actividades Mensual	Las actividades se realizaran diariamente o de acuerdo a las indicaciones del rector
2. Atender solicitudes y generar comunicaciones de información relacionada con las actividades de la institución de manera oportuna.	Registro de solicitudes y comunicaciones tramitadas y atendidas, Reporte SAC y DOCUMENT revisados y tramitados.	Institucion Educativa Oficial Braulio Gonzalez	Elementos de oficina (computador, impresora, paquetes de office) base de los estudiantes	En el informe de actividades Mensual	Las actividades se realizaran diariamente o de acuerdo a las indicaciones del rector
3. Generar reportes requeridos por el rector de la institución educativa de acuerdo a las necesidades.	Formato de control de Registros y reportes.	Institucion Educativa Oficial Braulio Gonzalez	Elementos de oficina (computador, impresora, paquetes de office) base de los estudiantes	En el informe de actividades Mensual	Las actividades se realizaran diariamente o de acuerdo a las indicaciones del rector
4. Atender de forma oportuna y pertinente a la comunidad educativa que acuda a la Institución Educativa.	Registro de atención a la comunidad y/o registro fotográfico.	Institucion Educativa Oficial Braulio Gonzalez	Elementos de oficina (computador, impresora, paquetes de office) base de los estudiantes	En el informe de actividades Mensual	Las actividades se realizaran diariamente o de acuerdo a las indicaciones del rector


FIRMA CONTRATISTA
JOAN CAMILO RINCON GALVIS


FIRMA SUPERVISOR
Vo. Bo. ROCIO MOJICA TOSCANO
(Supervisor)