Alcaldía Municipal de Yopal

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

CONTRATO No. : 3897 **De Fecha** 2024-11-22

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	FRANCY JANNILINE BASTIDAS PORRAS
NIT DEL CONTRATISTA	1118573014-0
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 FRANCY JANNILINE BASTIDAS PORRAS, identificado(a) con cédula de ciudadanía 1118573014 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. 3897 suscrito el 2024-11-22 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 - 20	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. : 3897 **De Fecha** 2024-11-22

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. 3897 del 2024-11-22.
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:

Francy Bastidas

FRANCY JANNILINE BASTIDAS PORRAS
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

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

Alcaldía Municipal de Yopal

PROCESO GESTIÓN FINANCIERA
COMPROMISO / REGISTRO PRESUPUESTAL

TRD. No.1400.40.10.2025 - 20
MUNICIPIO YOPAL
NIT. 891.855.017-7

No CONSECUTIVO REGISTRO PRESUPUESTAL:	25 - 20		
FECHA REGISTRO PRESUPUESTAL:	02/01/2025		
TERCERO / BENEFICIARIO:	FRANCY JANNILINE BASTIDAS PORRAS	**NIT/CC**	1118573014

CONDICION:			VF	Vigencias futuras					
No CDP:			25 58						
No CONTRATO:	3897.2024	**TIPO:**	CONTRATACION DIRECTA					**POLIZA No:**	
ADICIONAL:		**CLASE:**	CONTRATOS DE PRESTACIONES DE SERVICIOS					**CENTRO DE UTILIDAD**	
FECHA No SOPORTE	22/11/2024	**CATEGORIA RP**	**No**	6	CONTRATOS			**ACTO ADMINISTRATIVO**	
DEPENDENCIA CDP:	SECRETARIA EDUCACION	**PLAZO DE CONTRATO:**	MESES:	011	DÍAS:	000		**CUENTA BANCARIA**	

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.suarez
Elaborado por:

MAURICIO MORENO PÉREZ
SECRETARIO DE HACIENDA

GLOBAL COLOMBIA CERTIFICACIÓN SAS ISO 9001:2015
EMPRESA CERTIFICADA
LAT-0969

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el Ramo de Riesgos Laborales se evidenció que, **FRANCY JANNILINE BASTIDAS PORRAS** identificado con **CC** No. **1118573014**, 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): 202501011274866.

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.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

MIS_4_1_3 FR15 v.07

CLICK PARA REINICIAR TODO

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva eps
gente cuidando gente
NIT. 900.156.264-2

FECHA DE RADICACIÓN: DÍA | MES | AÑO

I. DATOS DEL TRÁMITE

Lea atentamente las instrucciones antes de diligenciar este formulario

1. TIPO DE TRÁMITE: A. AFILIACIÓN [ ] B. REPORTE DE NOVEDADES [✓]
2. TIPO DE AFILIACIÓN: A. Individual: a) Cotizante o cabeza de familia [ ] b) Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]
3. RÉGIMEN: A. Contributivo [✓] B. Subsidiado [ ]
4. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA: SI [ ] NO [ ]
5. TIPO DE AFILIADO: A. Cotizante [ ] B. Cabeza de Familia [ ] C. Beneficiario [ ] D. Afiliado adicional [ ]
5. TIPO DE COTIZANTE: A. Dependiente [ ] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]
7. CÓDIGO

A. AFILIACIÓN

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

8. APELLIDOS Y NOMBRES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
BASTIDAS	PORRAS	FRANCY	JANNILINE

9. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: CC - Cédula de Ciudadanía
10. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1118573014
11. SEXO BIOLÓGICO: M [✓]
12. SEXO IDENTIFICACIÓN: M [✓] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual?
13. NACIONALIDAD
14. LUGAR DE NACIMIENTO: COLOMBIA | CASANARE DEPARTAMENTO | YOPAL MUNICIPIO
15. FECHA NACIMIENTO: 17 DÍA | DICIEMBRE | 1998 AÑO

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

16. ETNIA: 06. Sin Etnia
17. COMUNIDAD INDÍGENA
18. DISCAPACIDAD: SI [ ] NO [✓] | CAT. DE DISCAPACIDAD: N/A
19. TIENE ENCUESTA SISBÉN?: SI [ ] NO [ ]
20. CLASIFICACIÓN SISBÉN | NIVEL | GRUPO
21. GRUPO POBLACIÓN ESPECIAL: 0-Víctimas del conflicto armado interno
22. ARL
23. AFP: COLPENSIONES
24. IBC: $ 1.423.500
25. TARIFA CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA
26. RESIDENCIA
TELÉFONO CELULAR: 3023403911
TELÉFONO FIJO

DIRECCIÓN: CRA 28 #37 -21 | COMPLEMENTO DIRECCIÓN | CORREO ELECTRÓNICO: francybastidas3@gmail.com | DEPARTAMENTO: CASANARE

MUNICIPIO/ DISTRITO: YOPAL | LOCALIDAD/COMUNA | ZONA: CABECERA MUNICIPAL [ ] CENTRO POBLADO [ ] RURAL DISPERSO [ ] RESTO RURAL [ ] | IPS: 6996

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR - Datos de identificación del beneficiario (Cónyuge o compañero (a) permanente del cotizante)

27. APELLIDOS Y NOMBRES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE

28. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD
29. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD
30. SEXO BIOLÓGICO: F [ ] M [ ]
31. SEXO IDENTIFICACIÓN: F [ ] M [ ] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual?
32. NACIONALIDAD
33. LUGAR DE NACIMIENTO: PAÍS | DEPARTAMENTO | MUNICIPIO
34. FECHA NACIMIENTO: DÍA | MES | AÑO

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

	35. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS DE LOS BENEFICIARIOS	36. TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	37. NÚMERO DE IDENTIDAD	38. NACIONALIDAD	39. SEXO F	39. SEXO M	40. SEXO IDENTIFICACIÓN F	M	I	NB	Otro?	41. LUGAR DE NACIMIENTO PAÍS	DEPART.	MUNICIPIO	42. FECHA DE NACIMIENTO DÍA	MES	AÑO
B1																	
B2																	
B3																	
B4																	
B5																	

Datos complementarios del Beneficiario

	43. PARENTESCO	44. ETNIA	45. COMUNIDAD	46. GRUPO DE POBLACIÓN ESPECIAL	47. TIENE ENCUESTA SISBÉN? SI	NO	48. CLASIFICACIÓN SISBÉN NIVEL	GRUPO	49. DIS CAPACIDAD SI	NO	CATEGORÍA DE DISCAPACIDAD	50. NECESIDADES PERMANENTE SI	NO	51. Datos de residencia DEPARTAMENTO	MUNICIPIO/ DISTRITO	ZONA CABECERA MUNICIPAL	CENTRO POBLADO	RURAL DISPERSO	RESTO RURAL
B1							I.	II.											
B2							I.	II.											
B3							I.	II.											
B4							I.	II.											
B5							I.	II.											

	TELÉFONO FIJO Y/O CELULAR	52. VALOR DE LA UPC DEL AFILIADO ADICIONAL	DIRECCIÓN	LOCALIDAD/ COMUNA	CORREO ELECTRÓNICO	53. IPS	54. CÓDIGO DE LA IPS (A REGISTRAR POR LA EPS)
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

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

55. Nombre o razón social
56. Tipo documento de identificación
57. Número del documento de identificación
TELÉFONO FIJO O CELULAR
58. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
59. Dirección: # -
CORREO ELECTRÓNICO
DEPARTAMENTO
MUNICIPIO/DISTRITO

B. REPORTE DE NOVEDADES

59. 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/O CORRECCIÓN DE DATOS COMPLEMENTARIOS [ ]
5. TERMINACIÓN DE LA INSCRIPCIÓN EN LA EPS Código: [ ]
6. REPORTE DE PAGO A TRAVÉS DE UN TERCERO Código: [ ]
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. INSCRIPCIÓN EPS RETORNO AL PAÍS.1. RETIRO DE CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA. [ ]
12. VINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS [ ]
13. DESVINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS [ ]
14. MOVILIDAD A) AL REGIMEN CONTRIBUTIVO B) AL RÉGIMEN SUBSIDIADO [ ]
15. TRASLADO A) MISMO RÉGIMEN B) DIFERENTE RÉGIMEN [ ]
16. REPORTE DE FALLECIMIENTO [ ]
17. REPORTE DEL TRÁMITE DE PROTECCIÓN AL CESANTE [ ]
18. REPORTE DE LA CALIDAD DE PREPENSIONADO [ ]
19. REPORTE DE LA CALIDAD DE PENSIONADO [ ]
20. INGRESO A CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA. [ ]
21. RETIRO DE CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA. [ ]

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

61. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
BASTIDAS	PORRAS	FRANCY	JANNILINE

TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: CC - Cédula de Ciudadanía
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1118573014
62. SEXO BIOLÓGICO: M [✓]
63. SEXO IDENTIFICACIÓN: M [✓] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual?
64. FECHA NACIMIENTO: 17 DÍA | 12 MES | 1998
65. EPS ANTERIOR
66. FECHA DE NOVEDAD: 08 DÍA | 01 MES | 2025
67. MOTIVO DE TRASLADO Código
68. CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR O PAGADOR DE PENSIONES

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

69. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales: Declaro bajo la gravedad de juramento que el(los) Beneficiario(s) reportado(s) dependen económicamente de mí. [ ]
70. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción. [ ]
71. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios. Anexo soporte de la Entidad [ ]
72. Declaración de no intermediación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una institución Prestadora de Servicios de Salud. [ ]
73. 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. [ ]
74. 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 vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran. [ ]
75. Autorizo para que la EPS realice el manejo de 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. [ ]
78. a). Autorizo mi consentimiento explícito para que Nueva EPS establezca comunicación a través de SMS, EMAIL, Página Web, Notificaciones App, Llamadas Telefónicas, WhatsApp y otros canales, para recibir mensajes informativos. [ ]
b). Autorización para que la EPS me contacte con fines netamente informativos sobre la prestación de servicios de salud dentro de los horarios regulares, incluso si estoy registrado en el "Registro de Números Excluidos" (RNE). [ ]
77. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes. [ ]
78. Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, según la encuesta del Sisbén vigente. [ ]

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

79. En caso de ausencia o fallecimiento del cabeza de familia reporte la persona de su grupo familiar que hará cargo del pago de la Contribución Solidaria

APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE

TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD

IX. FIRMAS

80. El cotizante, cabeza de familia, beneficiario cuando aplique o afiliado adicional — Francy Bastidas

81. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de Oficio

X. ANEXOS

82. Anexo copia del documento de identidad: CN [ ] MS [ ] RC [ ] TI [ ] CC [ ] CE [ ] SC [ ] PA [ ] CD [ ] AS [ ] PT [ ]
Cantidad:
Total 0

83. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente. [ ]
84. Copia del registro civil de matrimonio o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declara la unión marital. [ ]
85. 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. [ ]
86. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor. [ ]
87. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia. [ ]
88. 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. [ ]
89. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud numeral 4 y 5 del artículo 2.1.7.3 del Decreto 780 de 2016 [ ]
90. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. [ ]
91. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en las que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio. [ ]

Total Anexos 0

RADICADO EPS 08-01-2025

XI. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL Y/O INSTITUCIONES RESPONSABLES DE POBLACIONES ESPECIALES

92. IDENTIFICACIÓN DE LA ENTIDAD TERRITORIAL: Código del Municipio | Código del departamento
93. NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN

XII. DATOS DE LA INSTITUCIÓN Y DEL FUNCIONARIO QUE VALIDA LA INFORMACIÓN.

94. APELLIDOS Y NOMBRES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE

TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD
95. FIRMA DEL FUNCIONARIO
96. FECHA DE RADICACIÓN: DÍA | MES | AÑO
97. FECHA DE VALIDACIÓN: DÍA | MES | AÑO

OBSERVACIONES:

ADELANTE SOLICITUD

ENTREGA CARTA DE DERECHOS Y DEBERES Y CARTA DE DESEMPEÑO

nueva eps
gente cuidando gente
NIT. 900.156.264-2

Autorización de mensajes de texto. (Circular externa 000016 mayo de 2013)

Yo, FRANCY JANNILINE BASTIDAS PORRAS identificado (a) con número 1118573014 de YOPAL, certifico que:

1	¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la carta de derechos y deberes del afiliado y del paciente?	SÍ☐ No☐
2	¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la carta de desempeño donde se presenta de manera clara su puesto en el ranking?	SÍ☑ No☐
3	¿Leyó el contenido de la carta de derechos y deberes del afiliado y del paciente?	SÍ☑ No☐
4	¿Leyó el contenido de la carta de desempeño de la EPS?	SÍ☑ No☐
5	¿Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información, fue asesorado adecuadamente por la EPS?	SÍ☑ No☐

Así mismo autorizo a NUEVA EPS, para que envíe información al teléfono celular No. 3023403911
y/o correo electrónico: francy3@gmail.com
SÍ☑ No☐
Autorizo la entrega de la carta de Derechos y Deberes del Afiliado y carta de Desempeño, en formato electrónico. SÍ☐ No☐
Consulte la carta de derechos y deberes y la carta de desempeño en el micrositio Web https://www.nuevaeps.com.co/carta-derechos-deberes
Evitando impresiones para ser amigable con el planeta SI☐ NO☐

Cordialmente,

Firma: Evancy Bastidas
Tipo ID: CC - Cédula de ciudadanía No. ID: 1118573014
Fecha de Solicitud: 08 ENERO 2025
Dirección: CRA 28 N 37-21
Tel: 3023403911 Municipio: YOPAL
Departamento: CASANARE



Afiliado manifiesta que no sabe o no puede firmar, autoriza a:

Firma:
Tipo ID: No. ID:
Fecha (dd/mm/aaaa):
Dirección:
Tel: Municipio:
Departamento:

Huella

Manifiesto con mi firma la aceptación de todas las declaraciones y términos incorporados en este formato y el consentimiento expreso, previo e informado en relación con el tratamiento de mis datos personales que hará NUEVA EPS S.A., en sujeción a la política para el tratamiento de datos personales de la NUEVA EPS S.A..

Declaración Juramentada de Convivencia: Declaro que convivo con el(la) Señor(a) _____ Identificado(a) con No. _____ desde el día _____ del mes _____ del año _____.

Autorizaciones

En virtud de la anterior certificación, autorizo expresamente y conforme a lo dispuesto en los artículos 14 y 15 de la Ley 527 de 1995, a NUEVA EPS S.A. para que me remita información en forma de mensajes de datos, a través de mecanismos como sms -short message service - , correos electrónicos y redes sociales, relacionada con los servicios de NUEVA EPS S.A. y la carta de derecho de deberes.
Autorizo de manera expresa a NUEVA EPS S.A. y/o a la persona natural o jurídica a quien ésta encargue, para que recolecte, almacene, use, haga circular, actualice o suprima mis datos personales, para acceder a los servicios de la NUEVA EPS S.A. y para el cumplimiento de la carta de derechos y deberes.

Aviso de privacidad

Hago constar expresamente que NUEVA EPS S.A. me informó sobre los siguientes derechos que me asisten como titular de datos personales:

- Acceder los datos personales que hayan sido objeto de tratamiento conforme a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 y las demás normas que la modifiquen, adicionen o complementen.
- Conocer, actualizar y rectificar los datos personales frente al responsable del tratamiento y al encargado del tratamiento. Este derecho se podrá ejercer, entre otros datos, en relación con datos parciales, inexactos, incompletos, fraccionados, que induzcan a error, o aquellos datos cuyo tratamiento esté expresamente prohibido o no haya sido autorizado.
- Solicitar prueba de la autorización otorgada al responsable del tratamiento, salvo cuando expresamente se exceptúe como requisito para el tratamiento, de conformidad con lo previsto en el artículo 10 de la Ley 1581 de 2012.
- Ser informado por el responsable del tratamiento o el encargado del tratamiento, previa solicitud, con respecto del uso que le ha dado a los datos personales.
- Presentar ante la Superintendencia de Industria y Comercio quejas por infracciones a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 y las demás normas que la modifiquen, adicionen o complementen.
- Revocar la autorización y/o solicitar la supresión del dato cuando en el tratamiento no se respeten los principios, derechos y garantías constitucionales y legales. La revocatoria y/o supresión procederá cuando la Superintendencia de Industria y Comercio haya determinado que en el tratamiento el responsable o encargado han incurrido en conductas contrarias a esta ley y a la constitución.

En cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 y las demás normas que los modifiquen, adicionen o complementen, le informamos que usted puede conocer la política de tratamiento de los datos personales de NUEVA EPS S.A., a través de los siguientes mecanismos que ponemos a su disposición:

Sitio web: www.nuevaeps.co
Régimen Contributivo:
Línea Gratuita: **01 8000 954400**
Línea de atención en Bogotá: **(601) 307 7022**
Régimen Subsidiado:
Línea Gratuita: **01 8000 95 2000**
Línea de atención en Bogotá: **(601) 307 7051**
Oficinas de atención al afiliado de NUEVA EPS S.A.
Conmutador: **(601) 419 3000**
Dirección Administrativa: Carrera 85k No 46A – 66 Piso 2

Sr.(a) afiliado(a), la información por usted suministrada en este formato, así como la relacionada en el formulario de afiliación y/o demás documentos anexos, serán utilizados por NUEVA EPS S.A. como responsable del tratamiento de la información únicamente para los fines específicos relacionados con la administración y prestación de servicios en salud de Plan Obligatorio de Salud, de acuerdo con la Ley 1581 de 2012 "Hábeas Data"; dicho tratamiento podrá implicar la trasferencia, trasmisión y/o recepción de los datos, y el cual se realizará a través de sí misma, terceros encargados de tratamiento de información o de sus aliados comerciales, para fines comerciales y para la correcta prestación del servicio, de la forma indicada en los Términos y Condiciones de cada uno de sus portales y de la Política de Confidencialidad y Protección de Datos.

INFORMACIÓN PARA SER DILIGENCIADA POR EL TRABAJADOR INDEPENDIENTE CUYO INGRESO SEA IGUAL O SUPERIOR A 1 SMMLV

ACTIVIDAD ECONÓMICA	ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES	ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES	INGRESO BASE DE COTIZACIÓN	POSEE VIVIENDA PROPIA	SÍ		PRODUCTOR AGROPECUARIO	SÍ	
			$ $ 1423500		NO	✔		NO	✔

Nivel de Escolaridad									
	Ninguno ☐	Secundaria ☐	Normalista ☐	Profesional ☐	Doctorado ☐	Posición Ocupacional	Patrón/Empleador ☐	Contratista ✔	Trabaja por su Cuenta ☐
	Preescolar ☐	Media académica o clásica (bachillerato básico) ☐	Técnico Profesional ☐	Especialización ☐	Último Grado	Inicio Contrato		Fin Contrato	
	Básico Primaria ☐	Media técnica (bachillerato básico) ☐	Tecnológica ☐	Maestría ✔	Aprobado _____				

SEÑOR USUARIO: TRABAJADOR INDEPENDIENTE O CONTRATISTA, RECUERDE REPORTAR LA NOVEDAD DE RETIRO EN LA PLANILLA DE PAGO A PARTIR DEL MOMENTO QUE DECIDA NO CONTINUAR CON LOS SERVICIOS DE SALUD, EL NO HACERLO LE GENERA MORA, LA CUAL TENDRÁ VIGENCIA HASTA EL MOMENTO EN EL QUE REPORTE SU RETIRO AL SISTEMA, DECRETO 806 ART. 57 DE 1998 Y ART. 59 DECRETO 1406 DE 1999.

SÓLO DILIGENCIAR SI ES COTIZANTE INDEPENDIENTE PAGO POR TERCERO	Nombre del Tercero	Tipo de Identificación	Identificación del Tercero que realiza el Aporte	DV

INFORMACIÓN PARA SER DILIGENCIADA POR LA EPS

Nombre del ASESOR o PROMOTOR	CÓDIGO ASESOR o PROMOTOR	Nombre de OFICINA	CIUDAD Y FECHA

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

Colpensiones

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **FRANCY JANNILINE BASTIDAS PORRAS** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1118573014,** se encuentra afiliado/a desde **13/06/2024** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 07 de enero de 2025.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

Nota: Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

CRUZ ROJA COLOMBIANA

Cruz Roja Colombiana

F CR IPS 021
Versión 03

Cod. Seguridad
66297

CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR
EXAMEN DE INGRESO

DATOS DEL TRABAJADOR



Fecha	13/06/2024
Nombre	BASTIDAS PORRAS FRANCY JANNILINE
Documento	1118573014
Empresa	SECRETARIA DE EDUCACION DE YOPAL
Cargo	AUXILIAR ADMINISTRATIVO

EXAMENES PARACLÍNICOS REALIZADOS

Espirometria		Optometría		Glicemia		Koh		Coprológico		HCG		ECG			
Audiometria		Cuadro Hemático		Serologia		Frotis de garganta		Basciloscopia		RX de columna					
Visiometria		Perfil lipidico		Parcial de Orina		Cultivo de garganta		Hemoclasificación		RX de torax					
Transaminasas		Bun		Creatinina		Abuso de drogas		Alcohol en saliva		Ex. psicosensometrico					

Otros examenes NO SOLICITADOS

CONCEPTO

APTO PARA EL CARGO CON PATOLOGIA QUE NO LIMITA LA LABOR

OBSERVACIONES

SEGUIR PROTOCOLO DE BIOSEGURIDAD

TRABAJOS ESPECIALES

NA

RECOMENDACIONES

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

Otras recomendaciones CITA POR OPTOMETRIA// - SE RECALCA USAR PROTECCION OCULAR UV, E HIGIENE DE MANOS FRECUENTE,

Francy Bastidas

Cruz Roja Colombiana Seccional Casanare

Dra. Mariana Pulido Tapias
Médico General
Esp. Salud Ocupacional
Licencia SO 0136 / RM 8512898

BASTIDAS PORRAS FRANCY JANNILINE
TRABAJADOR

MARIANA PULIDO TAPIAS
LIC S.O 0136-16

Alcaldía Municipal de Yopal

PLAN DE TRABAJO

CONTRATO NO. 3897-2024

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.	Institución Educativa El Paraíso del Municipio de Yopal.	Elementos de oficina (computador,impresora, paquetes de office) base de los estudiantes	En el informe de actividades Mensual	Las actividades se realizaran 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.	Institución Educativa El Paraíso del Municipio de Yopal.	Elementos de oficina (computador,impresora, paquetes de office) base de los estudiantes	En el informe de actividades Mensual	Las actividades se realizaran 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.	Institución Educativa El Paraíso del Municipio de Yopal.	Elementos de oficina (computador,impresora, paquetes de office) base de los estudiantes	En el informe de actividades Mensual	Las actividades se realizaran 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.	Institución Educativa El Paraíso del Municipio de Yopal.	Elementos de oficina (computador,impresora, paquetes de office) base de los estudiantes	En el informe de actividades Mensual	Las actividades se realizaran diariamente o de acuerdo a las indicaciones del rector

Francy Bastidas

FIRMA CONTRATISTA
FRANCY JANNILINE BASTIDAS PORRAS

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