Alcaldía Municipal de Yopal

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

CONTRATO No. : 3974 **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 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	ZAIRA YAISSA URIBE CABEZAS
NIT DEL CONTRATISTA	1118564304-3
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 ZAIRA YAISSA URIBE CABEZAS, identificado(a) con cédula de ciudadanía 1118564304 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. 3974 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 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 - 201	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. : 3974 **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. 3974 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:

ZAIRA YAISSA URIBE CABEZAS
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 - 201
MUNICIPIO YOPAL
NIT. 891.855.017-7

No CONSECUTIVO REGISTRO PRESUPUESTAL:	25 - 201		
FECHA REGISTRO PRESUPUESTAL:	02/01/2025		
TERCERO / BENEFICIARIO:	zaira yaissa uribe cabezas	**NIT/CC**	1118564304

CONDICION:	VF	Vigencias futuras							
No CDP:	25 58								
No CONTRATO:	3974.2024	**TIPO:**	CONTRATACION DIRECTA					**POLIZA No:**	
ADICIONAL:		**CLASE:**	CONTRATOS DE PRESTACIONES DE SERVICIOS					**CENTRO DE UTILIDAD**	
FECHA No SOPORTE	12/12/2024	**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

Correo: CONSUELO U | Recibidos (8.771) - pr | SOLICITUD DE RP - CT | Editar Contrato | Registro General | Contractvs

al.universo-online.com.co/WebForms/Presupuesto/PresupuestoGastos/RegistroRP/RegistroGeneral.aspx

Sistema General de... | CSV Analyzer | STORM Web | Sistema Universo | QfDocument Web | Contractvs | QfCalidad

RP

Exportar | Navegación | Informe

Alcaldía Municipal de Yopal

PROCESO GESTIÓN FINANCIERA
COMPROMISO / REGISTRO PRESUPUESTAL
TRD. No.1400.40.10.2025 - 201
MUNICIPIO YOPAL
NIT. 891.855.017-7

No CONSECUTIVO REGISTRO PRESUPUESTAL:	25 - 201		
FECHA REGISTRO PRESUPUESTAL:	02/01/2025		
TERCERO / BENEFICIARIO:	zaira yaissa uribe cabezas	**NIT/CC**	1118564304

CONDICION:			VF	Vigencias futuras					
No CDP:			25 58						
No CONTRATO:	3974.2024	**TIPO:**	CONTRATACION DIRECTA					**POLIZA No:**	
ADICIONAL:		**CLASE:**	CONTRATOS DE PRESTACIONES DE SERVICIOS					**CENTRO DE UTILIDAD**	
FECHA No SOPORTE	12/12/2024	**CATEGORIA RP**	**No**	6	CONTRATOS			**ACTO ADMINISTRATIVO**	
DEPENDENCIA CDP:	SECRETARIA EDUCACION	**PLAZO DE CONTRATO:**	MESES:	011	DIAS:	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 Así:

PRESUPUESTO

RUBRO PRESUPUESTAL	NOMBRE DEL RUBRO	FUENTE DE FINANCIACIÓN		CPC DANE	BPIN	FC	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

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, **ZAIRA YAISSA URIBE CABEZAS** identificado con **CC** No. **1118564304**, 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): 202501011274726.

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

nueva eps

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

07 01 2025

I. DATOS DEL TRÁMITE

II. AFILIACIÓN

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

9. APELLIDOS	Uribe	Cabezas		10. NOMBRES	Zaira	Yaissa			
11. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	CC	12. NÚMERO DE IDENTIDAD	1118564304	13. SEXO BIOLÓGICO	X	14. SEXO IDENTIFICACIÓN (Cual?)	X		
15. NACIONALIDAD	Colombiana	16. LUGAR DE NACIMIENTO	Colombia Casanare Yopal	17. FECHA DE NACIMIENTO	04 Marzo 1996				

IV. DATOS COMPLEMENTARIOS

18. ETNIA		19. DISCAPACIDAD	SI / NO	CÓD. DE DISCAPACIDAD	20. TIENE ENCARGO (ESTÁ SIENDO)	SI / NO	21. CLASIFICACIÓN SISBEN	NIVEL	GRUPO
22. GRUPO POBLACIONAL ESPECIAL	23. ARL								
24. AFP	colfondos	25. IBC	1423500	26. TARIFA CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA					
27. RESIDENCIA	3229326809	TELÉFONO CELULAR		TELÉFONO FIJO					
DIRECCIÓN	Calle 23 A # 27 - 32			CORREO ELECTRÓNICO	Yaissa Uribe@gmail.com				
DEPARTAMENTO	Casanare	MUNICIPIO/ DISTRITO	Yopal	LOCALIDAD/COMUNA		ZONA	X		

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR - Datos de identificación del beneficiario

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	31. SEXO IDENTIFICACIÓN (Cual?)	32. NACIONALIDAD	33. LUGAR DE NACIMIENTO	34. FECHA NACIMIENTO			

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. Datos de residencia				
01									
02									
03									
04									
05									

Datos complementarios del Beneficiario

	40. PARENTESCO	41. ETNIA	42. VALIDACIÓN	43. REQUIERE CUIDADOR	44. DISCAPACIDAD	45. CÓD. DE DISCAPACIDAD	46. TIENE ENCARGO	47. CLASIFICACIÓN SISBEN	48. GRUPO POBLACIONAL ESPECIAL
01				SI / NO	SI / NO		SI / NO		
02									
03									
04									
05									

	TELÉFONO FIJO Y/O CELULAR	50. TIPO DE VÍA DEL ÁREA URBANA	DIRECCIÓN	LOCALIDAD COMUNA	CORREO ELECTRÓNICO	53. IPS	54. PAÍS DE RESIDENCIA (Para Extranjeros)
01							
02							
03							
04							
05							

VI. 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	58. Tipo de aportante (empleador o pagador por otro)

59. Dirección # - 0

VII. REPORTE DE NOVEDADES

60. 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 LOS PILA/ISS Código ____
7. INCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES
8. EXCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES
9. INICIO DE RELACIÓN LABORAL O MODIFICACIÓN DE CONDICIONES PARA COTIZAR X
10. TERMINACIÓN DE LA RELACIÓN LABORAL O PÉRDIDA DE LAS CONDICIONES PARA SEGUIR COTIZANDO
11. INSCRIPCIÓN EPS PUTUMAYO AL PAIS Y APORTE 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 RÉGIMEN CONTRIBUTIVO
B. AL RÉGIMEN SUBSIDIADO

61. TRABAJO
A. DEPENDIENTE
B. CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS
C. INDEPENDIENTE
D. PENSIONADO
E. SERVICIO DOMÉSTICO
F. INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS
G. APORTANTE
H. CABEZA DE FAMILIA
I. BENEFICIARIO DE UPC ADICIONAL
J. ESTUDIANTE
K. PENSIONADO POR INVALIDEZ
L. ACTIVIDAD INDEPENDIENTE CON CAPACIDAD DE PAGO DEFINIDA
M. MADRES COMUNITARIAS
N. EXTRANJERO NO OBLIGADO A COTIZAR A PENSIONES
O. CONCEJAL

VIII. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

62. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN	PRIMER APELLIDO	Uribe	SEGUNDO APELLIDO	Cabezas	PRIMER NOMBRE	Zaira	SEGUNDO NOMBRE	Yaissa
TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	CC	NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1118564304	63. SEXO BIOLÓGICO	X	63. SEXO IDENTIFICACIÓN (Cual?)	X	
64. FECHA NACIMIENTO	4 Marzo 1996	65. EPS ANTERIORES		66. FECHA DE NOVEDAD	07 enero 2025	67. MOTIVO DE TRASLADO Código	

IX. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

68. 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.
69. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
70. Declaración de existencia de carencia de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios. Anexo soporte de la Entidad
71. Declaración de no información del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud
72. Declaración de no información 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 lo 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.
76. a) Acepto el consentimiento explícito para que Nueva EPS establezca comunicación a través de SMS, EMAIL, Página Web, Notificaciones App, Llamadas Telefónicas, WhatsApp y otros similares, 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 las fronteras nacionales, incluso a estos registrados en el "Registro No Numeros Excluidos" (RNE).
77. Aceptación de las condiciones para mantener a la Cotizante/Or Solidario y de realizar los pagos correspondientes.
78. Aceptación de la actualización de grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, según la vigencia del Sistema vigente.

X. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

79. En caso de solidaridad o fallecimiento del cabeza de familia, reporte la persona de su grupo familiar que hará el 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			

XI. FIRMAS

80. El cotizante, cabeza de familia, beneficiario mayor de edad o afiliado adicional

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

XII. ANEXOS

82. Anexo copia del documento de identidad — Cantidad — Folios 0

83. Copia del formulario de inscripción del cotizante emitido por la autoridad competente.
84. Copia del registro civil de matrimonio o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
85. Copia del registro civil de nacimiento o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital de hecho
86. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare la unión marital de hecho
87. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor
88. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia
89. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad o del certificado de defunción de los padres o la declaración escrita por el cotizante sobre el abandono
90. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud numeral 4 y [illegible]
91. Certificación de movilidad a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
92. Copia del acta parroquial o del documento de identidad que acredite la calidad de [illegible]

nueva eps
Se tramita para estudio en la EPS
Doris Del Carmen Mora Pinzon
COD-A058-Zona Casanare

07/01/2025

Total Anexos 0

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

93. 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					
TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	95. FIRMA DEL FUNCIONARIO	96. FECHA DE RADICACIÓN	97. FECHA DE VALIDACIÓN	

OBSERVACIONES

Recuerda 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.

- ORIGINAL: E.P.S. -

Escaneado con CamScanner

ENTREGA CARTA DE DERECHOS Y DEBERES Y CARTA DE DESEMPEÑO

nueva eps

Autorización de mensajes de texto.

Yo Laura Yaissa Uribe Cabezas identificado (a) con cedula de ciudadania número 1118564304 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?	SI[X] 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?	SI[X] No[ ]
3	¿Leyó el contenido de la carta de derechos y deberes del afiliado y del paciente?	SI[X] No[ ]
4	¿Leyó el contenido de la carta de desempeño de la EPS?	SI[X] No[ ]
5	¿Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información, fue asesorado adecuadamente por la EPS?	SI[X] No[ ]

Así mismo autorizo a NUEVA EPS, para que envíen información sobre mi teléfono celular No. 3227326809 y/o correo electrónico yaissauribe@gmailcom

SI[X] No[ ]

Autorizo la entrega de la carta de Derechos y Deberes del Afiliado y carta de Desempeño, en formato electrónico. SI[X] No[ ]

Consulte la carta de derechos y deberes y la carta de desempeño en el micrositio Web https://www.nuevaeps.com.co/ o la oficina de su preferencia. Evitando inconvenientes para su amigable con el planeta. SI[X] NO[ ]

Cordialmente,

Firma:

Tipo ID: CC No. ID: 1118564304

Fecha de Solicitud: 07 de enero 2023

Dirección: calle 23 A No 27-32

Tel: 3227326809 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 formulario y el consentimiento expreso, previo e informado para el tratamiento de mis datos personales por parte NUEVA EPS S.A., en aplicación 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 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 1999, 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 esta 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) 413 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 del Plan Obligatorio de Salud, de acuerdo con la Ley 1581 de 2012 "Habeas 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		PROTECTOR AGROPECUARIO	
independiente		Colfondos	$ 1423500	SI [X]		SI [ ]	NO [X]

Nivel de Escolaridad: Ninguno [ ] Secundaria [ ] Normalista [ ] Profesional [ ] Doctorado [ ]
Preescolar [ ] Básica acadêmica o clásica (Bachillerato básico) [ ] Técnica Profesional [ ] Especialización [ ] Último Grado
Básica Primaria [ ] Media técnica (Bachillerato básico) [X] Tecnológica [ ] Maestría [ ] Aprobado ____

Posición Ocupacional: Patrón/Empleador [ ] Contratista [ ] Trabaja por su Cuenta [ ]

Inicio Contrato | Fin Contrato

MAYOR USUARIO: TRABAJADOR INDEPENDIENTE O CONTRATISTA REQUIERE REPORTAR LA NOVEDAD DE RETIRO EN LA PLANILLA DE PILA A PARTIR DEL MOMENTO EN QUE DEJA DE PERCIBIR LOS INGRESOS DE SALUD EL MISMO DÍA. LA DECLARACIÓN CAUSA, TENDRÁ VIGENCIA HASTA EL MOMENTO EN EL QUE REPORTE EL RETIRO AL SISTEMA DE ACUERDO A LO DISPUESTO EN EL DECRETO 1990 DE 2016.

SOLO 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

Escaneado con CamScanner

COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) ZAIRA YAISSA URIBE CABEZAS identificado(a) con C.C No. 1.118.564.304, se encuentra afiliado(a) al Fondo Pensiones Obligatorias NIT 800.227.940-6.

Se expide la presente certificación a solicitud del afiliado(a) el día 07 de enero del 2025.

El presente certificado es emitido como un archivo PDF y contiene una firma digitalizada válida para todos sus efectos de conformidad con lo dispuesto en la Ley 527 de 1999.

Cualquier inquietud adicional no dude en escribirnos a través de nuestro portal transaccional www.colfondos.com.co opción PQR's, o comuníquese con nuestro Contact Center a través de las siguientes líneas Bogotá 601 748 48 88, Barranquilla 605 386 98 88, Bucaramanga 607 698 58 88, Cali 602 489 98 88, Cartagena 605 694 98 88, Medellín 604 604 28 88 y en el resto del país 01 800 05 10000.

Leonardo Cáceres García
Gerente Cuentas y Recaudo
Colfondos S.A Pensiones y Cesantías

Cruz Roja Colombiana

CRUZ ROJA COLOMBIANA

F CR IPS 021
Versión 03

Cod. Seguridad
70249

CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR
EXAMEN DE INGRESO



DATOS DEL TRABAJADOR

Fecha	18/11/2024
Nombre	URIBE CABEZAS ZAIRA YAISSA
Documento	1118564304
Empresa	SECRETARIA DE EDUCACION MUNICIPAL
Cargo	TECNICO ASISTENCIAL

EXAMENES PARACLÍNICOS REALIZADOS

Espirometría		**Optometría**		**Glicemia**		**Koh**		**Coprológico**		**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. psicosensometrico**	

Otros examenes

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 Uso de correción óptica permanente 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 X Dieta hipograsa, hipoglucida, baja en harinas y sal	

Otras recomendaciones VALORACION POR NUTRICION, CONTROL POR OPTOMETRIA, PROTECCION OCULAR UV.

Cruz Roja Colombiana Seccional Casanare

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

URIBE CABEZAS ZAIRA YAISSA
TRABAJADOR

CARLOS EDUARDO LOPEZ CASALLAS
LIC S.O 0646-20

Alcaldía Municipal de Yopal

PLAN DE TRABAJO

CONTRATO NO. 3974-2024

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 SANTA TERESA 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 SANTA TERESA 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 SANTA TERESA 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 o registro fotográfico.	Institución Educativa SANTA TERESA 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

FIRMA CONTRATISTA
ZAIRA YAISSA URIBE CABEZAS

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