Alcaldía Municipal de Yopal

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

CONTRATO No. : 3789 **De Fecha** 2024-11-21

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 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 INSTITUCIÓNES EDUCATIVAS OFICIALES DEL MUNICIPIO DE YOPAL.
CONTRATISTA	ANGIE ALEJANDRA MORA SANCHEZ
NIT DEL CONTRATISTA	1118558007-6
RÉGIMEN	No 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 ANGIE ALEJANDRA MORA SANCHEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía 1118558007 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. 3789 suscrito el 2024-11-21 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 APROBACION	VALOR ASEGURADO
-	-	-	-	-	-	-

SOPORTES FINANCIEROS

CDP (CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL)

Imputación Presupuestal Información Sistema Local				
No. CDP	**FECHA**	**CÓDIGO RUBRO**	**FUENTE**	**VALOR**
1400.40.5.2025-58	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**	**CODIGO RUBRO**	**FUENTE**	**VALOR**
1400.40.10.2025 - 227	2025-01-02	2.3.2.02.02.008.22.12	SGP LIBRE INVERSIÓN	$22.000.000,00

Alcaldía Municipal
de Yopal

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

CONTRATO No. : 3789 **De Fecha** 2024-11-21

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. 3789 del 2024-11-21.
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:

ANGIE ALEJANDRA MORA SANCHEZ
CONTRATISTA

INTERVENTOR

ROCIO MOJICA TOSCANO
PROFESIONAL UNIVERSITARIO(A)
SUPERVISOR

CARGO OPCIONAL

Alcaldía Municipal de Yopal

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:

MAURICIO MORENO PÉREZ
SECRETARIO DE HACIENDA

LAT-0969

Alcaldía Municipal de Yopal

SOLICITUD DE CDP

+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 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 INSTITUCIÓNES 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:

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/CTE. ($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/CTE. ($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 Secretaria de Hacienda. PARÁGRAFO 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 adelanto 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.

PAC PROYECTADO: ☐ ENERO ☐ FEBRERO ☐ MARZO ☐ ABRIL ☐ MAYO ☐ JUNIO ☐ JULIO ☐ AGOSTO ☐ SEPTIEMBRE ☐ OCTUBRE ☐ NOVIEMBRE ☐ DICIEMBRE ☐ VIGENCIA FUTURA

Elaboró (Nombre y Cargo):

APROBÓ:

FIRMA SOLICITANTE (Secretario de Despacho o Jefe de Oficina Asesora)

NOMBRE: DAVID FEDERICO DIAZ SANCHEZ

CARGO: Secretario de Educación Municipal

Vo.Bo. PAC Tesorero General

*= SOLO PARA ESTUDIOS PREVIOS DE PROYECTOS DE INVERSIÓN

03 ENE 2025

10:30

CÓDIGO AP2-F01
VERSIÓN 6
FECHA DE APROBACIÓN 10/09/2024

LAT-0969

Alcaldía Municipal de Yopal

PROCESO GESTIÓN FINANCIERA
COMPROMISO / REGISTRO PRESUPUESTAL
TRD. No.1400.40.10.2025 - 227
MUNICIPIO YOPAL
NIT. 891.855.017-7

No CONSECUTIVO REGISTRO PRESUPUESTAL:	25 - 227		
FECHA REGISTRO PRESUPUESTAL:	02/01/2025		
TERCERO / BENEFICIARIO:	ANGIE ALEJANDRA MORA SANCHEZ	**NIT/CC**	1118558007

CONDICION:	VF	Vigencias futuras							
No CDP:	25 58								
No CONTRATO:	3789.2024	**TIPO:**	CONTRATACION DIRECTA					**POLIZA No:**	
ADICIONAL:		**CLASE:**	CONTRATOS DE PRESTACIONES DE SERVICIOS					**CENTRO DE UTILIDAD**	
FECHA No SOPORTE	21/11/2024	**CATEGORIA RP**	**No**	6	CONTRATOS			**ACTO ADMINISTRATIVO**	
DEPENDENCIA CDP:	SECRETARIA EDUCACION	**PLAZO DE CONTRATO:**	MESES:	011	DÍAS:	000		**CUENTA BANCARIA**	36370727028

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**

MAURICIO MORENO PEREZ
Elaborado por:

MAURICIO MORENO PEREZ
SECRETARIO DE HACIENDA

EMPRESA CERTIFICADA
LAT-0969

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el Ramo de Riesgos Laborales se evidenció que, **ANGIE ALEJANDRA MORA SANCHEZ** identificado con **CC** No. **1118558007**, 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 prorroga deberá realizar la correspondiente novedad a través de nuestro portal www.positivaenlinea.gov.co, para continuar con la cobertura.

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202501011238948.

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
	09/01/2025

183558804

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

I. DATOS DEL TRÁMITE

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

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

A. AFILIACIÓN

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

6. Apellidos y nombres			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
Mora	Sánchez	Angie	Alejandra

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CN TI CE CD RC CC / PA SC	1193559007	Femenino / Masculino	D D M M A A A A

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos Personales

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

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotización - IBC
		$ 1423-500 =

18. Residencia

Dirección	Teléfono Fijo
Calle 24 # 14-70.	No Tiene

Teléfono Celular	Correo Electrónico
3227685492	alejandra-09@hotmail.com

Municipio / Distrito	Zona	Localidad / Comuna	Departamento
Yopal.	Urbana / Rural		Casanare

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

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

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

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

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

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

Datos Complementarios

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

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

Selección de la IPS Primaria

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

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

KPDATA

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

35. Nombre o razón social	36. Tipo documento de Identificación (NIT TI CE CC PA CD)	37. Número del documento de Identificación	38. Tipo de aportante o pagador de Pensiones (a registrar por la EPS)

39. Ubicación
Dirección | Teléfono Fijo

Correo Electrónico | Municipio / Distrito | Departamento

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación
Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad (CN TI CE CD RC CC PA SC)	Número del documento de identidad	Sexo (Femenino Masculino)	Fecha de nacimiento (D D M M A A A A)	42. Fecha (D D M M A A A A)
				07/01/2025

43. EPS anterior	44. Motivo de traslado (Código)	45. Caja de compensación Familiar o pagador de pensiones
Sura		

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.

E.P.S. Sanitas
NIT. 800.2[illegible]-6
09 ENE 2025
RECIBIDO
OFICINA YOPAL

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial: Código del Municipio	Código del Departamento	67. Datos del SISBÉN: Número de ficha	Puntaje	Nivel	68. Fecha de Radicación (D D M M A A A A)	69. Fecha de Validación (D D M M A A A A)

70. Datos del funcionario que realiza la validación
Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre

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

Observaciones: [illegible]

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

CTO 3789-2024 ADM

porvenir
sólo hay uno

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

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

CERTIFICA QUE:

ANGIE ALEJANDRA MORA SANCHEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía 1.118.**558.007**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 9 de Enero del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

Cruz Roja Colombiana

CRUZ ROJA COLOMBIANA

F CR IPS 021
Versión 03

Cod. Seguridad
52700

CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR
EXAMEN DE INGRESO

DATOS DEL TRABAJADOR



Fecha	7/02/2023
Nombre	MORA SANCHEZ ANGIE ALEJANDRA
Documento	1118558007
Empresa	INDEPENDIENTE
Cargo	AUXILIAR ADMINISTRATIVO

EXAMENES PARACLÍNICOS REALIZADOS

Espirometria	Optometria	Glicemia	Koh	Coprologico	HCG	ECG
Audiometria	Cuadro Hemático	Serologia	Frotis de garganta	Baciloscopia	RX de columna	
Visiometria	Perfil lipídico	Parcial de Orina	Cultivo de garganta	Hemoclasificacion	RX de torax	
Transaminasas	Bun	Creatinina	Abuso de drogas	Alcohol en saliva	Ex. psicosensometrico	

Otros examenes

CONCEPTO

APTO PARA EL CARGO CON PATOLOGIA QUE NO LIMITA LA LABOR

OBSERVACIONES

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

TRABAJOS ESPECIALES

NA

RECOMENDACIONES

Ocupacionales	Médicas	Vigilancia Epidemiologica	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 Fisica 3 veces por semana X Buena Postura X Dieta hipograsa, hipoglucida, baja en harinas y sal	

Otras recomendaciones VALORACION POR NUTRICION, PROTECCION OCULAR UV.

Cruz Roja Colombiana Seccional Casanare

Carlos Eduardo Lopez Casallas
Especialista en Salud Ocupacional
Licencia SO 0646/20
R M 84400307

MORA SANCHEZ ANGIE ALEJANDRA
TRABAJADOR

CARLOS EDUARDO LOPEZ CASALLAS
LIC S.O 0646-20

Alcaldía Municipal de Yopal

PLAN DE TRABAJO

CONTRATO NO. 3789-2024

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 INSTITUCIÓNES EDUCATIVAS OFICIALES DEL MUNICIPIO DE YOPAL.

ACTIVIDAD	COMO SE DESARROLLA	DONDE SE DESARROLLA	QUE RECURSOS SE REQUIEREN	CUANDO LO ENTREGA	CRONOGRAMA
1. Registrar y actualizar la información contenida en las plataformas autorizadas por el MEN y de la institución educativa oficial asignada, cumpliendo con los procedimientos vigentes.	Soporte de actualización de plataformas y bases de datos.	Institucion Educativa Oficial Luis Hernandez Vargas.	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 Luis Hernandez Vargas.	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 Luis Hernandez Vargas.	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 o registro fotográfico.	Institucion Educativa Oficial Luis Hernandez Vargas.	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
ANGIE ALEJANDRA MORA SANCHEZ

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