Yo, **SHIRLEY THOMAS ALVARADO**

en mi calidad de SUPERVISOR, INTERVENTOR O INTERLOCUTOR del documento relacionado a continuación, certifico para efectos del presente pago, que el proveedor o contratista ha cumplido con las obligaciones financieras consignadas en el documento contractual, ha acreditado y demostrado el pago de los aportes a la Seguridad Social Integral y Parafiscales en los montos y plazos establecidos, verificando el cumplimiento conforme a lo dispuesto en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002 ó ha acreditado y demostrado cumplir lo descrito en el Art. 114-1 del Estatuto Tributario y el art. 65 de la Ley 1819 de 2016. En tal virtud, autorizo el pago conforme al siguiente detalle:

1. DATOS GENERALES

NOMBRE DEL PROVEEDOR O CONTRATISTA	**ASOCIACION DE TRABAJADORES CAMPESINOS DEL CARARE**					
TIPO DE DOCUMENTO IDENTIFICACIÓN	**Nit**	No. DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	**800.019.737**			
TIPO DE DOCUMENTO FUENTE	**CONTRATO**	**NÚMERO DOCUMENTO FUENTE**	**68002532025**	**FECHA SUSCRIPCIÓN**	**21** (día) / **2** (mes) / **2025** (año)	
PLAZO DE EJECUCIÓN	DESDE 21 (día) / febrero (mes) / 2025 (año)	HASTA	30 (día) / septiembre (mes) / 2025 (año)	RÉGIMEN TRIBUTARIO	**NO REPSONSABLE DEL IMPUESTO**	
FECHA DE EXPEDICIÓN DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN	**11** (día) / **abril** (mes) / **2025** (año)					

2. DATOS DEL PAGO

PAGO CON CARGO A:	Vigencia	PAGO No:	1	DE	8
VALOR A PAGAR	**$ 91.453.536**	EN LETRAS	**NOVENTA Y UN MILLONES CUATROCIENTOS CINCUENTA Y TRES MIL QUINIENTOS TREINTA Y SEIS PESOS M/CTE**		
PERÍODO DE PAGO	DESDE **21** (día) / **Febrero** (mes) / **2025** (año)	**HASTA**	**28** (día) / **febrero** (mes) / **2025** (año)		

2.1 AFECTACIÓN PRESUPUESTAL

DESCRIPCIÓN DEL RUBRO	RPC	RECURSO	IDENTIFICADOR PRESUPUESTAL	DEPENDENCIA DE AFECTACIÓN DEL GASTO	USO PRESUPUESTAL	VALOR A PAGAR
ADQUISICION DE BIENES Y SERVICIOS	46425	10	C-4602-1500-9-704020-4602020-02	161	02-02-02-009-002-01	$ 91.453.536

NOTA: LOS REQUISITOS PARA EL TRÁMITE DEL PAGO ESTÁN ESTABLECIDOS EN LA RESOLUCIÓN VIGENTE DEL PROCESO GESTIÓN FINANCIERA

2.2 INFORMACION BANCARIA

CONSIGNAR EN EL BANCO:	BANCO BILBAO VIZCAYA ARGENTARIA COLOMBIA S.A. BBVA	NÚMERO DE CUENTA	0 232009227	TIPO DE CUENTA	AHORROS

3. OBSERVACIONES

Se realiza un descuento de $159.748.351 por concepto de inicio tardío Febrero 2025

4. ANTICIPOS

VALOR A PAGAR	$ -	**A**	EN LETRAS		
AMORTIZACIÓN ANTICIPO	$ -		CUOTA NÚMERO		DE

5. APLICACIÓN DEL PAGO

PAGO CORRIENTE		
GASTOS DE FUNCIONAMIENTO	VALOR	
GASTOS DE INVERSIÓN DIFERENTES A INFRAESTRUCTURA	VALOR	$ 91.453.536
GASTOS DE INVERSIÓN INFRAESTRUCTURA	VALOR	
TOTAL PAGO CORRIENTE	VALOR	$ 91.453.536
TOTAL A PAGAR (A+B)	VALOR:	$ 91.453.536

SUPERVISOR(ES), INTERVENTOR(ES) O INTERLOCUTOR(ES) DEL CONTRATO

NOMBRE	CARGO	DIRECCIÓN REGIONAL / SDG	ÁREA O C.Z.	FIRMA
SHIRLEY THOMAS ALVARADO	CORDINADORA	SANTANDER	CZ YARIGUIES	

NOMBRE	CARGO	DIRECCIÓN REGIONAL	ÁREA O C.Z.	FIRMA

FUNCIONARIO FINANCIERO DESIGNADO / ÁREA O CENTRO ZONAL

NOMBRE	CARGO	DIRECCIÓN REGIONAL	ÁREA O C.Z.	FIRMA
DAIDYS GONZALEZ ITURRIAGO	CONTADORA-CONTRATISTA	SANTANDER	CZ YARIGUIES	

RESPONSABLE DEL VISADO DE PAC

NOMBRE	ÁREA	FIRMA	FECHA (dd/mm/aaaa)
SHIRLEY THOMAS ALVARADO	CORDINADORA		**11/04/2025**

ESPACIO PARA SER DILIGENCIADO ÚNICAMENTE POR LAS PAGADURIAS

RECEPCIÓN DOCUMENTOS

NOMBRE QUIÉN RECEPCIONA	FECHA DE RECEPCIÓN	HORA DE RECEPCIÓN	FIRMA

DEVOLUCIONES

NOMBRE QUIÉN DEVUELVE	FECHA DE DEVOLUCIÓN	HORA DE RECEPCIÓN	FIRMA

RECEPCIÓN DE DOCUMENTOS DESPUÉS DE EFECTUADA LA DEVOLUCIÓN

NOMBRE QUIÉN RECEPCIONA	FECHA DE RECEPCIÓN	HORA DE RECEPCIÓN	FIRMA

LA SUSCRITA SUPERVISORA DEL CONTRATO 68002532025

CERTIFICA

Que se verificó los documentos que a continuación relaciono presentados por el Operador **ASOCIACION DE TRABAJADORES CAMPESINOS DEL CARARE, con NIT 800.019.737**, establecidos en la resolución 2926 de 2013 artículo 5 y clausula Tercera valor del desembolso y forma de pago de los aportes ICBF para el **PRIMER DESEMBOLSO** y que dichos documentos se encuentran en el Centro Zonal:

a) Presupuesto inicial de ingresos y gastos aprobado por el supervisor y/o interventor del contrato, el cual debe guardar coherencia con los costos de referencia del servicio, y la información registrada mensualmente en SIM - Metas Sociales y Financieras. b) Aprobación de la contrapartida, cuando aplique, por el supervisor y/o interventor del contrato. c) Reporte generado por el Sistema de Información y validado por el representante legal o quien haga de sus veces de los datos del Representante Legal, EAS, dirección exacta, teléfono exacto de la sede principal de la EAS, contrato, servicio y valores de acuerdo con la documentación física. d) El listado actualizado de las UDS en las cuales se prestarán los servicios de atención a los participantes según los datos existentes (código de unidades, nombres, dirección, teléfono y responsable) tomando como insumo los datos ya creados en el Sistema de Información que el ICBF disponga. e) Listado de los datos básicos de los participantes de continuidad en la unidad de servicio y los que ingresan según lo establecido en la Guía para la Focalización de usuarios de los servicios de Primera Infancia y las demás directrices del ICBF f) Acta de visita, ficha y registro fotográfico realizado por el supervisor y/o interventor del contrato (conforme a la Resolución No. 4733 de 2022, o documento que la modifique o sustituya) que soporte que la infraestructura ofertada cumple con las condiciones físicas de las instalaciones relacionadas para la prestación del servicio a contratar (Solo aplica cuando el ICBF, para la selección, tuvo en cuenta la sede propia ofertada por la entidad). g) Copia de los contratos celebrados con el talento humano contratado para la ejecución y copia de las certificaciones de vinculación de estos al Sistema Integral de Seguridad Social y parafiscales

Se expide en Barrancabermeja a los **11** días del mes de **Abril** de 2025

SHIRLEY THOMAS ALVARADO
Coordinadora CZ Yariguies

ASOCIACION DE TRABAJADORES CAMPESINOS DEL CARARE
NIT 800.019.737-5
cra 12D 8 32 BARRIO PRADOS DEL OCCIDENTE
Tel: (607) 3227268977
Cimitarra - Colombia
atcc.cimitarra4@gmail.com

Factura electrónica de venta
No. ATCC 5

Señores	ICBF - Instituto Colombiano de Bienestar Familiar		
NIT	899.999.001-7	**Teléfono**	(607) 7870000 - Ext. 000
Dirección	calle 57 #27-105 Barrio Galan	**Ciudad**	Barrancabermeja - Colombia

Fecha y hora Factura	
Generación	06/03/2025, 07:32
Expedición	06/03/2025, 07:35
Vencimiento	06/03/2025

Ítem	Descripción	Cantidad	Vr. Total
1	PRIMER DESEMBOLSO CONTRATO 68002532025	1.00	91,453,536.00

Total items: 1

Valor en Letras:
Noventa y un millones cuatrocientos cincuenta y tres mil quinientos treinta y seis pesos m/cte

Total Bruto	91,453,536.00
IVA 0%	0.00
Total a Pagar	91,453,536.00

Forma de pago:
Crédito

Medio de pago:
Otro - Clientes Nacionales - Cuota No. 001 vence el 2025-03-06 por $ 91,453,536.00

Observaciones:
PRESTAR LOS SERVICIOS DE EDUCACIÓN INICIAL EN EL MARCO DE LA ATENCIÓN INTEGRAL A LA PRIMERA INFANCIA DE CONFORMIDAD CON LOS MANUALES TÉCNICOS, GUÍAS OPERATIVAS PARA LA ATENCIÓN A LA PRIMERA INFANCIA Y LOS LINEAMIENTOS ESTABLECIDOS POR EL ICBF, EN ARMONÍA CON LA POLÍTICA DE ESTADO PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA PRIMERA INFANCIA DE “CERO A SIEMPRE” Se realiza un descuento de $159.748.351 por concepto de inicio tardío

A esta factura de venta aplican las normas relativas a la letra de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008). Con esta el Comprador declara haber recibido real y materialmente las mercancías o prestación de servicios descritos en este título - Valor. **Número Autorización Electrónica 18764080166806 aprobado en 20240923 prefijo ATCC desde el número 1 al 50000 Vigencia: 24 Meses**

Fabricante Software y Proveedor tecnológico: Siigo SAS - Nit 830.048.145-8. Nombre Software: Siigo Nube. Firma electrónica: ver en el XML

Responsable de IVA - Actividad Económica 9499 Actividades de otras asociaciones n.c.p. Tarifa
CUFE: 9e57612ca27fb5b849ab0a9bca0c0a18539218550752909b43d0a7c7afcb80b345089f8085f0dbb99d7c59a73189b336

CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE PAGO A PROVEEDORES, IMPUESTOS Y OBLIGACIONES TRIBUTARIAS

SEÑORES:
INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIARCENTRO ZONAL –YARIGUIES SANTANDER

REFERENCIA: CONTRATO DE APORTES N. 68002532025-PUERTO PARRA

Yo, **LUIS FERNANDO SERNA RENTERIA,** identificado con cédula No. 91.446.857 en mi calidad de representante legal y ENRIQUE HOBED MERA DUQUE, identificado con cédula No.10.549.164 de Popayán, en mi calidad de Contador de la entidad **ASOCIACION DE TRABAJADORES CAMPESINOS DEL CARARE Con** el NIT. 800.019.737-5, manifestamos bajo gravedad de juramento que esta entidad inicio contrato el 21/02/2025 por tanto para el Primer desembolso de Alistamiento no se realizó proceso con Proveedores,

Para constancia de lo anterior se firma en Cimitarra, en el mes de marzo del 2025.

Atentamente,

LUIS FERNANDO SERNA RENTERIA
Representante Legal
ATCC

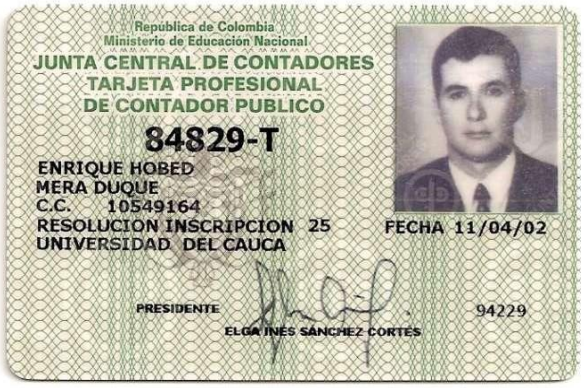
ENRIQUE HOBED MERA DUQUE
Contador T.P. 84829-T
ATCC

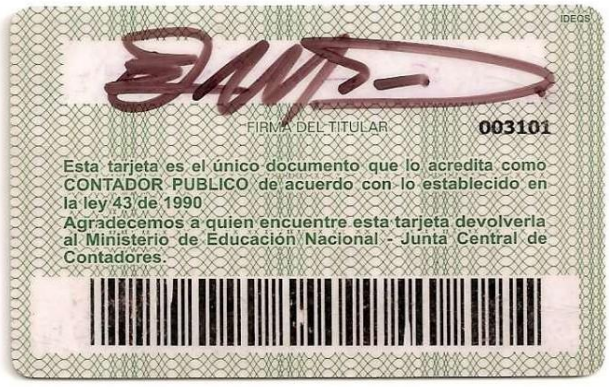
ENRIQUE HOBED MERA DUQUE
CONTADOR PUBLICO
UNIVERSIDAD DEL CAUCA

ESPECIALISTA
PLANEACION TRIBUTARIA

unab

TARJETA PROFESIONAL





CÉDULA DE CIUDADANÍA

.....

Enrique Hobed Mera Duque
T.P. No. 84829-T

Asesorías Contables y Tributarias
Oficina Calle 6 No. 5-20, PISO 2, Cimitarra, Santander. Cel. 318 6148571
Email: enriquemera@gmail.com y enriquemera@hotmail.com

Certificado No:

DE767075282D2FA6

LA REPUBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE COMERCIO, INDUSTRIA Y TURISMO

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL

JUNTA CENTRAL DE CONTADORES

CERTIFICA A:
PERSONAS NATURALES Y JURIDICAS DE COLOMBIA

Que el contador público **ENRIQUE HOBED MERA DUQUE** identificado con CÉDULA DE CIUDADANÍA No 10549164 de POPAYAN (CAUCA) Y Tarjeta Profesional No 84829-T SI tiene vigente su inscripción en la Junta Central de Contadores y desde la fecha de Inscripción.

NO REGISTRA ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS ******************************
****
****

Dado en BOGOTA a los 25 días del mes de Febrero de 2025 con vigencia de (3) Meses, contados a partir de la fecha de su expedición.

SANDRA MILENA BARRIOS PULIDO
DIRECTOR GENERAL

ESTE CERTIFICADO DIGITAL TIENE PLENA VALIDEZ DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTICULO 2 DE LA LEY 527 DE 1999, DECRETO UNICO REGLAMENTARIO 1074 DE 2015 Y ARTICULO 6 PARAGRAFO 3 DE LA LEY 962 DEL 2005

Para confirmar los datos y veracidad de este certificado, lo puede consultar en la página web www.jcc.gov.co digitando el número del certificado

CERTIFICA QUE EN CUMPLIMIENTO DEL ARTÍCULO 50 LEY 789 DE 2002

SEÑORES:
INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR
FAMILIARCENTRO ZONAL –YARIGUIES
SANTANDER

REFERENCIA: CONTRATO DE APORTES N. 68002532025-PUERTO PARRA

Yo, **LUIS FERNANDO SERNA RENTERIA,** identificado con cédula No. 91.446.857 de Barrancabermeja en mi calidad de representante legal y **ENRIQUE OBED MERA DUQUE** identificado con cédula No. 10.549.164 de Popayán, en mi calidad de Contador de la entidad contratista **ASOCIACION DE TRABAJADORES CAMPESINOS DEL CARARE**, identificado con el nit. **800.019.737-5,** manifestamos bajo gravedad de juramento que este contrato tiene inicio del 21/02/2025, por lo tanto, para el primer desembolso de Alistamiento se aporta certificaciones de afiliaciones de seguridad social, y parafiscales del Talento humano.

Para constancia de lo anterior se firma en Cimitarra en el mes del marzo del 2025.

Atentamente,

LUIS FERNANDO SERNA RENTERIA
Representante Legal
ATCC

ENRIQUE HOBED MERA DUQUE
Contador
ATCC-TP 84829-T

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

COOSALUD
La Eps de tu bienestar

No. De Radicado	Fecha de Radicado
0403527	20 03 2025

I. DATOS DEL TRÁMITE (Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo)

1. Tipo de trámite: A. Afiliación ☐ B. Reporte de Novedades ☒
2. Tipo de afiliación: A. Individual — Cotizante o Cabeza de Familia ☒; Beneficiario o afiliado adicional ☐ — B. Colectiva ☐ C. Institucional ☐ D. De oficio ☐
3. Régimen: A. Contributivo ☒ B. Subsidiado ☐
4. Condición beneficiario: Si ☐ No ☒
5. Tipo de afiliado: A. Cotizante ☒ B. Cabeza de familia ☐ C. Beneficiario ☐ D. Afiliado adicional ☐
6. Tipo de cotizante: A. Dependiente ☐ B. Independiente ☒ C. Pensionado ☐
7. Código (a registrar por la EPS)

A. AFILIACIÓN

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional)

8. Apellidos y nombres

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
Mosquera	Sarmiento	Francelia.	

9. Tipo de documento de identidad: CC
10. Número del documento de identidad: 63253358
11. Sexo biológico: Femenino ☒ Masculino ☐
12. Sexo identificación: F ☒ M ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual
13. Nacionalidad
14. Lugar de nacimiento: País | Departamento | Municipio
15. Fecha de nacimiento: 19 11 1976

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

16. Etnia
17. Comunidad
18. Discapacidad: SI ☐ NO ☐ — Categoría de discapacidad
19. Tiene encuesta SISBEN: SI ☐ NO ☐
20. Clasificación SISBEN: Nivel | Grupo
21. Grupo de población especial
22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL
23. Administradora de Pensiones
24. Ingreso base de cotización - IBC: $1.423.500
25. Tarifa Contribución Solidaria
26. Residencia: Dirección: Cll 27 #9-26 | Teléfono Fijo | Teléfono celular: 3113444001 | Correo electrónico
Departamento: Santander | Municipio/ Ámbito: Gmitara | Localidad/Comuna | Zona: Cabecera Municipal ☐ Centro Poblado ☒ Rural Disperso ☐ Resto Rural ☐

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero (a) permanente del cotizante

27. Apellidos y nombres: Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre
28. Tipo de documento de identidad
29. Número del documento de identidad
30. Sexo biológico: Femenino ☐ Masculino ☐
31. Sexo identificación: F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual
32. Nacionalidad
33. Lugar de nacimiento: País | Departamento | Municipio
34. Fecha de nacimiento

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

	35. Primer apellido	35. Segundo apellido	35. Primer nombre	35. Segundo nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

	36. Tipo de documento de identidad	37. Número del documento de identidad	38. Nacionalidad	39. Sexo biológico: Femenino	Masculino	40. Sexo identificación: F	M	T	NB	Otro	cual	41. Lugar de nacimiento: País	Departamento	Municipio	42. Fecha de nacimiento
B1															
B2															
B3															
B4															
B5															

Datos complementarios del Beneficiario

	43. Parentesco	44. Etnia	45. Comunidad	46. Grupo de población especial	47. Tiene encuesta SISBEN: SI	NO	48. Clasificación SISBEN: Nivel	grupo	49. Discapacidad: SI	NO	Categoría de discapacidad	50. Incapacidad permanente: SI	NO
B1													
B2													
B3													
B4													
B5													

51. Datos de residencia

	Departamento	Municipio/ Distrito	Zona: Cabecera Municipal	Centro Poblado	Rural disperso	Resto Rural	Teléfono fijo y/o celular	52. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
B1								
B2								
B3								
B4								
B5								

	Dirección	Localidad/Comuna	Correo Electrónico
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

	53. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS	54. Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C		
B1		
B2		
B3		
B4		
B5		

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL APORTANTE, DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA O RESPONSABLES DEL PAGO

55. Nombre o razón social: Asociación de Trabaja
56. Tipo de documento de identificación: NIT
57. Número del documento de identificación: 900197137
58. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
59. Ubicación: Cr. 12 d. # 8-32 | Teléfono fijo o Celular | Correo electrónico | Departamento: Santander | Municipio/ Distrito: Gmitara

VIGILADO SUPERSALUD

8. 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 identificación.
- [ ] 4. Actualización y 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.
- [ ] 12. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [ ] 13. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [ ] 14. Movilidad:
  - [ ] A. Régimen Contributivo
  - [ ] B. Régimen Subsidiado
- [ ] 15. Traslado:
  - [ ] A. Mismo Régimen
  - [ ] B. Diferente Regimen
- [ ] 16. Reporte de fallecimiento del Cotizante o Cabeza de familia.
- [ ] 17. Reporte del trámite de protección al cesante.
- [ ] 18. Reporte de la calidad de Pre- pensionado.
- [ ] 19. Reporte de la calidad de Pensionado.
- [ ] 20. Ingreso a Contribución Solidaria.
- [ ] 21. Retiro de Contribución Solidaria.

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

62. Datos básicos de identificación:

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	63. Sexo biológico	63. Sexo identificación	64. Fecha de nacimiento
		Femenino [ ] Masculino [ ]	F [ ] M [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual	

65. EPS anterior	66. Fecha de novedad	67. Motivo de traslado	68. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones
	04032025	Código:	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- [ ] 69. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- [ ] 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.
- [ ] 72. Declaración de no afiliación 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 vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.
- [ ] 75. 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.
- [ ] 76. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.
- [ ] 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 se hará cargo del pago de la Contribución Solidaria

Apellidos y nombres:

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad

IX. FIRMAS

Francia Mosquera

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

81. Aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de Oficio

X. ANEXOS

- [ ] 82. Anexo copia del documento de identidad

	CN	RC	TI	CC	PA	CE	CD	SC	PT
Cantidad de documentos de identidad anexos:									

- [ ] 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 declare 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 la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

Total Anexos: [ ]

XI. DATOS DE LA ENTIDAD TERRITORIAL y/O INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL

92. Identificación de la Entidad Territorial		93. Nombre de la Institución
Código del municipio	Código del departamento	

XII. DATOS DEL FUNCIONARIO DE LA ENTIDAD TERRITORIAL O DE LA INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL

94. Apellidos y nombres:

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de identidad	Número del documento de identidad	95. Firma del funcionario

96. fecha de radicación	97. Fecha de validación

OBSERVACIONES:

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.

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

COOSALUD
Es Por Ti

No. De Radicado	Fecha de Radicado
00903521	20032025

I. DATOS DEL TRÁMITE (Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo)

1. Tipo de trámite: A. Afiliación ☐ B. Reporte de Novedades ☒
2. Tipo de afiliación: A. Individual ☒ (Cotizante o Cabeza de Familia; Beneficiario o afiliado adicional ☐) B. Colectivo ☐ C. Institucional ☐ D. De oficio ☐
3. Régimen: A. Contributivo ☒ B. Subsidiado ☐
4. Es pensionado solidario: SI ☐ NO ☒
5. Tipo de afiliado: A. Cotizante ☒ B. Cabeza de familia ☐ C. Beneficiario ☒ D. Afiliado adicional ☐
6. Tipo de cotizante: A. Dependiente ☐ B. Independiente ☒ C. Pensionado ☐
7. Código (a registrar por la EPS):

A. AFILIACIÓN

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional)

8. Apellidos y nombres			
Primer apellido: Vanegas	Segundo apellido:	Primer nombre: Himelda	Segundo nombre:

9. Tipo de documento de identidad	10. Número del documento de identidad	11. Sexo biológico	12. Sexo identificación	13. Nacionalidad	14. Lugar de nacimiento	15. Fecha de nacimiento
CC	63326356	Femenino ☒ Masculino ☐	F ☒ M ☐ I ☐ NB ☐ Otro ☐ Cuál	Colom	País: Colom Departamento: Sant Municipio: El Peñon	08 12 1965

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

16. Etnia	17. Comunidad	18. Discapacidad	19. Tiene encuesta SISBEN	20. Clasificación SISBEN	21. Grupo de población especial
		SI ☐ NO ☐ Categoría de discapacidad:	SI ☐ NO ☐	Nivel: Grupo:	

22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso Base de cotización - IBC	25. Tarifa Contribución Solidaria
		$1.423.500	

26. Residencia: Dirección	Teléfono Fijo	Teléfono celular	Correo electrónico
Br la Arrucera		3134396638	

Departamento	Municipio/ Distrito	Localidad/Comuna	Zona
Santander	Cimitarra		Cabecera Municipal ☐ Rural Disperso ☐ Centro Poblado ☒ Resto Rural ☐

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero (a) permanente del cotizante

27. Apellidos y nombres: Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

28. Tipo de documento de identidad	29. Número del documento de identidad	30. Sexo biológico	31. Sexo identificación	32. Nacionalidad	33. Lugar de nacimiento	34. Fecha de nacimiento
		Femenino ☐ Masculino ☐	F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cuál		País: Departamento: Municipio:	

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

35. Apellidos y nombres	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

	36. Tipo de documento de identidad	37. Número del documento de identidad	38. Nacionalidad	39. Sexo biológico: Femenino	Masculino	40. Sexo identificación: F	M	T	NB	otro	cual	41. Lugar de nacimiento: País	Departamento	Municipio	42. Fecha de nacimiento
B1															
B2															
B3															
B4															
B5															

Datos complementarios del Beneficiario

	43. Parentesco	44. Etnia	45. Comunidad	46. Grupo de población especial	47. Tiene encuesta SISBEN: SI	NO	48. Clasificación SISBEN: Nivel	Grupo	49. Discapacidad: SI	NO	Categoría de discapacidad	50. Incapacidad permanente: SI	NO
B1													
B2													
B3													
B4													
B5													

51. Datos de residencia	Departamento	Municipio/ Distrito	Zona: Cabecera Municipal	Centro Poblado	Rural disperso	Resto Rural	Teléfono fijo y/o celular	52. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
B1								
B2								
B3								
B4								
B5								

	Dirección	Localidad/Comuna	Correo Electrónico
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

53. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS		54. Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C		
B1		
B2		
B4		
B3		
B5		

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL APORTANTE, DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA O RESPONSABLES DEL PAGO

55. Nombre o razón social	56. Tipo de documento de identificación	57. Número del documento de identificación	58. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
Asociación de Traba	NIT	800019737	

59. Dirección	Teléfono fijo o Celular	Correo electrónico	Municipio	Departamento
Cr 12 d # 8-32			Cimitarra	Santd

VIGILADO SUPERSALUD

B. 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 identificación.
- ☐ 4. Actualización y 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.
- ☐ 12. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- ☐ 13. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- ☐ 14. Movilidad: ☐ A. Régimen Contributivo ☐ B. Régimen Subsidiado
- ☐ 15. Traslado: ☐ A. Mismo Régimen ☐ B. Diferente Régimen
- ☐ 16. Reporte de fallecimiento del Cotizante o Cabeza de familia.
- ☐ 17. Reporte del trámite de protección al cesante.
- ☐ 18. Reporte de la calidad de Pre- pensionado.
- ☐ 19. Reporte de la calidad de Pensionado.
- ☐ 20. Ingreso a Contribución Solidaria.
- ☐ 21. Retiro de Contribución Solidaria.

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

62. Datos básicos de identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	62. Sexo biológico: Femenino ☐ Masculino ☐	63. Sexo identificación: F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual	64. Fecha de nacimiento

65. EPS anterior	66. Fecha de novedad	67. Motivo de traslado	68. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones
	04032025	Código	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- ☐ 69. Declaraciones de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- ☐ 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.
- ☐ 72. Declaración de no internación 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 vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.
- ☐ 75. 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.
- ☐ 76. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.
- ☐ 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 se hará cargo del pago de la Contribución Solidaria.

Apellidos y nombres

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad

IX. FIRMAS

Hmelelle Venega

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

81. Aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de Oficio

X. ANEXOS

- ☐ 82. Anexo copia del documento de identidad

	CN	RC	TI	CC	PA	CE	CD	SC	PT
Cantidad de documentos de identidad anexos:									

- ☐ 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 declare 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 la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

Total Anexos ☐

XI. DATOS DE LA ENTIDAD TERRITORIAL y/O INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL

92. Identificación de la Entidad Territorial		93. Nombre de la Institución
Código del municipio	Código del departamento	

XII. DATOS DEL FUNCIONARIO DE LA ENTIDAD TERRITORIAL O DE LA INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL

94. Apellidos y nombres

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de identidad	Número del documento de identidad	95. Firma del funcionario

96. Fecha de radicación	97. Fecha de validación

OBSERVACIONES:

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.

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

COOSALUD
En Pos de tu Bienestar

No. De Radicado	Fecha de Radicado
004 03561	20032025

I. DATOS DEL TRAMITE (Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo)

1. Tipo de trámite	2. Tipo de afiliación	3. Régimen	4. Cotizante vinculado
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 ☐	SI ☐ NO ☒

5. Tipo de afiliado	6. Tipo de cotizante	7. Código (a reasignar por la EPS)
A. Cotizante ☒ B. Cabeza de familia ☐ C. Beneficiario ☐ D. Afiliado adicional ☐	A. Dependiente ☐ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐	

A. AFILIACIÓN

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional)

8. Apellidos y nombres			
Primer apellido: Huertas	Segundo apellido: Ruiz	Primer nombre: Mario	Segundo nombre: Evelio

9. Tipo de documento de identidad	10. Número de documento de identidad	11. Sexo biológico	12. Sexo identificación	13. Nacionalidad
CC	1049024983	Femenino ☒ Masculino ☐	F ☒ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual:	

14. Lugar de nacimiento			15. Fecha de nacimiento
País: Colom	Departamento: Boli	Municipio: Santa F	15 01 1991

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

16. Etnia	17. Comunidad	18. Discapacidad	Categoría de discapacidad
NO	NO	SI ☐ NO ☒	

19. Tiene encuesta SISBEN	20. Clasificación SISBEN	21. Grupo de población especial
SI ☐ NO ☐	Nivel: ☐ Grupo: ☐	

22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotización - IBC	25. Tarifa Contribución Solidaria
		$1.423.500	

26. Residencia			
Dirección: Cr 12 # 3-54	Teléfono Fijo:	Teléfono celular: 3102772955	Correo electrónico:
Departamento: Santande.	Municipio/ Distrito: Cimitarra	Localidad/Comuna:	Zona: Cabecera Municipal ☐ Rural Disperso ☐ Centro Poblado ☐ Resto Rural ☐

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero (a) permanente del cotizante

27. Apellidos y nombres			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

28. Tipo de documento de identidad	29. Número del documento de identidad	30. Sexo biológico	31. Sexo identificación	32. Nacionalidad
		Femenino ☐ Masculino ☐	F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual:	

33. Lugar de nacimiento						34. Fecha de nacimiento
País		Departamento		Municipio		

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

35. Apellidos y nombres				
	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

	36. Tipo de documento de identidad	37. Número del documento de identidad	38. Nacionalidad	39. Sexo biológico		40. Sexo identificación						41. Lugar de nacimiento			42. Fecha de nacimiento
				Femenino	Masculino	F	M	T	NB	otro	cual	País	Departamento	Municipio	
B1															
B2															
B3															
B4															
B5															

Datos complementarios del Beneficiario

	43. Parentesco	44. Etnia	45. Comunidad	46. Grupo de población especial	47. Tiene encuesta SISBEN		48. Clasificación SISBEN		49. Discapacidad			50. Discapacidad permanente	
					SI	NO	Nivel	Grupo	SI	NO	Categoría de discapacidad	SI	NO
B1													
B2													
B3													
B4													
B5													

51. Datos de residencia

	Departamento	Municipio/ Distrito	Zona: Cabecera Municipal	Centro Poblado	Rural disperso	Resto Rural	Teléfono fijo y/o celular	52. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
B1								
B2								
B3								
B4								
B5								

	Dirección	Localidad/Comuna	Correo Electrónico
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

	53. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS	54. Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C		
B1		
B2		
B3		
B4		
B5		

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL APORTANTE, DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA O RESPONSABLES DEL PAGO

55. Nombre o razón social	56. Tipo de documento de identificación	57. Número del documento de identificación	58. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)

59. Ubicación					
Dirección	Teléfono fijo o Celular	Correo electrónico	Departamento: Cimitarra	Municipio/Distrito: Stder	

VIGILADO Supersalud

8. 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 identificación.
- [ ] 4. Actualización y 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 perdida de las condiciones para seguir cotizando.
- [ ] 11. Inscripción EPS retorno al país.
- [ ] 12. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [ ] 13. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [ ] 14. Movilidad: [ ] A. Régimen Contributivo [ ] B. Régimen Subsidiado
- [ ] 15. Traslado: [ ] A. Mismo Régimen [ ] B. Diferente Régimen
- [ ] 16. Reporte de fallecimiento del Cotizante o Cabeza de familia.
- [ ] 17. Reporte del trámite de protección al cesante.
- [ ] 18. Reporte de la calidad de Pre - pensionado.
- [ ] 19. Reporte de la calidad de Pensionado.
- [ ] 20. Ingreso a Contribución Solidaria.
- [ ] 21. Retiro de Contribución Solidaria.

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	62. Sexo biológico: Femenino [ ] Masculino [ ]	63. Sexo identificación: F [ ] M [ ] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual	64. Fecha de nacimiento:

65. EPS anterior	66. Fecha de novedad	67. Motivo de traslado	68. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones
	04 03 2025	Código:	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- [ ] 69. Declaraciones de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- [ ] 70. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
- [ ] 71. Declaración de inexistencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- [ ] 72. Declaracion 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 vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.
- [ ] 75. 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.
- [ ] 76. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.
- [ ] 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 se hará cargo del pago de la Contribución Solidaria.

Apellidos y Nombres

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad

IX. FIRMAS

80. Firma del cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional	81. Aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de Oficio
Mana Huertas	

X. ANEXOS

- [ ] 82. Anexo copia del documento de identidad.

	CN	RC	TI	CC	PA	CE	CD	SC	PT
Cantidad de documentos de identidad anexos:									

- [ ] 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 declare 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 la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

Total Anexos: [ ]

XI. DATOS DE LA ENTIDAD TERRITORIAL y/O INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL

92. Identificación de la Entidad Territorial		93. Nombre de la Institución
Código del municipio	Código del departamento	

XII. DATOS DEL FUNCIONARIO DE LA ENTIDAD TERRITORIAL O DE LA INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL

94. Apellidos y nombres

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de identidad	Número del documento de identidad	95. Firma del funcionario

96. fecha de radicación	97. Fecha de validación

OBSERVACIONES

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.

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

COOSALUD
Es Por Ti Bienestar

No. De Radicado	Fecha de Radicado
00403552	20032025

Página 1 de 2

I. DATOS DEL TRAMITE (Lea las instrucciones que se encuentran adjunto al formulario antes de diligenciarlo)

1. Tipo de trámite	2. Tipo de afiliación	3. Régimen	4. Contribuyente solidario
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 ☐	SI ☐ NO ☒

5. Tipo de afiliado	6. Tipo de cotizante	7. Código (a registrar por la EPS)
A. Cotizante ☒ B. Cabeza de familia ☐ C. Beneficiario ☐ D. Afiliado adicional ☐	A. Dependiente ☐ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐	

A. AFILIACIÓN

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional)

8. Apellidos y nombres			
Primer apellido: Saavedra.	Segundo apellido: Gamboa	Primer nombre: Griselda	Segundo nombre:

9. Tipo de documento de identidad	10. Número del documento de identidad	11. Sexo biológico	12. Sexo identificación
CC	63251333	Femenino ☒ Masculino ☐	F ☒ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual

13. Nacionalidad	14. Lugar de nacimiento	15. Fecha de nacimiento
	País: Colom Departamento: Stder Municipio: Cmita	05 01 1963

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

16. Etnia	17. Comunidad	18. Discapacidad	19. Tiene encuesta SISBEN	20. Clasificación SISBEN	21. Grupo de población especial
NO	NO	SI ☐ NO ☒ Categoría de discapacidad:	SI ☐ NO ☒	Nivel: Grupo:	

22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotización - IBC	25. Tarifa Contribucion Solidaria
		$1423.500	

26. Residencia			
Dirección: C119 # 7-45	Teléfono Fijo:	Teléfono celular: 3175633173	Correo electrónico:
Departamento: Santder	Municipio/ Distrito: Cmitarra	Localidad/Comuna:	Zona: Cabecera Municipal ☐ Centro Poblado ☒ Rural Disperso ☐ Resto Rural ☐

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero (a) permanente del cotizante

27. Apellidos y nombres			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

28. Tipo de documento de identidad	29. Número del documento de identidad	30. Sexo biológico	31. Sexo identificación	32. Nacionalidad	33. Lugar de nacimiento	34. Fecha de nacimiento
		Femenino ☐ Masculino ☐	F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual		País: Departamento: Municipio:	

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

35. Apellidos y nombres	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

	36. Tipo de documento de identidad	37. Número del documento de identidad	38. Nacionalidad	39. Sexo biológico: Femenino	39. Sexo biológico: Masculino	40. Sexo identificación: F	M	T	NB	otro	cual	41. Lugar de nacimiento: País	Departamento	Municipio	42. Fecha de nacimiento
B1															
B2															
B3															
B4															
B5															

Datos complementarios del Beneficiario

	43. Parentesco	44. Email	45. Comunidad	46. Grupo de población especial	47. Tiene encuesta SISBEN: SI	NO	48. Clasificación SISBEN: Nivel	Grupo	49. Discapacidad: SI	NO	Categoría de discapacidad	50. Incapacidad permanente: SI	NO
B1													
B2													
B3													
B4													
B5													

	51. Datos de residencia: Departamento	Municipio/ Distrito	Zona: Cabecera Municipal	Centro Poblado	Rural disperso	Resto Rural	Teléfono fijo y/o celular	52. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
B1								
B2								
B3								
B4								
B5								

	Dirección	Localidad/Comuna	Correo Electrónico
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

	53. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS	54. Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C		
B1		
B2		
B3		
B4		
B5		

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL APORTANTE, DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA O RESPONSABLES DEL PAGO

55. Nombre o razón social	56. Tipo de documento de identificación	57. Número del documento de identificación	58. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
Asociación de Trabaja	NIT	8000197237	

59. Dirección	Teléfono fijo o Celular	Correo electrónico	Departamento	Municipio/ Distrito
Cr 12 # 8-32			Santder	Cmitar

8. 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 identificación.
- [ ] 4. Actualización y 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
- [ ] 12. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [ ] 13. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [ ] 14. Movilidad: [ ] A. Régimen Contributivo [ ] B. Regimen Subsidiado
- [ ] 15. Traslado: [ ] A. Mismo Regimen [ ] B. Diferente Regimen
- [ ] 16. Reporte de fallecimiento del Cotizante o Cabeza de familia.
- [ ] 17. Reporte del tramite de protección al cesante.
- [ ] 18. Reporte de la calidad de Pre- pensionado.
- [ ] 19. Reporte de la calidad de Pensionado.
- [ ] 20. Ingreso a Contribucion Solidaria.
- [ ] 21. Retiro de Contribucion Solidaria.

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	62. Sexo biológico: Femenino [ ] Masculino [ ]	63. Sexo identificación: F [ ] M [ ] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual	64. Fecha de nacimiento

65. EPS anterior	66. Fecha de novedad	67. Motivo de traslado	68. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones
	04 03 2025	Código	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- [ ] 69. Declaraciones de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- [ ] 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.
- [ ] 72. Declaración de no internación 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 vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.
- [ ] 75. 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.
- [ ] 76. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.
- [ ] 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 se hará cargo del pago de la Contribución Solidaria

Apellidos y nombres

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad

IX. FIRMAS

80. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional	81. Aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de Oficio
Griselda Saavedra	

X. ANEXOS

- [ ] 82. Anexo copia del documento de identidad

	CN	RC	TI	CC	PA	CE	CD	SC	PT
Cantidad de documentos de identidad anexos:									

- [ ] 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 declare 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 la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

Total Anexos

XI. DATOS DE LA ENTIDAD TERRITORIAL Y/O INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL

92. Identificación de la Entidad Territorial		93. Nombre de la Institución
Código del municipio	Código del departamento	

XII. DATOS DEL FUNCIONARIO DE LA ENTIDAD TERRITORIAL O DE LA INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL

94. Apellidos y nombres

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de identidad	Número del documento de identidad	95. Firma del funcionario

96. Fecha de radicación	97. Fecha de validación

OBSERVACIONES

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

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

COOSALUD
EPS Por ti bienestar

No. De Radicado	Fecha de Radicado
00403549	20 03 2025

I. DATOS DEL TRAMITE (Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo)

1. Tipo de trámite	2. Tipo de afiliación	3. Régimen	4. Contributivo solidario
A. Afiliación ☐ B. Reporte de Novedades ☑	A. Individual: Cotizante o Cabeza de Familia ☑; Beneficiario o afiliado adicional ☐ B. Colectivo ☐ C. Institucional ☐ D. De oficio ☐	A. Contributivo ☑ B. Subsidiado ☐	SI ☐ NO ☑

5. Tipo de afiliado	6. Tipo de cotizante	7. Código (a registrar por la EPS)
A. Cotizante ☑ B. Cabeza de familia ☐ C. Beneficiario ☐ D. Afiliado adicional ☐	A. Dependiente ☐ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐	

A. AFILIACIÓN

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional)

8. Apellidos y nombres			
Primer apellido: Zafra	Segundo apellido: Reyes	Primer nombre: Aida	Segundo nombre: Linda

9. Tipo de documento de identidad	10. Número del documento de identidad	11. Sexo biológico	12. Sexo identificación	13. Nacionalidad	14. Lugar de nacimiento	15. Fecha de nacimiento
CC	63433091	Femenino ☑ Masculino ☐	F ☑ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual	Colm	País: Colom Departamento: Stdr Municipio: Velez	10 04 1963

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

16. Etnia	17. Comunidad	18. Discapacidad	19. Tiene encuesta SISBEN	20. Clasificación SISBEN	21. Grupo de población especial
NO	No	SI ☐ NO ☑ Categoría de discapacidad:	SI ☐ NO ☑	Nivel: Grupo:	

22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotización - IBC	25. Tarifa Contribución Solidaria
		$1.423.500	

26. Residencia: Dirección	Teléfono Fijo	Teléfono celular	Correo electrónico
Cr 12 H cll 8		3247055551	

Departamento	Municipio/ Distrito	Localidad/Comuna	Zona
Santander	Cimitarra		Cabecera Municipal ☑ Rural Disperso ☐ Centro Poblado ☐ Resto Rural ☐

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero (a) permanente del cotizante

27. Apellidos y nombres			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

28. Tipo de documento de identidad	29. Número del documento de identidad	30. Sexo biológico	31. Sexo identificación	32. Nacionalidad	33. Lugar de nacimiento	34. Fecha de nacimiento
		Femenino ☐ Masculino ☐	F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual		País: Departamento: Municipio:	

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

	35. Apellidos y nombres: Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

	36. Tipo de documento de identidad	37. Número del documento de identidad	38. Nacionalidad	39. Sexo biológico: Femenino	Masculino	40. Sexo identificación: F	M	T	NB	otro	cual	41. Lugar de nacimiento: País	Departamento	Municipio	42. Fecha de nacimiento
B1															
B2															
B3															
B4															
B5															

Datos complementarios del Beneficiario

	43. Parentesco	44. Etnia	45. Comunidad	46. Grupo de población especial	47. Tiene encuesta SISBEN: SI	NO	48. Clasificación SISBEN: Nivel	Grupo	49. Discapacidad: SI	NO	Categoría de discapacidad	50. Incapacidad permanente: SI	NO
B1													
B2													
B3													
B4													
B5													

	51. Datos de residencia: Departamento	Municipio/ Distrito	Zona: Cabecera Municipal	Centro Poblado	Rural disperso	Resto Rural	Teléfono fijo y/o celular	52. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
B1								
B2								
B3								
B4								
B5								

	Dirección	Localidad/Comuna	Correo Electrónico
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

	53. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS	54. Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C		
B1		
B2		
B3		
B4		
B5		

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL APORTANTE, DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA O RESPONSABLES DEL PAGO

55. Nombre o razón social	56. Tipo de documento de identificación	57. Número del documento de identificación	58. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
Asociación de Trabaj	NIT	800 19 733	

59. Ubicación: Dirección	Teléfono fijo o Celular	Correo electrónico	Departamento	Municipio/Distrito
Cr 12 d # 8-32			Santder	Cimitarra

VIGILADO Supersalud

5. 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 identificación.
- [ ] 4. Actualización y 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.
- [ ] 12. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [ ] 13. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [ ] 14. Movilidad: [ ] A. Régimen Contributivo [ ] B. Régimen Subsidiado
- [ ] 15. Traslado: [ ] A. Mismo Régimen [ ] B. Diferente Régimen
- [ ] 16. Reporte de fallecimiento del Cotizante o Cabeza de familia.
- [ ] 17. Reporte del trámite de protección al cesante.
- [ ] 18. Reporte de la calidad de Pre- pensionado.
- [ ] 19. Reporte de la calidad de Pensionado.
- [ ] 20. Ingreso a Contribución Solidaria.
- [ ] 21. Retiro de Contribución Solidaria.

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	62. Sexo biológico	63. Sexo identificación	64. Fecha de nacimiento
		Femenino [ ] Masculino [ ]	F [ ] M [ ] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual	

65. EPS anterior	66. Fecha de novedad	67. Motivo de traslado	68. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones
	04032025	Código	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- [ ] 69. Declaraciones de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- [ ] 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.
- [ ] 72. Declaración de no internación 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 vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.
- [ ] 75. 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.
- [ ] 76. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.
- [ ] 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 se hará cargo del pago de la Contribución Solidaria

Apellidos y nombres

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad

IX. FIRMAS

80. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional	81. Aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de Oficio
Andrea Bazz	

X. ANEXOS

- [ ] 82. Anexo copia del documento de identidad

CN	RC	TI	CC	PA	CE	CD	SC	PT
Cantidad de documentos de identidad anexos:									

- [ ] 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 declare 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 la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

Total Anexos

XI. DATOS DE LA ENTIDAD TERRITORIAL y/O INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL

92. Identificación de la Entidad Territorial		93. Nombre de la Institución
Código del municipio	Código del departamento	

XII. DATOS DEL FUNCIONARIO DE LA ENTIDAD TERRITORIAL O DE LA INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL

94. Apellidos y nombres

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de identidad	Número del documento de identidad	95. Firma del funcionario

96. fecha de radicación	97. Fecha de validación

OBSERVACIONES

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.

CLICK PARA REINICIAR TODO

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva eps — gente cuidando gente — NIT. 900.156.264-2

C1303.

FECHA DE RADICACIÓN: 14 03 2025

Lea atentamente las instrucciones antes de diligenciar este formulario

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. TIPO DE TRÁMITE: A. Afiliación [ ] B. Reporte de novedades [X]
2. TIPO DE AFILIACIÓN: A. Individual [ ] a) Cotizante o cabeza de familia [X] b) Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]
3. RÉGIMEN: A. Contributivo [X] B. Subsidiado [ ]
4. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA: SI [ ] NO [X]
5. TIPO DE AFILIADO: A. Cotizante [X] B. Cabeza de familia [ ] C. Beneficiario [ ] D. Afiliado adicional [ ]
6. TIPO DE COTIZANTE: A. Dependiente [ ] B. Independiente [X] C. Pensionado [ ]
7. CÓDIGO: C1303.

A. AFILIACIÓN

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

8. APELLIDOS Y NOMBRES: Primer apellido: Villegas — Segundo apellido: Cortinez — Primer nombre: Eunice — Segundo nombre:

9. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: C.C. — 10. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 21934201 — 11. SEXO BIOLÓGICO: F [X] M — 12. SEXO IDENTIFICACIÓN: F [X] M T NB Otro Cual?

13. NACIONALIDAD: Colombiana — 14. LUGAR DE NACIMIENTO: Colombia Santander pto parra — 15. FECHA NACIMIENTO: 20 01 1964.

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

16. ETNIA: 6 — 17. COMUNIDAD INDÍGENA: — 18. DISCAPACIDAD: SI [ ] NO [X] — CAT. DE DISCAPACIDAD: — 19. TIENE ENCUESTA SISBÉN: SI [ ] NO [X] — 20. CLASIFICACIÓN SISBÉN: NIVEL / GRUPO — 21. GRUPO POBLACIÓN ESPECIAL: — 22. ARL:

23. AFP: — 24. IBC: 1.423500 — 25. TARIFA CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA: — 26. RESIDENCIA: TELÉFONO CELULAR: 3158355590 — TELÉFONO FIJO:

DIRECCIÓN: calle 8 # 9 - 06 — COMPLEMENTO DIRECCIÓN: — CORREO ELECTRÓNICO: — DEPARTAMENTO: Santander

MUNICIPIO/DISTRITO: Pto Parra — LOCALIDAD/COMUNA: Centro — ZONA: Cabecera municipal [X] Centro poblado [ ] Rural disperso [ ] Rural [ ] — IPS: 2304.

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	40. SEXO IDENTIFICACIÓN	41. LUGAR DE NACIMIENTO	42. FECHA DE NACIMIENTO
B1								
B2								
B3								
B4								
B5								

Datos complementarios del Beneficiario

	43. PARENTESCO	44. ETNIA	45. COMUNIDAD	46. GRUPO DE POBLACIÓN ESPECIAL	47. TIENE ENCUESTA SISBÉN	48. CLASIFICACIÓN SISBÉN	49. DISCAPACIDAD	50. INCAPACIDAD PERMANENTE	51. Datos de residencia	ZONA
B1										
B2										
B3										
B4										
B5										

	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
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: Campesina Carot — 56. Tipo documento de identificación: NIT — 57. Número del documento de identificación: 800014739 — 3186148571 — 58. Tipo de aportante o pagador: Dependiente

59. Dirección: KR 2D #32 - — otel. ... — DEPARTAMENTO: Santander

B. 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 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 RÉGIMEN 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: Villegas — SEGUNDO APELLIDO: Cortinez — PRIMER NOMBRE: Eunice — SEGUNDO NOMBRE:

TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: C.C. — NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 21934201 — 62. SEXO BIOLÓGICO: F [X] M — 63. SEXO IDENTIFICACIÓN: F [X] M T NB Otro Cual?

64. FECHA NACIMIENTO: 20 01 64 — 65. EPS ANTERIOR: — 66. FECHA DE NOVEDAD: 14 03 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.
76. 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 aportar solidariamente ... de familia registre 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

Radicado para ... Fecha: 14-03-2025 Mery Garavito C1303 ... EPS ... INTEGRAL

IX. FIRMAS

Eunice Villegas

80. El cotizante, cabeza de familia, beneficiario cuando aplique o afiliado adicional — 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 RC TI CC CE PA CD AS PT — 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 declare 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

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 — Número del documento de identidad — 95. FIRMA DEL FUNCIONARIO — 96. FECHA DE RADICACIÓN: DÍA MES AÑO — 97. FECHA DE VALIDACIÓN: DÍA MES AÑO

OBSERVACIONES:

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.

- ORIGINAL: E.P.S. -

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: 12 03 2025

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 ☐ B. Cotizante o Cabeza de familia ☒ C. 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 ☒ C. Beneficiario ☐ B. Cabeza de Familia ☐ D. Afiliado adicional ☐

6. TIPO DE COTIZANTE: A. Dependiente ☐ B. Independiente ☒ C. Pensionado ☐

7. CÓDIGO: C1303

II. AFILIACIÓN

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

8. APELLIDOS Y NOMBRES

PRIMER APELLIDO: Tirado — SEGUNDO APELLIDO: Murcia — PRIMER NOMBRE: Maria — SEGUNDO NOMBRE: Eugenia

9. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: C.C. — 10. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 63252917 — 11. SEXO BIOLÓGICO: F ☒ M ☐ — 12. SEXO IDENTIFICACIÓN: F ☒ M T NB Otro Cual?

13. NACIONALIDAD: Colombiana — 14. LUGAR DE NACIMIENTO: Colombia Santander Cimitarra — 15. FECHA NACIMIENTO: 07 08 1975

B. DATOS COMPLEMENTARIOS

16. ETNIA: 6 — 17. COMUNIDAD INDÍGENA — 18. DISCAPACIDAD SI ☐ NO ☒ — CAT. DE DISCAPACIDAD — 19. TIENE ESTA SISBÉN: SI ☒ NO ☐ — 20. CLASIFICACIÓN SISBÉN: NIVEL A GRUPO 07 — 21. GRUPO POBLACIÓN ESPECIAL — 22. ARL

23. AFP — 24. IBC: 1.423.500 — 25. TARIFA CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA — 26. RESIDENCIA — TELÉFONO CELULAR: 3108553214 — TELÉFONO FIJO

DIRECCIÓN: Calle 1 # 1 - 1 0 — COMPLEMENTO DIRECCIÓN — CORREO ELECTRÓNICO — DEPARTAMENTO: Santander.

MUNICIPIO/DISTRITO: Cimitarra — LOCALIDAD/COMUNA: 28 de Abril — ZONA: URBANA ☐ RURAL ☐ — 10894.

C. 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	40. SEXO IDENTIFICACIÓN	41. LUGAR DE NACIMIENTO	42. FECHA DE NACIMIENTO

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	50. INCAPACIDAD PERMANENTE SI / NO	51. Datos de residencia	ZONA

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

IV. 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: Aso. trab. camp. carare — 56. Tipo documento de identificación: NIT — 57. Número del documento de identificación: 8000194737 — 3186148571 — 58. Tipo de aportante o pagador: Dependiente

59. Dirección: KR 2D # 32 - — CORREO ELECTRÓNICO: atcc.cimitarra@gmail.com — DEPARTAMENTO: Sder — MUNICIPIO/DISTRITO: Cimitarra

V. 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 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 RÉGIMEN 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: Tirado — SEGUNDO APELLIDO: Murcia — PRIMER NOMBRE: Maria — SEGUNDO NOMBRE: Eugenia

TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: C.C. — NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 63252917 — 62. SEXO BIOLÓGICO: F ☒ M — 63. SEXO IDENTIFICACIÓN: F ☒ M T NB Otro Cual?

64. FECHA NACIMIENTO: 07 08 1975 — 65. EPS ANTERIOR — 66. FECHA DE NOVEDAD: 04 03 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 vigente 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.
76. 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 — 81. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de Oficio

Sello: Certificado para Estudio — 13 MAR 2025 — Cimitarra — ORIGINAL

X. ANEXOS

82. Anexo copia del documento de identidad: CN RC TI CC CE SC PA CD AS PT — 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 declare 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

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 — Número del documento de identidad — 95. FIRMA DEL FUNCIONARIO — 96. FECHA DE RADICACIÓN: DÍA MES AÑO — 97. FECHA DE VALIDACIÓN: DÍA MES AÑO

OBSERVACIONES:

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.

- ORIGINAL: E.P.S. -

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva eps
gente cuidando gente
NIT. 900.156.264-2

C1303

FECHA DE RADICACIÓN: 14 03 2025

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. TIPO DE TRÁMITE: A. AFILIACIÓN ☐ B. REPORTE DE NOVEDADES ✗
2. TIPO DE AFILIACIÓN: A. Individual / Cotizante o cabeza de familia ✓ / Beneficiario o afiliado adicional ☐ B. Colectiva ☐ C. Institucional ☐ D. De oficio ☐
3. RÉGIMEN: A. Contributivo ☒ B. Subsidiado ☐
4. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA: SI ☐ NO ☐
5. TIPO DE AFILIADO: A. Cotizante ☐ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐ D. Afiliado adicional ☐
6. TIPO DE COTIZANTE: A. Dependiente ☐ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐
7. CÓDIGO: C1303

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
Hendez	Caro	Hilda	

9. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: C.C. — 10. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 63252543 — 11. SEXO BIOLÓGICO: F ✓ M — 12. SEXO IDENTIFICACIÓN: F ✗ M T NB Otro Cual?

13. NACIONALIDAD: Colombiana — 14. LUGAR DE NACIMIENTO: Colombia Santander Cimitarra — 15. FECHA NACIMIENTO: 25 Mayo 1972

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

16. ETNIA — 17. COMUNIDAD INDÍGENA — 18. DISCAPACIDAD SI ☐ NO ☐ — CAT. DE DISCAPACIDAD — 19. TIENE ENCUESTA SISBÉN SI ☐ NO ☐ — 20. CLASIFICACIÓN SISBÉN NIVEL GRUPO — 21. GRUPO POBLACIÓN ESPECIAL — 22. ARL

23. AFP — 24. IBC: 1423500 — 25. TARIFA CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA — 26. RESIDENCIA — TELÉFONO CELULAR: 3187469061 — TELÉFONO FIJO

DIRECCIÓN: Calle # 5 -31 — COMPLEMENTO DIRECCIÓN — CORREO ELECTRÓNICO — DEPARTAMENTO: Santander

MUNICIPIO/DISTRITO: Cimitarra — LOCALIDAD/COMUNA: Centro — ZONA: URBANA ☐ RURAL ☐ ... — 10894.

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	40. SEXO IDENTIFICACIÓN	41. LUGAR DE NACIMIENTO	42. FECHA DE NACIMIENTO

Datos complementarios del Beneficiario

43. PARENTESCO	44. ETNIA	45. COMUNIDAD	46. GRUPO DE POBLACIÓN ESPECIAL	47. ENCUESTA SISBÉN SI NO	48. CLASIFICACIÓN SISBÉN NIVEL GRUPO	49. DISCAPACIDAD	50. CONDICIÓN PERMANENTE SI NO	51. Datos de residencia DEPARTAMENTO MUNICIPIO	ZONA

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

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: Asoc. trabajadores Campesinos [illegible] — 56. Tipo documento de identificación: NIT — 57. Número del documento de identificación: 800019737 — 3186148571 — Tipo de aportante: Dependiente.

58. Dirección: KR 2D # 32 - — CORREO ELECTRÓNICO: [illegible]@gmail.com — DEPARTAMENTO: Sder — MUNICIPIO: Cimitarra

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 NO 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 RÉGIMEN 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
Hcodez	Caro	Hilda	

TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: C.C. — NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 63 252 543 — 62. SEXO BIOLÓGICO: F ✗ M — 63. SEXO IDENTIFICACIÓN: F ✗ M T NB Otro Cual?

64. FECHA NACIMIENTO: 25 05 1972 — 65. EPS ANTERIOR — 66. FECHA DE NOVEDAD: 04 03 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.
76. 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 inhabilidad de la cabeza de familia, reporte persona del 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: Hilda [signature]
81. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de Oficio: [signature]

Radicado para estudio 14-03-25 ... C1303 ... (stamp)

X. ANEXOS

82. Anexo copia del documento de identidad: CN RC TI CC CE SC PA CO 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 declare 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

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 — Número del documento de identidad — 95. FIRMA DEL FUNCIONARIO — 96. FECHA DE RADICACIÓN DÍA MES AÑO — 97. FECHA DE VALIDACIÓN DÍA MES AÑO

OBSERVACIONES:

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.

- ORIGINAL: E.P.S. -

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

CLICK PARA REINICIAR TODO

nueva eps
gente cuidando gente
NIT. 900.156.264-2

FECHA DE RADICACIÓN: 14 03 2025

Lea atentamente las instrucciones antes de diligenciar este formulario

I. DATOS DEL TRÁMITE

- **1. TIPO DE TRÁMITE:** A. Afiliación [ ] B. Reporte de novedades [X]
- **2. TIPO DE AFILIACIÓN:** A. Individual: I) Cotizante o cabeza de familia [X] II) Beneficiario o afiliado adicional [ ]; B. Colectiva [ ]; C. Institucional [ ]; D. De oficio [ ]
- **3. RÉGIMEN:** A. Contributivo [X] B. Subsidiado [ ]
- **4. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA:** SI [ ] NO [X]
- **5. TIPO DE AFILIADO:** A. Cotizante [X] B. Cabeza de familia [ ] C. Beneficiario [ ] D. Afiliado adicional [ ]
- **6. TIPO DE COTIZANTE:** A. Dependiente [ ] B. Independiente [X] C. Pensionado [ ]
- **7. CÓDIGO:** C1303.

A. AFILIACIÓN

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

8. APELLIDOS Y NOMBRES	
Primer apellido	Villegas
Segundo apellido	Vega
Primer nombre	Angelia
Segundo nombre	
9. Tipo documento de identidad	C.C.
10. Número documento de identidad	49662974
11. Sexo biológico	F [X] M [ ]
12. Sexo identificación	F [X] M [ ] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual?
13. Nacionalidad	Colombiana
14. Lugar de nacimiento	Colombia / Departamento: Cesar / Municipio: La Gloria
15. Fecha nacimiento	10 07 1975

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Campo	Valor
16. Etnia	6
17. Comunidad indígena	
18. Discapacidad	SI [ ] NO [X]
Cat. de discapacidad	
19. Tiene encuesta SISBÉN	SI [ ] NO [X]
20. Clasificación SISBÉN (Nivel / Grupo)	
21. Grupo población especial	
22. ARL	
23. AFP	
24. IBC	1.423500
25. Tarifa contribución solidaria	
26. Residencia – Teléfono celular	3158381014.
Teléfono fijo	
Dirección	calle 22 # 2E - 570
Complemento dirección	
Correo electrónico	aruve997@gmail.com
Departamento	Santander
Municipio/Distrito	Cimitarra
Localidad/Comuna	Los Pinos
Zona	Cabecera municipal [ ] Centro poblado [ ] Rural disperso [ ] Resto rural [ ]
IPS	10894.

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	40. Sexo identificación	41. Lugar de nacimiento	42. Fecha de nacimiento
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. Discapacidad	50. Incapacidad permanente (SI / NO)	51. Datos de residencia (Departamento / Municipio/Distrito / Zona)
B1									
B2									
B3									
B4									
B5									

	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
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

Campo	Valor
55. Nombre o razón social	Asociación trabajadores campesinos Carare
56. Tipo documento de identificación	NIT
57. Número del documento de identificación	8000019737
Teléfono fijo o celular	3188148571
58. Tipo de aportante o pagador de pensiones	Dependiente
59. Dirección	KR 2D # 32-
Correo electrónico	atcc.cimitarra@gmail.com
Departamento	Sdr
Municipio	Cimitarra

B. 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 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 [X]
10. TERMINACIÓN DE LA RELACIÓN LABORAL O PÉRDIDA DE LAS CONDICIONES PARA SEGUIR COTIZANDO [ ]
11. INSCRIPCIÓN EPS RETORNO AL PAÍS. I. 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 RÉGIMEN 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	Villegas
Segundo apellido	Vega
Primer nombre	Angelia
Segundo nombre	
Tipo documento de identidad	E.E
Número documento de identidad	49662974
62. Sexo biológico	F [X] M [ ]
63. Sexo identificación	F [X] M [ ] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual?
64. Fecha nacimiento	10 07 75
65. EPS anterior	
66. Fecha de novedad	04 03 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.
76. 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: Angelia V [firma] 03-2025
81. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de Oficio: [firma]

Nueva EPS — Radicado — Fecha — Luz ... — Asesor

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 declare 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

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 / Número del documento de identidad — 95. FIRMA DEL FUNCIONARIO — 96. FECHA DE RADICACIÓN: DÍA MES AÑO — 97. FECHA DE VALIDACIÓN: DÍA MES AÑO

OBSERVACIONES:

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.

- ORIGINAL: E.P.S. -

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva eps
gente cuidando gente
NIT. 900.156.264-2

C1303

FECHA DE RADICACIÓN: 14 03 2025

I. DATOS DEL TRÁMITE
Los interesados leer instrucciones antes de diligenciar este formulario

1. TIPO DE TRÁMITE: A. AFILIACIÓN [ ] B. REPORTE DE NOVEDADES [X]
2. TIPO DE AFILIACIÓN: A. Individual [ ] B. Cotizante o cabeza de familia [X] C. Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]
3. RÉGIMEN: A. Contributivo [X] B. Subsidiado [ ]
4. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA: SI [ ] NO [X]
5. TIPO DE AFILIADO: A. Cotizante [X] B. Cabeza de Familia [ ] C. Beneficiario [ ] D. Afiliado adicional [ ]
6. TIPO DE COTIZANTE: A. Dependiente [ ] B. Independiente [X] C. Pensionado [ ]
7. CÓDIGO: C1303

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

8. APELLIDOS Y NOMBRES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Lasso	Rojas	Carmen	Rosa

9. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: C.C.
10. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 30343779
11. SEXO BIOLÓGICO: F [X] M [ ]
12. SEXO IDENTIFICACIÓN: F [X] M T NB Otro Cual?
13. NACIONALIDAD: Colombiana
14. LUGAR DE NACIMIENTO: Colombia Caldas La Dorada
15. FECHA NACIMIENTO: 20 10 1964

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

16. ETNIA: 6
18. DISCAPACIDAD: SI [ ] NO [X]
19. TIENE ENCUESTA SISBÉN: SI [ ] NO [X]
20. CLASIFICACIÓN SISBÉN: NIVEL / GRUPO
21. GRUPO POBLACIÓN ESPECIAL
22. ARL
23. AFP
24. IBC: 1.423500
25. TARIFA CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA
26. RESIDENCIA: TELÉFONO CELULAR 3177642123 TELÉFONO FIJO
DIRECCIÓN: calle 1 #1-20 apt 1
CORREO ELECTRÓNICO
DEPARTAMENTO: Santander
MUNICIPIO/DISTRITO: puerto para los Amigos
LOCALIDAD/COMUNA
ZONA: URBANA [ ] RURAL [ ]
2304

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	40. SEXO IDENTIFICACIÓN	41. LUGAR DE NACIMIENTO	42. FECHA DE NACIMIENTO
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

Datos complementarios del Beneficiario

43. PARENTESCO	44. ETNIA	45. DISCAPACIDAD	46. GRUPO POBLACIÓN ESPECIAL	47. TIENE ENCUESTA SISBÉN SI / NO	48. CLASIFICACIÓN SISBÉN NIVEL / GRUPO	49. DIS CAPACIDAD	50. INCAPACIDAD PERMANENTE SI / NO	51. Datos de residencia: DEPARTAMENTO / MUNICIPIO/DISTRITO / ZONA

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

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: Asoc. trabajador campesina cabor
56. Tipo documento de identificación: NIT
57. Número del documento de identificación: 8200197739 3186148571
58. Tipo de aportante o pagador: Dependiente
59. Dirección: KR 2D #32- ortiz cimitarra ... Sder Cimitarra
DEPARTAMENTO

VI. 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 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 [X]
10. TERMINACIÓN DE LA RELACIÓN LABORAL O PÉRDIDA DE LAS CONDICIONES PARA SEGUIR COTIZANDO
11. INSCRIPCIÓN EPS RETORNO AL PAÍS / 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 RÉGIMEN 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
Lasso	Rojas	Carmen	Rosa

TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: C.C.
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 30343779
62. SEXO BIOLÓGICO: F [X] M
63. SEXO IDENTIFICACIÓN: F [X] M T NB Otro Cual?
64. FECHA NACIMIENTO: 20 10 64
65. EPS ANTERIOR
66. FECHA DE NOVEDAD: 14 03 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 vigente 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.
76. 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, con fines netamente informativos sobre la prestación de servicios de salud dentro de los horarios regulares, inclusive al estar registrado en el "Registro de Números Excluidos" (RNE).
b). Autorización para que la EPS me contacte con fines ...
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 cotizante, la persona del 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

Sello: nueva eps – Radicado – 14-03-2025 – Estudio – C1303

IX. FIRMAS
80. El cotizante, cabeza de familia, beneficiario cuando aplique o afiliado adicional: Carmen Rosa Lasso
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 RC TI CC PA CD AS PT — 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 declare 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

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 / Número del documento de identidad
95. FIRMA DEL FUNCIONARIO
96. FECHA DE RADICACIÓN: DÍA MES AÑO
97. FECHA DE VALIDACIÓN: DÍA MES AÑO
OBSERVACIONES:

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.

- ORIGINAL: E.P.S. -

CLICK PARA REINICIAR TODO

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva eps
gente cuidando gente
NIT. 900.156.264-2

C1303

FECHA DE RADICACIÓN: 14 03 2025

Lea atentamente las instrucciones antes de diligenciar este formulario

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. TIPO DE TRÁMITE: A. AFILIACIÓN [ ] B. REPORTE DE NOVEDADES [X]
2. TIPO DE AFILIACIÓN: A. Individual [ ] a) Cotizante o cabeza de familia [X] b) Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]
3. RÉGIMEN: A. Contributivo [X] B. Subsidiado [ ]
4. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA: SI [ ] NO [X]
5. TIPO DE AFILIADO: A. Cotizante [X] B. Cabeza de Familia [ ] C. Beneficiario [ ] D. Afiliado adicional [ ]
6. TIPO DE COTIZANTE: A. Dependiente [ ] B. Independiente [X] C. Pensionado [ ]
7. CÓDIGO: C1303

A. AFILIACIÓN

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

8. APELLIDOS Y NOMBRES: PRIMER APELLIDO: Rodriguez SEGUNDO APELLIDO: Gutierrez PRIMER NOMBRE: Ana SEGUNDO NOMBRE: Lufan.

9. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: C.C. 10. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 43649751 11. SEXO BIOLÓGICO: F [X] M [ ] 12. SEXO IDENTIFICACIÓN: F [X] M T NB Otro Cual?

13. NACIONALIDAD: Colombiana 14. LUGAR DE NACIMIENTO: colombia Santander pto parra 15. FECHA NACIMIENTO: 09 12 1964

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

16. ETNIA: 6 17. COMUNIDAD INDÍGENA 18. DISCAPACIDAD SI [ ] NO [X] CAT. DE DISCAPACIDAD 19. TIENE ENCUESTA SISBEN SI [ ] NO [X] 20. CLASIFICACIÓN SISBÉN NIVEL GRUPO 21. GRUPO POBLACIÓN ESPECIAL 22. ARL

23. AFP 24. IBC: 1.423500 25. TARIFA CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA 26. RESIDENCIA TELÉFONO CELULAR: 3166135987 TELÉFONO FIJO

DIRECCIÓN: KR 123 # 26-39.0 COMPLEMENTO DIRECCIÓN CORREO ELECTRÓNICO DEPARTAMENTO: Santander.

MUNICIPIO/DISTRITO: Pto Parra LOCALIDAD/COMUNA: Cumbre ZONA: CABECERA [X] CENTRO POBLADO [ ] RURAL DISPERSO [ ] RURAL [ ] IPS: 2304.

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 M	40. SEXO IDENTIFICACIÓN F M T 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. DISCAPACIDAD SI NO	CATEGORÍA	50. INCAPACIDAD PERMANENTE SI NO	51. Datos de residencia DEPARTAMENTO MUNICIPIO/DISTRITO	ZONA
B1											
B2											
B3											
B4											
B5											

	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: Campesinos carare 56. Tipo documento de identificación: NIT 57. Número del documento de identificación: 8200197 37 Teléfono: 3186148571 58. Tipo de aportante o pagador: Dependiente

59. Dirección: KR 2D # 32- CORREO ELECTRÓNICO DEPARTAMENTO: Sder MUNICIPIO/DISTRITO: Cimitarra.

B. 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 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 RÉGIMEN 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: Rodriguez SEGUNDO APELLIDO: Gutierrez PRIMER NOMBRE: Ana SEGUNDO NOMBRE: Lufan.

TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD 62. SEXO BIOLÓGICO F M 63. SEXO IDENTIFICACIÓN F M T NB Otro Cual?

64. FECHA NACIMIENTO: 09 12 1964 65. EPS ANTERIOR 66. FECHA DE NOVEDAD: 04 03 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 vigente 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.
76. 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 la persona del 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

Nueva EPS Radicado para Estudio 14-03-2025 Fernanda Garavito

IX. FIRMAS

Ana H. Rod

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

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 RC TI CC CE 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 declare 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

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 Número del documento de identidad 95. FIRMA DEL FUNCIONARIO 96. FECHA DE RADICACIÓN DÍA MES AÑO 97. FECHA DE VALIDACIÓN DÍA MES AÑO

OBSERVACIONES:

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.

- ORIGINAL: E.P.S. -

CLICK PARA REINICIAR TODO

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva eps
gente cuidando gente
NIT. 900.156.264-2

C1303

FECHA DE RADICACIÓN: 04 03 2025

I. DATOS DEL TRÁMITE

Los diligenciamientos las instrucciones antes de diligenciar este formulario

1. TIPO DE TRÁMITE: A. AFILIACIÓN ☐ B. REPORTE DE NOVEDADES ☒
2. TIPO DE AFILIACIÓN: A. Individual ☐ B. Colectiva ☐ C. Institucional ☐ D. De oficio ☐ (Cotizante o cabeza de familia ☒; Beneficiario o afiliado adicional ☐)
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 ☐
6. TIPO DE COTIZANTE: A. Dependiente ☐ B. Independiente ☒ C. Pensionado ☐
7. CÓDIGO: C1303.

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

8. APELLIDOS Y NOMBRES
PRIMER APELLIDO: Saavedra — SEGUNDO APELLIDO: Gamboa — PRIMER NOMBRE: Maria — SEGUNDO NOMBRE: Ismenia

9. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: C.C. — 10. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 63250969 — 11. SEXO BIOLÓGICO: F / M — 12. SEXO IDENTIFICACIÓN: F M T NB Otro Cual?

13. NACIONALIDAD: Colombiana — 14. LUGAR DE NACIMIENTO: Colombia Santander Cimitarrá — 15. FECHA NACIMIENTO: 09 12 62.

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

16. ETNIA: 6 — 17. COMUNIDAD INDÍGENA — 18. DISCAPACIDAD: SI ☐ NO ☒ — CAT. DE DISCAPACIDAD — 19. TIENE SISBEN: SI ☐ NO ☒ — 20. CLASIFICACIÓN SISBEN: NIVEL / GRUPO — 21. GRUPO POBLACIÓN ESPECIAL — 22. ARL

23. EPS — 24. IBC: 1.423 500 — 25. TARIFA CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA — 26. RESIDENCIA — TELÉFONO CELULAR: 3176015668 — TELÉFONO FIJO

DIRECCIÓN: KR 12 E # 8 - 590 — COMPLEMENTO DIRECCIÓN — CORREO ELECTRÓNICO: Mariasagamboa... — DEPARTAMENTO: Santander

MUNICIPIO/ DISTRITO: Cimitarra — LOCALIDAD/COMUNA: Prado de occ. — ZONA: URBANA ☒ RURAL ☐ — 108944.

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 M	40. SEXO IDENTIFICACIÓN F M T NB Otro	41. LUGAR DE NACIMIENTO PAÍS DEPTO. 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 SISBEN SI NO	48. CLASIFICACIÓN SISBEN NIVEL GRUPO	49. DISCAPACIDAD	50. INCAPACIDAD PERMANENTE SI NO	51. Datos de residencia DEPARTAMENTO MUNICIPIO ZONA
B1								
B2								
B3								
B4								
B5								

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
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: Asociación de Campesinos Caiak — 56. Tipo documento de identificación: NIT — 57. Número del documento de identificación: 8000197337 — 3186148571 — 58. Tipo de aportante o pagador: Dependiente.

58. Dirección: KR 2D # 32 - — Otra: Cimitarra Agrosandau — DEPARTAMENTO: Sda — MUNICIPIO/DISTRITO: Cimitarra

V. 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 RÉGIMEN 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: Saavedra — SEGUNDO APELLIDO: Gamboa — PRIMER NOMBRE: Maria — SEGUNDO NOMBRE: Ismenia

TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: C.C. — NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 63250969 — 62. SEXO BIOLÓGICO: F ☒ M — 63. SEXO IDENTIFICACIÓN: F ☒ M T NB Otro Cual?

64. FECHA NACIMIENTO: 09 12 62 — 65. EPS ANTERIOR — 66. FECHA DE NOVEDAD: 04 03 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.
76. 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

Maria Sa [firma] — 03-2025 — Recibido para Estudio

80. El cotizante, cabeza de familia, beneficiario cuando aplique o afiliado adicional — 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 RC TI CC CE PA CD PE — 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 declare 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 la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

Total Anexos 0

Fecha: 03/03/2025 — Asesor ing — Carlos Garavito (sello)

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 — Número del documento de identidad — 95. FIRMA DEL FUNCIONARIO — 96. FECHA DE RADICACIÓN DÍA MES AÑO — 97. FECHA DE VALIDACIÓN DÍA MES AÑO

OBSERVACIONES:

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.

- ORIGINAL: E.P.S. -

CLICK PARA REINICIAR TODO

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva eps
gente cuidando gente
NIT. 900.156.264-2

C1303

FECHA DE RADICACIÓN: 14 03 2025

Los afortunados lea las instrucciones antes de diligenciar este formulario

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. TIPO DE TRÁMITE: A. AFILIACIÓN [ ] B. REPORTE DE NOVEDADES [X]
2. TIPO DE AFILIACIÓN: A. Individual [ ] a) Cotizante o cabeza de familia [X] b) Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]
3. RÉGIMEN: A. Contributivo [ ] B. Subsidiado [ ]
4. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA: SI [ ] NO [X]
5. TIPO DE AFILIADO: A. Cotizante [X] B. Cabeza de Familia [ ] C. Beneficiario [ ] D. Afiliado adicional [ ]
6. TIPO DE COTIZANTE: A. Dependiente [ ] B. Independiente [X] C. Pensionado [ ]
7. CÓDIGO: C1303.

A. AFILIACIÓN

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

8. APELLIDOS Y NOMBRES
PRIMER APELLIDO: Abaunza SEGUNDO APELLIDO: Velasco PRIMER NOMBRE: Ligia SEGUNDO NOMBRE: Carmen.
9. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: C.C. 10. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 51965547
11. SEXO BIOLÓGICO: F [X] M [ ] 12. SEXO IDENTIFICACIÓN: F [X] M T NB Otro Cual?
13. NACIONALIDAD: Colombiana 14. LUGAR DE NACIMIENTO: Colombia Santander Cimitarra
15. FECHA NACIMIENTO: 14 03 2025

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

16. ETNIA: 6 17. COMUNIDAD INDÍGENA: 18. DISCAPACIDAD: SI [ ] NO [X] CAT. DE DISCAPACIDAD:
19. TIENE ENCUESTA SISBÉN: SI [X] NO [ ] 20. CLASIFICACIÓN SISBÉN: NIVEL B GRUPO 01
21. GRUPO POBLACIÓN ESPECIAL: 22. ARL:
23. AFP: 24. IBC: 1.423500 25. TARIFA CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA:
26. RESIDENCIA TELÉFONO CELULAR: 3203206123 TELÉFONO FIJO:
DIRECCIÓN: Calle 7A #11-250 COMPLEMENTO DIRECCIÓN: CORREO ELECTRÓNICO: ligiaAV@gmail.com DEPARTAMENTO: Santander
MUNICIPIO/DISTRITO: Cimitarra LOCALIDAD/COMUNA: Centro. ZONA: CABECERA MUNICIPAL [ ] CENTRO POBLADO [ ] RURAL DISPERSO [ ] RESTO RURAL [ ] CP: 10891

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 M	40. SEXO IDENTIFICACIÓN F M T NB Otro	41. LUGAR DE NACIMIENTO PAÍS DEPTO. 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. DISCAPACIDAD SI NO CATEGORÍA	50. INCAPACIDAD PERMANENTE SI NO	51. Datos de residencia DEPARTAMENTO MUNICIPIO/DISTRITO	ZONA
B1										
B2										
B3										
B4										
B5										

	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: AJ. Tipo Campesino 56. Tipo documento de identificación: NIT 57. Número del documento de identificación: 800019731 3186142591 58. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS): Dependiente
59. Dirección: KR 2D #32-0 CORREO ELECTRÓNICO: atcc.cimitarra@gmail.com DEPARTAMENTO: Sder MUNICIPIO/DISTRITO: Cimitarra

B. 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 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 [X]
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 RÉGIMEN 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: Abaunza SEGUNDO APELLIDO: Velasco PRIMER NOMBRE: Ligia SEGUNDO NOMBRE: Carmen
TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: C.C. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 51965547 62. SEXO BIOLÓGICO: F [X] M 63. SEXO IDENTIFICACIÓN: F [X] M T NB Otro Cual?
64. FECHA NACIMIENTO: 04 10 68 65. EPS ANTERIOR: 66. FECHA DE NOVEDAD: 04 03 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 al(os) 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 vigente 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. [ ]
76. 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 reporto 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

[firma] 14-03-2025
80. El cotizante, cabeza de familia, beneficiario cuando aplique o afiliado adicional
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 [ ] 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 declare 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

NUEVA EPS ... RADICADO ... CIMITARRA ... GRAL

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 | Número del documento de identidad | 95. FIRMA DEL FUNCIONARIO | 96. FECHA DE RADICACIÓN DÍA MES AÑO | 97. FECHA DE VALIDACIÓN DÍA MES AÑO
OBSERVACIONES:

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.

- ORIGINAL: E.P.S. -

CLIC PARA REINICIAR TODO

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva eps
gente cuidando gente
NIT. 900 156.264-2

C1303.

FECHA DE RADICACIÓN: 12 03 2025

Los siguientes las instrucciones antes de diligenciar este formulario

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. TIPO DE TRÁMITE: A. AFILIACIÓN [ ] B. REPORTE DE NOVEDADES [X]
2. TIPO DE AFILIACIÓN: A. Individual [ ] Cotizante o cabeza de familia [X] Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]
3. RÉGIMEN: A. Contributivo [X] B. Subsidiado [ ]
4. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA: SI [ ] NO [X]
5. TIPO DE AFILIADO: A. Cotizante [X] B. Cabeza de Familia [ ] C. Beneficiario [ ] D. Afiliado adicional [ ]
6. TIPO DE COTIZANTE: A. Dependiente [ ] B. Independiente [X] C. Pensionado [ ]
7. CÓDIGO: C1303

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
Castellanos	Pinzon	Marlene	

9. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: C.C.
10. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 63252031
11. SEXO BIOLÓGICO: F [X] M [ ]
12. SEXO IDENTIFICACIÓN: F [X] M T NB Otro Cual?
13. NACIONALIDAD: Colombiana
14. LUGAR DE NACIMIENTO: Colombia Santander Piedecuesta
15. FECHA NACIMIENTO: 11 07 1969

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

16. ETNIA: 6
17. COMUNIDAD INDÍGENA:
18. DISCAPACIDAD: SI [ ] NO [X] CAT. DE DISCAPACIDAD:
19. TIENE ENCUESTA SISBEN: SI [ ] NO [X]
20. CLASIFICACIÓN SISBEN: NIVEL / GRUPO
21. GRUPO POBLACIÓN ESPECIAL:
22. ARL:
23. AFP:
24. IBC: 1423500
25. TARIFA CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA:
26. RESIDENCIA: TELÉFONO CELULAR 3104362238 TELÉFONO FIJO
DIRECCIÓN: Calle 9 # 8 - 16 o
COMPLEMENTO DIRECCIÓN:
CORREO ELECTRÓNICO:
DEPARTAMENTO: Santander.
MUNICIPIO/ DISTRITO: Cimitarra
LOCALIDAD/COMUNA: Centro
ZONA: URBANA [X] RURAL [ ] ... [ ] ... [ ]
CP: 10894

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: PAIS 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	40. SEXO IDENTIFICACIÓN	41. LUGAR DE NACIMIENTO	42. FECHA DE NACIMIENTO
B1								
B2								
B3								
B4								
B5								

Datos complementarios del Beneficiario

	43. PARENTESCO	44. ETNIA	45. COMUNIDAD	46. GRUPO DE POBLACIÓN ESPECIAL	47. TIENE ENCUESTA SISBEN SI / NO	48. CLASIFICACIÓN SISBEN NIVEL / GRUPO	49. DISCAPACIDAD SI / NO	CATEGORÍA	50. DISCAPACIDAD PERMANENTE SI / NO	51. Datos de residencia DEPARTAMENTO	MUNICIPIO/ DISTRITO	ZONA
B1												
B2												
B3												
B4												
B5												

	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 DILIGENCIAR 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: Asociación de Campesinos Carare
56. Tipo documento de identificación: NIT
57. Número del documento de identificación: 8000194737
TELÉFONO: 3186148571
58. Tipo de aportante o pagador: Dependiente
59. Dirección: KR 2D # 32 -
CORREO ELECTRÓNICO: atcc.cimitarra@gmail.com
DEPARTAMENTO: Sder
MUNICIPIO/DISTRITO: Cimitarra

B. REPORTE DE NOVEDADES

VI. TIPO DE NOVEDAD

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 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 [X]
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 RÉGIMEN 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
Castellanos	Pinzon	Marlene	

TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: C.C.
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 63252031
62. SEXO BIOLÓGICO: F M
63. SEXO IDENTIFICACIÓN: F M T NB Otro Cual?
64. FECHA NACIMIENTO: 11 07 69
65. EPS ANTERIOR:
66. FECHA DE NOVEDAD: 04 03 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.
76. 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:

Nueva EPS Radicado Radicado 12-03-2025 Fecha: Luz Mery Garavito Código: C1303 ASESOR COMERCIAL

IX. FIRMAS

80. El cotizante, cabeza de familia, beneficiario cuando aplique o afiliado adicional: Marlene C.

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 RC TI CC CE PA CD AS PT — Total 0

83. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitida 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 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

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: Número del documento de identidad
95. FIRMA DEL FUNCIONARIO:
96. FECHA DE RADICACIÓN: DÍA MES AÑO
97. FECHA DE VALIDACIÓN: DÍA MES AÑO

OBSERVACIONES:

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.

- ORIGINAL: E.P.S. -

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva eps
gente cuidando gente

C1303

FECHA DE RADICACIÓN: 14 03 2025

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de trámite	A. Afiliación [ ] B. Reporte de novedades [X]
2. Tipo de afiliación	A. Individual: a) Cotizante o cabeza de familia [X] b) Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]
3. Régimen	A. Contributivo [X] B. Subsidiado [ ]
4. Contribución solidaria	SI [ ] NO [X]
5. Tipo de afiliado	A. Cotizante [X] B. Cabeza de familia [ ] C. Beneficiario [ ] D. Afiliado adicional [ ]
6. Tipo de cotizante	A. Dependiente [ ] B. Independiente [X] C. Pensionado [ ]
7. Código	C1303.

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

Primer apellido	Abaunza
Segundo apellido	Velasco
Primer nombre	Ligia
Segundo nombre	Carmen.
9. Tipo documento de identidad	C.C.
10. Número documento de identidad	51965547
11. Sexo biológico	F [X] M [ ]
12. Sexo identificación	F [X] M [ ] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual?
13. Nacionalidad	Colombiana
14. Lugar de nacimiento	Colombia Santander Cimitarra
15. Fecha nacimiento	14 03 2025

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

16. Etnia	6
17. Comunidad indígena	
18. Discapacidad	SI [ ] NO [X]
Cat. de discapacidad	
19. Tiene encuesta SISBÉN	SI [X] NO [ ]
20. Clasificación SISBÉN	Nivel B Grupo 02
21. Grupo población especial	
22. ARL	
23. AFP	
24. IBC	1.423500
25. Tarifa contribución solidaria	
26. Residencia – Teléfono celular	3203206123
Teléfono fijo	
Dirección	Calle 7A # 11 - 250
Complemento dirección	
Correo electrónico	ligiaAV@gmail.com
Departamento	Santander
Municipio/Distrito	Cimitarra
Localidad/Comuna	Centro.
Zona	[ ] [ ] [ ] [ ]
	10894

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	PAIS DEPARTAMENTO MUNICIPIO
34. Fecha nacimiento	DIA 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 M)	40. Sexo identificación (F M T NB Otro?)	41. Lugar de nacimiento (País Depart. Municipio)	42. Fecha de nacimiento (Día Mes Año)
B1								
B2								
B3								
B4								

Datos complementarios del Beneficiario

	Parentesco	Etnia	Comunidad	Grupo de población especial	Tiene encuesta SISBÉN (SI NO)	Clasificación SISBÉN (Nivel Grupo)	49. Discapacidad	50. Incapacidad permanente (SI NO)	51. Datos de residencia: Departamento	Municipio/Distrito	Zona
B1											
B2											
B3											
B4											
B5											

	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	AJ.Trab Campesinas
56. Tipo documento de identificación	NIT
57. Número del documento de identificación	800019731
Teléfono	3186148591
58. Tipo de aportante o pagador de pensiones	Dependiente
59. Dirección	KR 2D # 32 - 0
Correo electrónico	atcc.cimitarra@gmail.com
Departamento	Sder
Municipio/Distrito	Cimitarra

II. 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 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 [X]
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 RÉGIMEN 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	Abaunza
Segundo apellido	Velasco
Primer nombre	Ligia
Segundo nombre	Carmen
Tipo documento de identidad	C.C.
Número documento de identidad	51965547
62. Sexo biológico	F [X] M [ ]
63. Sexo identificación	F [X] M T NS Otro Cual?
64. Fecha nacimiento	04 10 68
65. EPS anterior	
66. Fecha de novedad	04 03 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 mi. [ ]
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. [ ]
76. 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	81. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de Oficio
Ligia Abaunza 14-03-2025	[firma]

Nueva eps — Régimen subsidio — Fecha: 14 MAR 2025 — Código: 1300 — COP INTEGRAL

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

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	Número del documento de identidad	95. Firma del funcionario	96. Fecha de radicación (DÍA MES AÑO)	97. Fecha de validación (DÍA MES AÑO)

OBSERVACIONES:

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.

- ORIGINAL: E.P.S. -

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

CLICK PARA REINICIAR TODO

nueva eps
gente cuidando gente
NIT. 900.156.264-2

C1303.

FECHA DE RADICACIÓN: 14 03 2025

Lea atentamente las instrucciones antes de diligenciar este formulario

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. TIPO DE TRÁMITE: A. AFILIACIÓN [ ] B. REPORTE DE NOVEDADES [X]
2. TIPO DE AFILIACIÓN: A. Individual [ ] B) Cotizante o cabeza de familia [X] C) Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]
3. RÉGIMEN: A. Contributivo [X] B. Subsidiado [ ]
4. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA: SI [ ] NO [X]
5. TIPO DE AFILIADO: A. Cotizante [X] B. Cabeza de familia [ ] C. Beneficiario [ ] D. Afiliado adicional [ ]
6. TIPO DE COTIZANTE: A. Dependiente [ ] B. Independiente [X] C. Pensionado [ ]
7. CÓDIGO: C1303.

II. AFILIACIÓN

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

8. APELLIDOS Y NOMBRES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Bayona	Patiño	Maria	Elcy

9. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: C.C.
10. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 30204303
11. SEXO BIOLÓGICO: F [X] M [ ]
12. SEXO IDENTIFICACIÓN: F [X] M [ ] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual?
13. NACIONALIDAD: Colombia
14. LUGAR DE NACIMIENTO: Colombiana – Santander – Cimitarra
15. FECHA NACIMIENTO: 25 12 1968

B. DATOS COMPLEMENTARIOS

16. ETNIA: 6
17. COMUNIDAD INDÍGENA:
18. DISCAPACIDAD: SI [ ] NO [X]
CAT. DE DISCAPACIDAD:
19. TIENE FICHO ESTÁ SISBEN: SI [ ] NO [X]
20. CLASIFICACIÓN SISBEN: NIVEL [ ] GRUPO [ ]
21. GRUPO POBLACIÓN ESPECIAL:
22. ARL:
23. AFP:
24. IBC: 1.423.500
25. TARIFA CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA:
26. RESIDENCIA
TELÉFONO CELULAR: 3200415807
TELÉFONO FIJO:
DIRECCIÓN: KR12B #7A-25 0
COMPLEMENTO DIRECCIÓN:
CORREO ELECTRÓNICO: Mariaelcy@gmail.com
DEPARTAMENTO: Santander
MUNICIPIO/ DISTRITO: Cimitarra
LOCALIDAD/COMUNA: Lagos I
ZONA: URBANA [X] RURAL [ ] [ ]
10894

C. 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	40. SEXO IDENTIFICACIÓN	41. LUGAR DE NACIMIENTO	42. FECHA DE NACIMIENTO
B1								
B2								
B3								
B4								
B5								

Datos complementarios del Beneficiario

	43. PARENTESCO	44. ETNIA	45. COMUNIDAD	46. GRUPO DE POBLACIÓN ESPECIAL	47. TIENE ENCUESTA SISBEN SI / NO	48. CLASIFICACIÓN SISBEN NIVEL / GRUPO	49. DISCAPACIDAD	50. DISCAPACIDAD PERMANENTE SI / NO	51. Datos de residencia DEPARTAMENTO / MUNICIPIO	ZONA
B1										
B2										
B3										
B4										
B5										

	TELÉFONO FIJO Y/O CELULAR	VALOR DE LA UPC	DIRECCIÓN	LOCALIDAD/ COMUNA	CORREO ELECTRÓNICO	53. IPS	54. CÓDIGO DE LA IPS
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

IV. 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: Asoc. Trab Camp. carac
56. Tipo documento de identificación: Nit
57. Número del documento de identificación: 800019737
Teléfono: 3186148571
58. Tipo de aportante o pagador: Dependiente
59. Dirección: KR. 2 D # 32 - 0
Correo: Atte@cimitarra.gov.co
DEPARTAMENTO: Santander
MUNICIPIO/DISTRITO: Cimitarra

V. 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 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 RÉGIMEN 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
Bayona	Patiño	Maria	Elcy

TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: C.C.
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 30204303
62. SEXO BIOLÓGICO: F [X] M [ ]
63. SEXO IDENTIFICACIÓN: F [X] M [ ] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual?
64. FECHA NACIMIENTO: 25 12 68
65. EPS ANTERIOR:
66. FECHA DE NOVEDAD: 04 03 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 vigente 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. [ ]
76. 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 reporto 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

[Firma] 03-2025
80. El cotizante, cabeza de familia, beneficiario cuando aplique o afiliado adicional
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 [ ] 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 declare 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 ordena la afiliación de oficio. [ ]

Total Anexos [0]

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:
Número del documento de identidad:
95. FIRMA DEL FUNCIONARIO
96. FECHA DE RADICACIÓN: DÍA MES AÑO
97. FECHA DE VALIDACIÓN: DÍA MES AÑO

OBSERVACIONES:

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.

- ORIGINAL: E.P.S. -

Compromiso Presupuestal de Gasto – Comprobante.

Usuario Solicitante:	MHbredondo	BEATRIZ AURORA REDONDO MENDOZA
Unidad ó Subunidad Ejecutora Solicitante:	46-02-00-068	ICBF DIRECCIÓN REGIONAL SANTANDER
Fecha y Hora Sistema:	21/02/2025 12:00:00 p. m.	

REGISTRO PRESUPUESTAL DEL COMPROMISO

Con base en el CDP No: 47725 de fecha 2025-02-17. Se hizo el registro presupuestal con el siguiente detalle

Número:	46425	**Fecha Registro:**	2025-02-21	**Unidad / Subunidad Ejecutora:**		46-02-00-068 ICBF DIRECCIÓN REGIONAL SANTANDER			
Vigencia Presupuestal	Actual	**Estado:**	Generado			**Tipo de Moneda:**	COP-Pesos	**Tasa de Cambio:**	0,00
Valor Inicial:	1.777.680.293,00	**Valor Total Operaciones:**	0,00			**Valor Actual:**	1.777.680.293,00	**Saldo x Obligar:**	1.777.680.293,00

TERCERO ORIGINAL

Identificación: NIT	800019737	**Razón Social:**	ASOCIACION DE TRABAJADORES CAMPESINOS DEL CARARE	**Medio de Pago:**	Abono en cuenta

CUENTA BANCARIA

Número:	0232009227	**Banco:**	BANCO BILBAO VIZCAYA ARGENTARIA COLOMBIA S.A. BBVA	**Tipo:**	Ahorro	**Estado:**	Registro Previo

ORDENADOR DEL GASTO

Identificación:	37314878	**Nombre:**	MARTHA LUCIA DE LA TORCOROMA BALLESTEROS GARCIA	**Cargo:**	DIRECTOR REGIONAL

CAJA MENOR				**VIÁTICOS**				**DOCUMENTO SOPORTE**					
Identificación:		**Fecha de Registro:**		**Genera Viáticos:**	No	**Num. Solicitud de Comisión:**		**Número:**	68002532025	**Tipo:**	CONTRATO DE APORTE	**Fecha:**	2025-02-21

ÍTEM PARA AFECTACIÓN DE GASTO

DEPENDENCIA	POSICIÓN CATÁLOGO DE GASTO	FUENTE	RECURSO	SITUAC.	FECHA OPERACIÓN	VALOR INICIAL	VALOR OPERACIÓN	VALOR ACTUAL	SALDO X OBLIGAR
161 SERVICIO DE EDUCACION INICIAL A LA PRIMERA INFANCIA	C-4602-1500-9-704020-4602020-02 ADQUIS. DE BYS - SERVICIO DE ATENCIÓN INTEGRAL A LA PRIMERA INFANCIA PARA LA PROMOCIÓN DE DERECHOS Y PREVENCIÓN DE VULNERACIONES Y AMENAZAS - FORTALECIMIENTO DE CAPACIDADES Y DISPOSICIÓN DE CONDICIONES Y OPORTUNIDADES QUE PROMUEVAN EL DESARROLLO INT	Nación	10	CSF		1.777.680.293,00	0,00		
					Total:	1.777.680.293,00	0,00	1.777.680.293,00	1.777.680.293,00

Objeto:	YARIGUIES- PRESTAR LOS SERVICIOS DE EDUCACIÓN INICIAL EN EL MARCO DE LA ATENCIÓN INTEGRAL A LA PRIMERA INFANCIA DE CONFORMIDAD CON LOS MANUALES TÉCNICOS, GUÍAS OPERATIVAS PARA LA ATENCIÓN A LA PRIMERA INFANCIA Y LOS LINEAMIENTOS ESTABLECIDOS POR EL I

PLAN DE PAGOS							
DEPENDENCIA DE AFECTACION DE PAC		POSICION DEL CATALOGO DE PAC		FECHA	VALOR A PAGAR	SALDO POR OBLIGAR	LINEA DE PAGO
46-02-00-068	ICBF DIRECCIÓN REGIONAL SANTANDER	3-8	CNC - INVERSION ORDINARIA NACIÓN CSF	2025-02-28	251.201.887,00	251.201.887,00	NINGUNO
46-02-00-068	ICBF DIRECCIÓN REGIONAL SANTANDER	3-8	CNC - INVERSION ORDINARIA NACIÓN CSF	2025-03-31	213.685.937,00	213.685.937,00	NINGUNO
46-02-00-068	ICBF DIRECCIÓN REGIONAL SANTANDER	3-8	CNC - INVERSION ORDINARIA NACIÓN CSF	2025-04-30	213.685.937,00	213.685.937,00	NINGUNO
46-02-00-068	ICBF DIRECCIÓN REGIONAL SANTANDER	3-8	CNC - INVERSION ORDINARIA NACIÓN CSF	2025-05-31	213.685.937,00	213.685.937,00	NINGUNO
46-02-00-068	ICBF DIRECCIÓN REGIONAL SANTANDER	3-8	CNC - INVERSION ORDINARIA NACIÓN CSF	2025-06-30	213.685.937,00	213.685.937,00	NINGUNO
46-02-00-068	ICBF DIRECCIÓN REGIONAL SANTANDER	3-8	CNC - INVERSION ORDINARIA NACIÓN CSF	2025-07-31	213.685.937,00	213.685.937,00	NINGUNO
46-02-00-068	ICBF DIRECCIÓN REGIONAL SANTANDER	3-8	CNC - INVERSION ORDINARIA NACIÓN CSF	2025-08-31	213.685.937,00	213.685.937,00	NINGUNO
46-02-00-068	ICBF DIRECCIÓN REGIONAL SANTANDER	3-8	CNC - INVERSION ORDINARIA NACIÓN CSF	2025-09-30	244.362.784,00	244.362.784,00	NINGUNO

FIRMA(S) RESPONSABLE(S)

ACTA DE INICIO DE CONTRATO

En Barrancabermeja a los 21 días del mes de Febrero del año 2025**, LUIS FERNANDO SERNA REINTERIA** identificado (a) con C.C. No**. 91.446.857** en calidad de Representante Legal de la **ASOCIACION DE TRABAJADORES CAMPESINOS DEL CARARE** con **NIT 800.019.737 y SHIRLEY THOMAS ALVARADO**, identificada con C.C. No. **63.462.214**, **COORDINADORA DEL CENTROL ZONAL YARIGUIES** en representación del ICBF C.ZYariguies, con el fin de suscribir la presente **ACTA DE INICIO** del Contrato que a continuación se describe:

CONTRATO N.º:	**68002532025**	**FECHA DE CONTRATO:**	**DÍA:** 21	**MES:** 02	**AÑO:** 2025

CLASE DE CONTRATO			
Contrato de Obra		Convenio Interadministrativo	
Contrato de Consultoría		Contrato de Suministro	
Contrato de Prestación de Servicios		Contrato de Comodato	
Contrato de Compraventa		Otro (Cual) Contrato de Aportes	X

OBJETO CONTRACTUAL
"PRESTAR LOS SERVICIOS DE EDUCACIÓN INICIAL EN EL MARCO DE LA ATENCIÓN INTEGRAL A LA PRIMERA INFANCIA DE CONFORMIDAD CON LOS MANUALES TÉCNICOS, GUÍAS OPERATIVAS PARA LA ATENCIÓN A LA PRIMERA INFANCIA Y LOS LINEAMIENTOS ESTABLECIDOS POR EL ICBF, EN ARMONÍA CON LA POLÍTICA DE ESTADO PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA PRIMERA INFANCIA DE "CERO A SIEMPRE".

IDENTIFICACIÓN DEL CONTRATISTA	
Nombre y/o Razón Social**: ASOCIACION DE TRABAJADORES CAMPESINOS DEL CARARE**	
C.C. N.º:	NIT. **800.019.737**

VALOR
En Números: $**1.777.680.293**
En letras: MIL SETECIENTOS SETENTA Y SIETE MILLONES SEISCIENTOS OCHENTA MIL DOSCIENTOS NOVENTA Y TRES PESOS M/CTE

PLAZO
El Plazo de ejecución del contrato, será a partir del **21 de Febrero de 2025** hasta el **30 de Septiembre de 2025,** previo cumplimiento de los requisitos de perfeccionamiento y ejecución.

SUPERVISOR O INTERVENTOR
SHIRLEY THOMAS ALVARADO
Coordinadora Centro Zonal Yariguíes.

Para constancia de lo anterior, se firma la presente Acta de Inicio por quienes en ella intervinieron en Barrancabermeja a los 21 días del mes de Febrero del año 2025.

SHIRLEY THOMAS ALVARADO
SUPERVISOR

LUIS FERNANDO SERNA REINTERIA
REPRESENTANTE LEGAL

Aseguradora Solidaria de Colombia
NIT: 860.524.654-6

POLIZA SEGURO DE RESP. CIVIL EXTRACONTRACTUAL

Somos la Decimocuarta Mejor Empresa para Trabajar en Colombia — Great Place To Work. Los Mejores Lugares para Trabajar COLOMBIA 2024
Somos a Novena Mejor Empresa para Trabajar en América Latina — Great Place To Work. Los Mejores Lugares para Trabajar AMÉRICA LATINA 2021

NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS
4650802046

PÓLIZA No: 465 -74 - 994000003704 ANEXO:0

AGENCIA EXPEDIDORA: **SEAS ASEGURANDOTE BUCARAMANGA CENTRO** COD. AGE: 465 RAMO: 74 PAP:

	DIA	MES	AÑO	HORAS		DIA	MES	AÑO	HORAS		DIA	MES	AÑO
VIGENCIA DE LA PÓLIZA	20	02	2025	23:59		30	09	2025	23:59	222	21	02	2025
	FECHA DE EXPEDICIÓN			VIGENCIA DESDE	A LAS			VIGENCIA HASTA	A LAS	DIAS	FECHA DE IMPRESIÓN		

MODALIDAD FACTURACIÓN: **ANUAL** TIPO DE IMPRESIÓN: IMPRESION

TIPO DE MOVIMIENTO EXPEDICION

	DIA	MES	AÑO	HORAS		DIA	MES	AÑO	HORAS	DIAS
VIGENCIA DEL ANEXO	20	02	2025	23:59		30	09	2025	23:59	222
	VIGENCIA DESDE			A LAS		VIGENCIA HASTA			A LAS	

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE:: **ASOCIACION DE TRABAJADORES CAMPESINOS DEL CARARE ATCC** IDENTIFICACIÓN: NIT **800.019.737-5**

DIRECCIÓN: LUGAR CORREGIMIENTO LA INDIA LAND BARRIO LA INDIA CIUDAD: CIMITARRA, SANTANDER TELÉFONO: 3177245389

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO

ASEGURADO: **INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR - REGIONAL SANTANDER** IDENTIFICACIÓN: NIT **899.999.239-2**

DIRECCIÓN: CALLE 1N # 16D - 86 BARRIO LA JUVENTUD CIUDAD: **BUCARAMANGA, SANTANDER** TELÉFONO: 6047831105

BENEFICIARIO: **TERCEROS AFECTADOS** IDENTIFICACIÓN: NIT **001-8**

DATOS DEL RIESGO Y AMPAROS

ASEGURADO: INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILI NIT : 899999239

ITEM: 1 DEPARTAMENTO: SANTANDER CIUDAD: BUCARAMANGA

DIRECCION: CALLE 1N No. 16D-86 BARRIO LA JUVENTUD

ACTIVIDAD: CONTRATO DE APORTE

TIPO EDIFICIO: SI APLICA TIPO DE RIESGO: ESTATAL MANZANA: 1N-17D

DESCRIPCION	AMPAROS	SUMA ASEGURADA	% INVAR	SUBLIMITE
CONTRATO		$ 284,700,000.00		
	PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES	284,700,000.00		

DEDUCIBLES: 10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 1.00 SMMLV en PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES

BENEFICIARIOS
NIT 001 - TERCEROS AFECTADOS

MEDIANTE LA PRESENTE PÓLIZA, SE AMPARAN LOS PERJUICIOS PATRIMONIALES QUE CAUSE DIRECTAMENTE EL ASEGURADO CON MOTIVO DE UNA DETERMINADA RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL EN QUE INCURRA, DE ACUERDO CON LA LEY COLOMBIANA, EN VIRTUD DE LA EJECUCION DEL CONTRATO NO. 68002532025, CELEBRADO ENTRE LAS PARTES, RELACIONADO CON PRESTAR LOS SERVICIOS DE EDUCACIÓN INICIAL EN EL MARCO DE LA ATENCIÓN INTEGRAL A LA PRIMERA INFANCIA DE CONFORMIDAD CON LOS MANUALES TÉCNICOS, GUÍAS OPERATIVAS PARA LA ATENCIÓN A LA PRIMERA INFANCIA Y LOS LINEAMIENTOS ESTABLECIDOS POR EL ICBF, EN ARMONÍA CON LA POLÍTICA DE ESTADO PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA PRIMERA INFANCIA DE CERO A SIEMPRE.

VALOR ASEGURADO TOTAL:	VALOR PRIMA:	GASTOS EXPEDICION:	IVA:	TOTAL A PAGAR:
$ ***284,700,000.00	$ **********346,320	$*********0.00	$ *******65,801	$ **********412,121

INTERMEDIARIO

NOMBRE	CLAVE	%PART
LEDY ASTRID CASTELLANOS LTDA	9181	100.00

COASEGURO CEDIDO

NOMBRE COMPAÑIA	%PART	VALOR ASEGURADO

LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO Y DARA DERECHO A ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASIÓN DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO.

FIRMA ASEGURADOR

(415)7701861000019(8020)000000000007000465080204

FIRMA TOMADOR

DIRECCIÓN NOTIFICACIÓN ASEGURADORA: Calle 100 No. 9A-45 Piso 12 Bogotá

CADE2578070FFE7E5B

CLIENTE

AGUIZA 0

Ahora Aseguradora Solidaria de Colombia confirma la información de los clientes a través del Call Center, por favor tenga en cuenta que será contactado para realizar el procedimiento

Compañía de Seguros

GRAN CONTRIBUYENTE RES.2509 DIC/93 - REGIMEN COMUN - ACTIVIDAD ECONOMICA 6601, ENTIDAD COOPERATIVA NO EFECTUAR RETENCION EN LA FUENTE

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

LISTADO DE ASEGURADOS

POLIZA SEGURO DE RESP. CIVIL EXTRACONTRACTUAL

DATOS DE LA PÓLIZA

No. POLIZA: 994000003704 **ANEXO:** 0 **TIPO DE MOVIMIENTO:** 0 **PAGINA:** 2

TOMADOR: ASOCIACION DE TRABAJADORES CAMPESINOS DEL CARARE ATCC **IDENTIFICACION:** 800.019.737-5

ASEGURADOS

ITEM	ASEGURADO	C.C. ó NIT	UBICACION DEL PREDIO	CIUDAD	VALOR ASEGURADO	PRIMA SIN IVA	PRIMA CON IVA
1	INSTITUTO COLOMBIANO DE BIEN	899999239-2	CALLE 1N No. 16D-86 BARRIO LA	BUCARAMANGA	284,700,000.00	346,320	412,121

PRIMA TOTAL SIN IVA	PRIMA TOTAL CON IVA
346,320	412,121

Aseguradora Solidaria de Colombia
NIT: 860.524.654-6

Somos la Decimocuarta Mejor Empresa para Trabajar en Colombia — Great Place To Work. Los Mejores Lugares para Trabajar — COLOMBIA 2024

Somos la Novena Mejor Empresa para Trabajar en América Latina — Great Place To Work. Los Mejores Lugares para Trabajar — AMÉRICA LATINA 2019

PÓLIZA DE GARANTÍA ÚNICA DE CUMPLIMIENTO EN FAVOR DE ENTIDADES ESTATALES - DECRETO 1082 DE 2015 - PATRICLSUSP09V4

NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS
4650802038

PÓLIZA No: 465 - 47 - 994000012422 ANEXO: 0

AGENCIA EXPEDIDORA: **SEAS ASEGURANDOTE BUCARAMANGA CENTRO** COD. AGENCIA: 465 RAMO: 47

TIPO DE MOVIMIENTO: EXPEDICION TIPO DE IMPRESIÓN: IMPRESION

FECHA DE EXPEDICIÓN	DIA	MES	AÑO
	21	02	2025

FECHA DE IMPRESIÓN	DIA	MES	AÑO
	21	02	2025

DATOS DEL AFIANZADO

NOMBRE:: **ASOCIACION DE TRABAJADORES CAMPESINOS DEL CARARE ATCC** IDENTIFICACIÓN: NIT **800.019.737-5**

DIRECCIÓN: LUGAR CORREGIMIENTO LA INDIA LAND BARRIO LA INDIA CIUDAD: CIMITARRA, SANTANDER TELÉFONO: 3177245389

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO

ASEGURADO: **INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR - REGIONAL SANTANDER** IDENTIFICACIÓN: NIT **899.999.239-2**

BENEFICIARIO: **INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR - REGIONAL SANTANDER** IDENTIFICACIÓN: NIT **899.999.239-2**

AMPAROS

GIRO DE NEGOCIO: CONTRATO DE APORTE

DESCRIPCION CONTRATO	AMPAROS	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	SUMA ASEGURADA
	CUMPLIMIENTO	20/02/2025	30/03/2026	360,481,223.20
	PAGO DE SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES E IND	20/02/2025	30/09/2028	360,481,223.20
	CALIDAD DEL SERVICIO	20/02/2025	30/03/2026	360,481,223.20

BENEFICIARIOS
NIT 899999239 - INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR - REGIONAL SANTANDER

POLIZA DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO DE APORTE:

OBJETO DE LA GARANTIA

EL OBJETO DE LA PRESENTE POLIZA ES GARANTIZAR EL PAGO DE LOS PERJUICIOS DERIVADOS DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES A CARGO DEL CONTRATISTA DERIVADAS DE CONTRATO NO. 68002532025, CELEBRADO ENTRE LAS PARTES, RELACIONADO CON PRESTAR LOS SERVICIOS DE EDUCACIÓN INICIAL EN EL MARCO DE LA ATENCIÓN INTEGRAL A LA PRIMERA INFANCIA DE CONFORMIDAD CON LOS MANUALES TÉCNICOS, GUÍAS OPERATIVAS PARA LA ATENCIÓN A LA PRIMERA INFANCIA Y LOS LINEAMIENTOS ESTABLECIDOS POR EL ICBF, EN ARMONÍA CON LA POLÍTICA DE ESTADO PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA PRIMERA INFANCIA DE CERO A SIEMPRE.

VALOR ASEGURADO TOTAL:	VALOR PRIMA:	GASTOS EXPEDICION:	IVA:	TOTAL A PAGAR:
$ *1,081,443,669.60	$ ********4,195,409	$****15,000.00	$ ******799,978	$ ********5,010,387

NOMBRE INTERMEDIARIO	CLAVE	%PART
LEDY ASTRID CASTELLANOS LTDA	9181	100.00

NOMBRE COMPAÑIA COASEGURO CEDIDO	%PART	VALOR ASEGURADO

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN: DECLARO CONOCER Y ESTAR INFORMADO QUE LOS CANALES QUE A CONTINUACIÓN SE RELACIONAN, CUYOS DATOS VERACES Y FIDEDIGNOS HE SUMINISTRADO VOLUNTARIAMENTE EN EL PRESENTE DOCUMENTO, PUEDEN SER UTILIZADOS POR LA ASEGURADORA PARA REALIZAR GESTIONES DE COBRANZA, ASÍ COMO PARA EL ENVÍO DE MENSAJES PUBLICITARIOS A TRAVÉS DE MENSAJES CORTOS DE TEXTO (SMS), MENSAJERÍA POR APLICACIONES WEB, CORREOS ELECTRÓNICOS Y LLAMADAS TELEFÓNICAS DE CARÁCTER COMERCIAL O PUBLICITARIO, TODO DENTRO DEL MARCO LEGAL APLICABLE. DE ESTA MANERA, AUTORIZO EXPRESAMENTE PARA SER CONTACTADO POR LA ASEGURADORA Y/O SUS GESTORES COMERCIALES, DE COBRANZA E INTERMEDIARIOS, PARA LOS FINES MENCIONADOS EN LA PRESENTE DECLARACIÓN, MEDIANTE LOS CANALES DE: PRESENCIAL, LLAMADAS, CORREO ELECTRÓNICO Y EN ALGUNOS CASOS MENSAJES DE TEXTO Y WHATSAPP POR MEDIO DE GESTIÓN AUTOMÁTICA. EN CASO QUE DESEE CAMBIAR EL CANAL DE CONTACTO O TENER UN CANAL EXCLUSIVO PARA LA GESTIÓN DE COBRANZA, POR FAVOR INFORMAR AL CORREO ELECTRÓNICO: GESTIONDECARTERA@SOLIDARIA.COM.CO, PARA FINES COMERCIALES POR FAVOR INFORMAR AL CORREO GESTIONCOMERCIAL@SOLIDARIA.COM.CO Y PARA MODIFICAR O ACTUALIZAR SUS DATOS DE CONTACTO POR FAVOR INGRESAR A: https://www.solidaria.com.co/wa_digitalclient/#/login

MEDIANTE LA SOLICITUD Y CONTRATACIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO, USTED EN CALIDAD DE TITULAR(ES) DE LA INFORMACIÓN; DE MANERA LIBRE, EXPRESA, VOLUNTARIA E INFORMADA, AUTORIZA A ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA O A LA PERSONA NATURAL O JURÍDICA A QUIÉN ESTE ENCARGUE, A RECOLECTAR,ALMACENAR, UTILIZAR, CIRCULAR, SUPRIMIR Y EN GENERAL, A REALIZAR CUALQUIER OTRO TRATAMIENTO A LOS DATOS PERSONALES POR USTED SUMINISTRADOS, PARA TODOS AQUELLOS ASPECTOS INHERENTES A LAS ACTIVIDADES COMERCIALES Y PROMOCIONALES, Y CUALQUIER OTRO RELACIONADO CON EL DESARROLLO DEL OBJETO SOCIAL PRINCIPAL DEL REFERIDA SOCIEDAD, LO QUE IMPLICA EL USO DE LOS DATOS EN ACTIVIDADES DE MERCADEO, PROMOCIÓN Y DE SER EL CASO, CUANDO LA ACTIVIDAD COMERCIAL LO REQUIERA, LA TRANSFERENCIA Y TRANSMISIÓN DE LOS MISMOS A UN TERCERO (INCLUYENDO TERCEROS PAÍSES), BAJO LOS PARÁMETROS DE LA LEY 1581 DE 2.012, DECRETO 1074 DE 2015 Y DEMÁS NORMATIVIDAD VIGENTE QUE REGULE LA MATERIA. EN TODO CASO, ASEGURADORA SOLIDARIA GARANTIZA LAS CONDICIONES DE SEGURIDAD, PRIVACIDAD Y DEMÁS PRINCIPIOS QUE IMPLIQUEN EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES ACORDE CON LA LEGISLACIÓN APLICABLE. ESTA AUTORIZACIÓN SE MANTENDRÁ POR EL TIEMPO DE DURACIÓN DEL VÍNCULO O LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO Y POR EL TIEMPO DE DURACIÓN DE LA SOCIEDAD RESPONSABLE, CONFORME LO ESTABLECIDO EN SUS MANUALES Y POLÍTICAS. IGUALMENTE DECLARO QUE HE CONOCIDO LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DISPONIBLE EN : HTTPS://ASEGURADORASOLIDARIA.COM.CO/ENLACES-DE-INTERES/POLITICA-DE-PRIVACIDAD.ASPX

LAS CONDICIONES GENERALES DE SU PÓLIZA SE PUEDEN DESCARGAR DE NUESTRA PÁGINA WEB WWW.SOLIDARIA.COM.CO EN LA OPCIÓN SEGUROS – TU RESPALDO – SEGUROS PATRIMONIALES. ASEGURADORA SOLIDARIA PENSANDO EN SU TRANQUILIDAD, LO INVITA A VERIFICAR LA VALIDEZ DE ESTA PÓLIZA INGRESANDO A NUESTRA PÁGINA WEB WWW.SOLIDARIA.COM.CO EN LA OPCIÓN SERVICIOS – CONSULTA POLIZA DE CUMPLIMIENTO.

FIRMA ASEGURADOR

(415)7701861000019(8020)000000000007000465080203

FIRMA TOMADOR

DIRECCIÓN NOTIFICACIÓN ASEGURADORA: Calle 100 No. 9A-45 Piso 12 Bogotá

CLIENTE

CADE2578070FFE7E5C

Defensor del Consumidor Financiero – Principal: Manuel Guillermo Rueda Serrano *** Celular:** 312 342 6229 *** Correo electrónico:** defensoriasolidaria@gmail.com
Defensor del Consumidor Financiero – Suplente: Jorge Humberto Martínez Luna *** Celular:** 310 223 4304 *** Correo electrónico:** martinezlunaabogados@gmail.com
Dirección: Carrera 13A# 28-38 oficina 221, Bogotá *** Teléfono:** (601) 791 91 80 *** Fax:** (601) 791 91 80 *** Horario:** Lunes a Viernes de 8:00 a.m. a 12:00 p.m. y 2:00 p.m. a 6:00 p.m.
Para mayor información lo invitamos a consultar el folleto en el siguiente link de nuestra página web: https://aseguradorasolidaria.com.co/resources/site1/General/2023/Servicios/FOLLETO-DEFENSOR-CONSUMIDOR-FINANCIERO-30-01-2023.pdf

Ahora Aseguradora Solidaria de Colombia confirma la información de los clientes a través del Call Center, por favor tenga en cuenta que será contactado para realizar el procedimiento

GRAN CONTRIBUYENTE RES.2509 DIC/93 - REGIMEN COMUN - ACTIVIDAD ECONOMICA 6601, ENTIDAD COOPERATIVA NO EFECTUAR RETENCION EN LA FUENTE

Compañía de Seguros

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

DETALLE DE LA GARANTÍA
ÁREA DE APROBACIÓN
La fase del proceso fue aprobada.
Flujos de aprobación 1
MOSTRAR DETALLES
Flujo de aprobación
Documentos (0)
Tareas del flujo (2/2)
Comentarios (0)
Tareas del flujo
Detalle del flujo de aprobación. Debe asegurar que todas las tareas estén asignadas a un usuario.
FLUJOS DE APROBACIÓN
Aprobar garantía
Nivel 1 - Con orden
Asunto
Estado
Asignado a
Realizado por
Fecha del estado
.1
Aprobación coordinadora juridica
Aprobado
COORDINACIÓN JURIDICA
PROFILIA SIERRA MALDONADO
21/02/2025 8:30:38 PM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)
.2
Aprobación ordenadora del Gasto
Aprobado
Ordenador del gasto
MARTHA LUCIA BALLESTEROS GARCIA
21/02/2025 8:30:52 PM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)

DETALLE DE LA GARANTÍA
Id de la garantía CO1.WRT.16538518
Referencia de la garantía 46574994000003704
Estado Aprobada
Justificación
Cumplimiento - Cumplimiento del contrato
Cumplimiento - Pago de salarios
Cumplimiento - Calidad del servicio
Responsabilidad civil extra contractual
Tipo de garantía
Contrato de seguro
Patrimonio autónomo
Garantía bancaria
Entidad aseguradora ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA
Número de póliza 46574994000003704
Tomador ASOCIACION DE TRABAJADORES CAMPESINOS DEL CARARE
Beneficiario INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR REGIONAL SANTANDER
Justificación
Valor del amparo
Vigencia
Responsabilidad civil extra contractual
284.700.000,00 COP
30/09/2025 11:59:00 PM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)
Descripción
Nombre del documento
POLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PTO PARRA.pdf
POLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PTO PARRA.pdf
Descargar
Detalle

DETALLE DE LA GARANTÍA

Estado: Aprobada

Justificación:
- [ ] Cumplimiento - Cumplimiento del contrato
- [ ] Cumplimiento - Pago de salarios
- [ ] Cumplimiento - Calidad del servicio
- [x] Responsabilidad civil extra contractual

Tipo de garantía:
- (•) Contrato de seguro
- ( ) Patrimonio autónomo
- ( ) Garantía bancaria

Entidad aseguradora: ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA

Número de póliza: 46574994000003704

Tomador: ASOCIACION DE TRABAJADORES CAMPESINOS DEL CARARE

Beneficiario: INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR REGIONAL SANTANDER

Justificación	Valor del amparo	Vigencia
Responsabilidad civil extra contractual	284.700.000,00 COP	30/09/2025 11:59:00 PM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*

	Descripción	Nombre del documento		
☐	POLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PTO PARRA.pdf	POLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PTO PARRA.pdf	Descargar	Detalle

Creado por: *Luis Fernando Serna Rentería* 21/02/2025 6:11 PM *(UTC -5 horas)*

Cancelar

DETALLE DE LA GARANTÍA

Estado: Aprobada

Justificación:
- [ ] Cumplimiento - Cumplimiento del contrato
- [ ] Cumplimiento - Pago de salarios
- [ ] Cumplimiento - Calidad del servicio
- [x] Responsabilidad civil extra contractual

Tipo de garantía:
- (•) Contrato de seguro
- ( ) Patrimonio autónomo
- ( ) Garantía bancaria

Entidad aseguradora: ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA

Número de póliza: 46574994000003704

Tomador: ASOCIACION DE TRABAJADORES CAMPESINOS DEL CARARE

Beneficiario: INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR REGIONAL SANTANDER

Justificación	Valor del amparo	Vigencia
Responsabilidad civil extra contractual	284.700.000,00 COP	30/09/2025 11:59:00 PM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*

	Descripción	Nombre del documento		
☐	POLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PTO PARRA.pdf	POLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PTO PARRA.pdf	Descargar	Detalle

Creado por: *Luis Fernando Serna Rentería* 21/02/2025 6:11 PM *(UTC -5 horas)*

Cancelar

Identificación del contrato

ID del contrato en SECOP	CO1.PCCNTR.7539746
Versión del contrato	1
Estado de contrato	En ejecución
Fecha de generación del estado	10 días de tiempo transcurrido *(21/02/2025 8:05:09 AM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*
Número del contrato	68002532025
Objeto del contrato	PRESTAR LOS SERVICIOS DE EDUCACIÓN INICIAL EN EL MARCO DE LA ATENCIÓN INTEGRAL A LA PRIMERA INFANCIA DE CONFORMIDAD CON LOS MANUALES TÉCNICOS, GUÍAS OPERATIVAS PARA LA ATENCIÓN A LA PRIMERA INFANCIA Y LOS LINEAMIENTOS ESTABLECIDOS POR EL ICBF, EN ARMONÍA CON LA POLÍTICA DE ESTADO PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA PRIMERA INFANCIA DE CERO A SIEMPRE
Tipo de Contrato	Otro
¿Asociado a otro contrato?	☐Sí ☑No
Duración del contrato	221 Días
Fecha de inicio de contrato	10 días de tiempo transcurrido *(21/02/2025 12:00:00 PM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*
Fecha de terminación del contrato	30/09/2025 11:59:00 PM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*
Tiempo adiciones en días	0 días
Liquidación	☐Sí ☑No *
Obligaciones Ambientales	☐Sí ☑No *
Obligaciones pos consumo	☐Sí ☑No *
Reversión	☐Sí ☑No *

Información de la Entidad Estatal contratante

ICBF REGIONAL SANTANDER

COLOMBIA, Bucaramanga

0 Recomendación (es)

Información del Proveedor contratista

ASOCIACIÓN DE TRABAJADORES CAMPESINOS DEL CARARE

COLOMBIA, Landázuri
Número de documento 800019737

Cuenta bancaria del proveedor

Proveedor	Nombre del banco	Tipo de cuenta	Número de cuenta
ASOCIACIÓN DE TRABAJADORES CAMPESINOS DEL CARARE	BANCO BBVA	Ahorros	232009227

Aprobación del contrato

Aprobador – Proveedor

Aprobado por: *Luis Fernando Serna Rentería* ***Fecha de aprobación:*** *21/02/2025 8:44:33 AM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*

Aprobador – Entidad Estatal

Aprobado por: *MARTHA LUCIA BALLESTEROS GARCIA* ***Fecha de aprobación:*** *21/02/2025 11:46:04 AM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*

Contrato Firmado: CO1_PCCNTR_7539746_Firmado
Contrato en ejecución:

Documentos Tipo

Documentos Tipo	No	Documentos tipo adoptados por la ANCP-CCE en virtud de la Ley 2022 del 2020

Decreto 248 de 2021

¿Debe cumplir con invertir mínimo el 30% de los recursos del presupuesto destinados a comprar alimentos, cumpliendo con lo establecido en la Ley 2046 de 2020, reglamentada por el Decreto 248 de 2021?	☑Sí ☐No	El decreto 248 de 2021, obliga a las entidades que manejen recursos públicos, a adquirir alimentos comprados a pequeños productores agropecuarios y/o de la Agricultura Campesina, Familiar o Comunitaria locales y sus organizaciones, mínimo el (30%) del presupuesto destinados a la compra de alimentos
¿El contrato incluye el suministro de bienes y servicios distintos a alimentos?	☑Sí ☐No	

Sentencia T-302 de 2017

Contrato asociado a las órdenes impartidas por la Corte Constitucional en la Sentencia T-302 de 2017	☐Sí ☑No	Sentencia que declara el estado de Cosas Inconstitucionales en relación con los derechos de los niños del pueblo Wayúu.

Condiciones ejecución y entrega

Condiciones de entrega:	Como acordado previamente
El contrato puede ser prorrogado	☐Sí ☐No

Configuración financiera - Configuraciones generales

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización?	☐Sí ☑No

Configuración financiera - Garantías

¿Solicitud de	☑Sí ☐No

garantías? Garantías por lotes, grupos o etapas	☐Sí ☑No				
Cumplimiento	☑Sí ☐No				
	☑ Cumplimiento del contrato				
	☑% del valor del contrato	20,00	Fecha de vigencia (desde)	10 días de tiempo transcurrido *(21/02/2025 9:00:00 AM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	
	☐Valor de la garantía		Fecha de vigencia (hasta)	30/03/2026 11:59:00 PM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	
	☑ Pago de salarios				
	☑% del valor del contrato	20,00	Fecha de vigencia (desde)	10 días de tiempo transcurrido *(21/02/2025 9:00:00 AM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	
	☐Valor de la garantía		Fecha de vigencia (hasta)	30/09/2028 11:59:00 PM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	
	☑ Calidad del servicio				
	☑% del valor del contrato	20,00	Fecha de vigencia (desde)	10 días de tiempo transcurrido *(21/02/2025 9:00:00 AM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	
	☐Valor de la garantía		Fecha de vigencia (hasta)	30/03/2026 11:59:00 PM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	
Responsabilidad civil extra contractual	☑Sí ☐No				
	☑No. de SMMLV	200			
Fecha límite para entrega de garantías:	5 días de tiempo transcurrido *(26/02/2025 12:00:00 PM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*		Fecha de entrega de garantías:	9 días de tiempo transcurrido *(21/02/2025 6:15:03 PM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	

Garantías del proveedor:

Id de la garantía	Justificación	Tipo de garantía	Valor	Emisor	Fecha fin	Estado
CO1.WRT.16538518	Responsabilidad civil extra contractual	Contrato de seguro	284.700.000,00 COP	ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA	30/09/2025 *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	Aprobada Detalle
CO1.WRT.16538516	Cumplimiento - Cumplimiento del contrato ⚠	Contrato de seguro	1.081.443.669,60 COP	ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA	30/09/2028 *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	Aprobada Detalle

Configuración financiera - Pago de anticipos

Definir Plan de Pagos? ☐Sí ☑No

Condiciones de facturación y pago

Forma de pago Abono en cuenta

Plazo de pago de la factura A definir

Comentarios

Número del Contrato CO1.PCCNTR.7539746
Proveedor ASOCIACIÓN DE TRABAJADORES CAMPESINOS DEL CARARE
Creado por
Agregado en -
Comentario

Anexos del contrato

	Descripción	Nombre	
☐	15. CEDULA LUIS FERNANDO SERNA RENTERIA .pdf	15. CEDULA LUIS FERNANDO SERNA RENTERIA .pdf	Descargar Detalle
☐	16. REGISTRO ÚNICO TRIBUTARIO CARARE.pdf	16. REGISTRO ÚNICO TRIBUTARIO CARARE.pdf	Descargar Detalle
☐	17. REGISTRO UNICO TRIBUTARIO LUIS FERNANDO SERNA RENTERIA.pdf	17. REGISTRO UNICO TRIBUTARIO LUIS FERNANDO SERNA RENTERIA.pdf	Descargar Detalle
☐	18. CERTICACION BANCARIA PTO PARRA-CIMITARRA.pdf	18. CERTICACION BANCARIA PTO PARRA-CIMITARRA.pdf	Descargar Detalle
☐	19. FORMATO ABONO A CUENTA.pdf	19. FORMATO ABONO A CUENTA.pdf	Descargar Detalle
☐	21. f4.p5.abs_formato_autorizacion_consulta_inhabilidades_por_delitos_sexuales_v1.pdf	21. f4.p5.abs_formato_autorizacion_consulta_inhabilidades_por_delitos_sexuales_v1.pdf	Descargar Detalle
☐	20. HOJ DE VIDA DE PERSONA JURIDICA CARARE.pdf	20. HOJ DE VIDA DE PERSONA JURIDICA CARARE.pdf	Descargar Detalle
☐	23. CERTIFICADO LIBRETA MILITAR.pdf	23. CERTIFICADO LIBRETA MILITAR.pdf	Descargar Detalle
☐	22. Consulta de Inhabilidades.pdf	22. Consulta de Inhabilidades.pdf	Descargar Detalle
☐	23.1 VF Certificado Libreta Militar.pdf	23.1 VF Certificado Libreta Militar.pdf	Descargar Detalle
☐	24. FORMATO DE INFORMACION TRIBUTARIA.pdf	24. FORMATO DE INFORMACION TRIBUTARIA.pdf	Descargar Detalle
☐	25. DECLARACION_CONFLICTO_INTERES.pdf	25. DECLARACION_CONFLICTO_INTERES.pdf	Descargar Detalle
☐	26. CERTIFICACION NO OBLIGADO A REVISOR FISCAL.pdf	26. CERTIFICACION NO OBLIGADO A REVISOR FISCAL.pdf	Descargar Detalle
☐	27. PANTALLAZO DE PROVEEDORES.pdf	27. PANTALLAZO DE PROVEEDORES.pdf	Descargar Detalle
☐	28. PANTALLAZO PROOVEDORES TERCEROS.pdf	28. PANTALLAZO PROOVEDORES TERCEROS.pdf	Descargar Detalle
☐	29.1 PANTALLAZO PERFIL SECOP.pdf	29.1 PANTALLAZO PERFIL SECOP.pdf	Descargar Detalle

Dirección de notificaciones

Dirección de notificaciones REGIONAL SANTANDER ICBF
Ubicación CO-SAN-68001 - Bucaramanga
País COLOMBIA
Departamento Santander
Municipio Bucaramanga
Dirección REGIONAL SANTANDER ICBF
Código postal

	Grados (º)	Minutos (')	Segundos (")
Latitud:			
Longitud:			

Municipio de ejecución del contrato

ID	Dirección	Ubicación
1	SANTANDER	COLOMBIA > Santander > Cimitarra
2	SANTANDER	COLOMBIA > Santander > Puerto Parra

1	CO1.PCCNTR.7539746
1.1	Incluya el precio como lo indique la Entidad Estatal

Incluya el precio como lo indique la Entidad Estatal
1.802.406.116,00

Ref. Artículo	Código UNSPSC	Descripción	Cantidad	Unidad	Precio unitario estimado	Precio unitario	Incluya el precio como lo indique la Entidad Estatal
1	93141500	APORTE ICBF	1,00	UN	1.777.680.293,00	1.777.680.293,00	1.777.680.293,00
2	93141500	CONTRAPARTIDA EAS	1,00	UN	24.725.823,00	24.725.823,00	24.725.823,00

Documentos del contrato

Descripción	Nombre del documento	Detalle
CLAUSULADO CONTRACTUAL ZONA 1223 Y 1250.pdf	CLAUSULADO CONTRACTUAL ZONA 1223 Y 1250.pdf	(detalle)
3. DOCUMENTOS CONTRATO.zip	3. DOCUMENTOS CONTRATO.zip	(detalle)
4. REQUISITOS TECNICOS.zip	4. REQUISITOS TECNICOS.zip	(detalle)
5. DOCUMENTOS FINANCIEROS.zip	5. DOCUMENTOS FINANCIEROS.zip	(detalle)
6. EXPERIENCIA.zip	6. EXPERIENCIA.zip	(detalle)
7. INFRAESTRUCTURA.zip	7. INFRAESTRUCTURA.zip	(detalle)

Asignaciones para el seguimiento

Ordenador del Gasto	MARTHA LUCIA BALLES	Tipo de documento	Cédula de Ciudadanía	Número de documento	37314878	Guardar y notificar
Supervisor	SHIRLEY THOMAS ALV	Tipo de documento	Cédula de Ciudadanía	Número de documento	63462214	Guardar y notificar

Asignaciones Ordenador del pago

Ordenador del pago		Tipo de documento		Número de documento	Guardar y notificar

Agregar usuario

Histórico de asignaciones

Posición	Nombre	Fecha de seguimiento	Cambiado por
Supervisor	SHIRLEY THOMAS ALVARADO	10 días de tiempo transcurrido *(21/02/2025 11:46:04 AM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	MARTHA LUCIA BALLESTEROS GARCIA
Ordenador del Gasto	MARTHA LUCIA BALLESTEROS GARCIA	10 días de tiempo transcurrido *(21/02/2025 11:46:04 AM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	MARTHA LUCIA BALLESTEROS GARCIA

Información presupuestal

Proyecto del Plan Marco para la Implementación del Acuerdo de Paz o asociado al Acuerdo de Paz ☐ Sí ☑ No * — Gasto Posconflicto como aquel relacionado con el Plan Marco de Implementación (CONPES 3932) derivado de intervenciones en cumplimiento del Acuerdo.

Destinación del gasto Inversión

Fuente de los recursos:

		Valor
Presupuesto General de la Nación - PGN	☑ Sí ☐ No *	1.777.680.293
Sistema General de Participaciones - SGP	☐ Sí ☑ No *	
Sistema General de Regalias - SGR	☐ Sí ☑ No *	
Recursos Propios (Alcaldías y Gobernaciones)	☐ Sí ☑ No *	
Recursos de Crédito	☐ Sí ☑ No *	
Otros Recursos (Especie, Privados, Cooperación, Propios Entidades Autónomas)	☑ Sí ☐ No *	24.725.823
	Total	1.802.406.116

Validación Código BPIN

Código BPIN	Año	Estado
☐ 202300000000429	2025	Validado

Sistema de Presupuesto y Giro de Regalías (Recuerde que es necesario agregar al menos un CDP si es el caso)

Código CDP	Código BPIN	Tipo	Estado del CDP	Valor Total	Saldo	Valor a utilizar	Estado de la consulta	Estado
No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados								

Entidad Estatal registrada en el SIIF ☑ Sí ☐ No

Código de autorización

Código unidad/subunidad ejecutora 46-02-00-068

CDP/Vigencias Futuras (Recuerde que es necesario agregar al menos un CDP o una AVF Extraordinaria si es el caso)

Código	Tipo	Estado	Saldo	Valor a utilizar	Código unidad/subunidad ejecutora	Estado	
☐ 47725	CDP	No se ha iniciado		1.777.680.293 COP	46-02-00-068	-	Editar

Saldo de CDP 0 COP
Saldo de vigencias futuras 0 COP
Saldo total a comprometer 0 COP
Última consulta a SIIF
Fecha de consulta SIIF -

Compromiso presupuestal de gastos

Código compromiso	Tipo	Fecha compromiso	Estado compromiso	Valor compromiso AVF/CDP	Monto por consumir	Monto presupuestal a liberar	Código Posición de Gasto	Consulta Ejecución
☐ 46425	Presupuestal (CDP)	-	No se ha iniciado	1.777.680.293 COP	1.777.680.293 COP	-	-	SIIF Detalle Editar

Saldo de compromisos CDP	1.777.680.293 COP
Saldo de compromisos AVF	0 COP
Saldo total comprometido	1.777.680.293 COP
Última consulta a SIIF	
Fecha de consulta SIIF	-

Aseguradora Solidaria de Colombia
¡Siempre junto a ti!

Salir

DATOS DE LA PÓLIZA

Número de póliza:	**994000003704**	**Número de anexo:**	**0**
Agencia:	**SEAS ASEGURANDOTE BUCARAMANGA CENTRO**	**Ramo:**	**RESP CIVIL EXT PATRI**
Asegurado / Beneficiario:	**INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR - REGIONAL SANTANDER**		
Tomador / Garantizado:	**ASOCIACION DE TRABAJADORES CAMPESINOS DEL CARARE ATCC**		

Detalle amparos asegurados:

Amparo / Cobertura	Inicio de Vigencia	Fin de Vigencia	Valor Asegurado
PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES	jueves, 20 de febrero de 2025	martes, 30 de septiembre de 2025	$284,700,000.00

Nueva Consulta | Visualizar PDF

Recomendamos utilizar versiones de navegador: Internet Explorer 7 y Netscape 8.1.3 o superiores. Configuracion : 1024 x 768
Direccion: Calle 100 No. 9A - 45. Pisos 8 y 12. PBX : 6464330
Gerencia de Tecnología - Copyright Todos los Derechos Resevados

Aseguradora Solidaria de Colombia
¡Siempre junto a ti!

Salir

DATOS DE LA PÓLIZA

Número de póliza:	**994000012422**	**Número de anexo:**	**0**
Agencia:	**SEAS ASEGURANDOTE BUCARAMANGA CENTRO**	**Ramo:**	**CUMP. ENT. ESTATALES**
Asegurado / Beneficiario:	**INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR - REGIONAL SANTANDER**		
Tomador / Garantizado:	**ASOCIACION DE TRABAJADORES CAMPESINOS DEL CARARE ATCC**		

Detalle amparos asegurados:

Amparo / Cobertura	Inicio de Vigencia	Fin de Vigencia	Valor Asegurado
CUMPLIMIENTO	jueves, 20 de febrero de 2025	lunes, 30 de marzo de 2026	$360,481,223.20
PAGO DE SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES E INDEMNIZACIONES	jueves, 20 de febrero de 2025	sábado, 30 de septiembre de 2028	$360,481,223.20
CALIDAD DEL SERVICIO	jueves, 20 de febrero de 2025	lunes, 30 de marzo de 2026	$360,481,223.20

Nueva Consulta | Visualizar PDF

Recomendamos utilizar versiones de navegador: Internet Explorer 7 y Netscape 8.1.3 o superiores. Configuracion : 1024 x 768
Direccion: Calle 100 No. 9A - 45. Pisos 8 y 12. PBX : 6464330
Gerencia de Tecnología - Copyright Todos los Derechos Resevados

CLAUSULAS CONTRACTUALES Y LINEAMIENTOS GENERALES, Y ESPECÍFICOS DEL CONTRATO DE APORTE PARA LA ATENCION A LA PRIMERA INFANCIA PARA LOS SERVICIOS INTEGRALES (CENTROS DE DESARROLLO INFANTIL -CDI-, HOGARES INFANTILES -HI-, EDUCACIÓN INICIAL EN EL HOGAR-, EDUCACIÓN INICIAL CAMPESINA, EDUCACIÓN INICIAL PROPIA E INTERCULTURAL, JARDINES INTERCULTURALES DE EDUCACIÓN INICIAL, HOGAR COMUNITARIO DE BIENESTAR HCB, HOGAR COMUNITARIO DE BIENESTAR, FAMILIA, MUJES E INFANCIA – HCB FAMI, HCB FAMI BIENVENIR, JARDINES COMUNITARIOS Y DESARROLLO INFANTIL EN ESTABLECIMIENTO DE RECLUSIÓN – DIER)

CLÁUSULA 1 – OBLIGACIONES GENERALES DEL ICBF
CLÁUSULA 2 – OBLIGACIONES GENERALES DE LA ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO.
CLÁUSULA 3 – OBLIGACIONES ESPECÍFICAS DE LA ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO.
CLÁUSULA 4 – OBLIGACIONES ESPECÍFICAS DE LA ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO RELACIONADAS CON EL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN.
CLÁUSULA 5 – PLAZO DE EJECUCIÓN
CLÁUSULA 6 – VALOR DEL CONTRATO Y FORMA DE PAGO
CLÁUSULA 7 – GARANTÍA
CLÁUSULA 8 – GASTOS
CLÁUSULA 9 – COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD
CLÁUSULA 10 – COMITÉ TÉCNICO OPERATIVO
CLÁUSULA 11 – CONTROL Y SEGUIMIENTO
CLÁUSULA 12 – SANCIONES POR INCUMPLIMIENTO
CLÁUSULA 13 – PROCEDIMIENTO PARA LA IMPOSICIÓN DE SANCIONES
CLÁUSULA 14 – SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS
CLÁUSULA 15 – INDEMNIDAD DEL ICBF
CLÁUSULA 16 – AUSENCIA DE RELACIÓN LABORAL
CLÁUSULA 17 – IMÁGEN CORPORATIVA Y VISIBILIDAD
CLÁUSULA 18 – ENTENDIMIENTOS MUTUOS
CLÁUSULA 19 – CESIÓN
CLÁUSULA 20 – SUBCONTRATOS
CLÁUSULA 21 – VEEDURÍAS Y PARTICIPACIÓN COMUNITARIA.
CLÁUSULA 22 – SUSPENSIÓN
CLÁUSULA 23 – CLÁUSULAS EXCEPCIONALES
CLÁUSULA 24 – PACTO FRENTE A LOS DERECHOS DE LOS NIÑOS – PREVENCIÓN Y ERRADICACIÓN DEL TRABAJO INFANTIL Y PROTECCIÓN AL ADOLESCENTE TRABAJADOR.
CLÁUSULA 25 – CONTROL A LA EVASIÓN AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL Y PAGOS PARAFISCALES
CLÁUSULA 26 – TERMINACIÓN DEL CONTRATO.
CLÁUSULA 27 – LIQUIDACIÓN
CLÁUSULA 28 – PERFECCIONAMIENTO Y EJECUCIÓN
CLÁUSULA 29 – LUGAR DE EJECUCIÓN Y DOMICILIO
CLÁUSULA 30 – PUBLICACIÓN.

CLÁUSULA 1. OBLIGACIONES DEL ICBF	
1.1.	Desembolsar oportunamente los recursos del presente contrato en los términos previstos en la cláusula específica de cada servicio, denominada VALOR DEL CONTRATO Y FORMA DE PAGO, previa certificación de cumplimiento expedida por el supervisor del contrato, en la cual se verifique la apertura o conversión de la cuenta maestra para el presente contrato. **PARÁGRAFO.** En caso de que el CONTRATISTA no legalice completamente la ejecución de los recursos entregados, y de ser necesario para la adecuada y efectiva prestación del servicio, el supervisor del contrato, según el procedimiento y orientaciones que emita el ICBF aplicables en su momento excepcionalmente podrá autorizar

desembolsos parciales coherentes con la ejecución de los recursos debidamente legalizados por parte del CONTRATISTA. La autorización excepcional de estos desembolsos parciales no exime al CONTRATISTA de la obligación de legalización total de los recursos ni lo exime de las consecuencias sancionatorias a que haya lugar.

1.2. Comunicar oportunamente a la EAS, una vez esté terminado el contrato por cualquier causa, la cuenta bancaria de destino a la cual debe trasladar los remanentes de los recursos aportados por el ICBF que no hayan sido ejecutados en el desarrollo del contrato, y los rendimientos financieros de los aportes realizados por el ICBF, cuando aplique.

1.3. Comunicar a la EAS, una vez terminado el contrato por cualquier causa, la persona a quien debe entregar los bienes muebles devolutivos que haya recibido o adquirido con los aportes del ICBF para la ejecución del contrato, a menos que al terminar el mismo los bienes ya no tengan vida útil y quede constancia de ello en el "Formato de Acta de recibo de bienes" o documento que lo modifique o sustituya, según el procedimiento establecido para tal fin.

1.4. Designar un funcionario para la supervisión administrativa, técnica, financiera y jurídica del contrato, con el fin de constatar su correcta ejecución, el cumplimiento del objeto, las obligaciones de la EAS y las condiciones de calidad de los servicios. PARÁGRAFO. De llegar a suscribir y legalizar desde el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar - ICBF-, durante la ejecución del presente contrato de aporte, un contrato de INTERVENTORÍA para el seguimiento, control y vigilancia, de tipo administrativo, técnico, jurídico y financiero, sobre el cumplimiento de las obligaciones contractuales y de las condiciones de calidad por parte de la Entidad Administradora del Servicio (EAS) contratista, la supervisión será sustituida integralmente por la INTERVENTORÍA, por lo tanto, no será necesaria la designación de la supervisión desde la ordenación del gasto.

1.5. Mantener actualizada la información técnica, administrativa, financiera y jurídica en el expediente contractual físico o en la plataforma transaccional de contratación pública y en las plataformas tecnológicas dispuestas por el ICBF, de acuerdo con las especificaciones dadas en el presente contrato, en el Manual de Contratación vigente, en el Manual Técnico de la respectiva modalidad o servicio para el efecto y en las orientaciones técnicas y administrativas expedidas por el ICBF, y la normatividad que le aplique

1.6. Celebrar contrato de comodato, en el evento en que la EAS brinde el servicio público de bienestar familiar en un inmueble de propiedad del ICBF. (Esta obligación debe ajustarse en caso de que el inmueble donde opera el servicio no sea propiedad del ICBF).

1.7. Apoyar a la EAS en la articulación con sectores, actores y entidades públicas o privadas con las que se tenga relación por causa o con ocasión de la ejecución del presente contrato, especialmente para la protección integral de las niñas y los niños y mujeres y personas en periodo de gestación.

1.8. Realizar la afectación contable en cuentas de orden para el ingreso de los bienes muebles devolutivos y de consumo adquiridos en el presente Contrato de Aporte, con la nueva normativa Internacional de Contabilidad del Sector Público – NICSP.

1.9. Revisar y retroalimentar las listas de espera de los potenciales participantes al inicio y durante la operación, según procedimiento y orientaciones del ICBF, descritos en la GUÍA PARA LA FOCALIZACIÓN DE USUARIOS DE LOS SERVICIOS DE PRIMERA INFANCIA o documento que lo sustituya o modifique.

Parágrafo primero: Durante la ejecución del contrato de aporte, de identificarse otras necesidades de atención de acuerdo con las características poblacionales y territoriales, y con ello, se requiera ampliar la oferta institucional, adicional al número de los niños, y niñas sujetos de atención a través del presente contrato, desde la supervisión del contrato se deberá analizar en primera medida los recursos por concepto de ahorros e inejecuciones que permitan respaldar dicha ampliación; respecto a las inejecuciones para efectos de su reinversión se requerirá con tal con el concepto técnico de la Dirección de Primera Infancia.

Parágrafo segundo: Si los recursos identificados por concepto de ahorros e inejecuciones no son suficientes para cubrir las necesidades del contrato por concepto de ampliación de obertura, desde la supervisión del contrato, previo análisis con la Entidad Administradora del Servicio -EAS, deberán hacer la solicitud de los recursos faltantes a la Dirección de Primera Infancia de la Sede Nacional, previo cumplimiento de los requisitos requeridos para su traslado.

1.10. Programar en el Sistema de Información Misional -SIM- y entregar mensualmente las cantidades de Alimentos de Alto Valor Nutricional -AAVN conforme a lo descrito en el parágrafo segundo de la presente cláusula.

1.11.	Suministrar a la EAS los Alimentos de Alto Valor Nutricional -AAVN-, acorde con la programación mensual que se defina según el lineamiento del ICBF; y garantizar que al momento de la entrega le sea informado el valor del alimento y cantidad de lo entregado, de acuerdo con la información suministrada por la Dirección de Nutrición del ICBF.
1.12.	Prestar asistencia técnica y orientación a la EAS para socializar el adecuado uso de los Alimentos de Alto Valor Nutricional - AAVN y los procedimientos, formatos y estándares para su administración. PARÁGRAFO PRIMERO. Se entiende como AAVN los producidos y distribuidos por el ICBF como complemento a la alimentación que se brinda a los participantes de los programas de atención. PARÁGRAFO SEGUNDO. Los Alimentos de Alto Valor Nutricional - AAVN y la definición de las raciones a suministrar para cada Modalidad se establecen en el Anexo 2 "Raciones de Alimentos de Alto Valor Nutricional" del lineamiento de programación de metas sociales y financieras del ICBF que se encuentre vigente. PARÁGRAFO TERCERO. Para la estimación del valor total del aporte del ICBF representado en AAVN, se debe tener en cuenta las raciones para cada Modalidad establecidas en el Anexo 2 Raciones de Alimentos de Alto Valor Nutricional, la cantidad total de participantes y el precio por kilogramo a la fecha de entrega. Los precios a la fecha de los alimentos de alto valor nutricional se tomarán de acuerdo con las indicaciones de la Dirección de Nutrición.
1.13.	El supervisor del contrato deberá verificar que el contratista haya comprado el, o los productos directamente a los pequeños productores o productores de la Agricultura Campesina, Familiar y Comunitaria, o a sus organizaciones, de conformidad con los listados registrados y validados por las secretarías departamentales de agricultura o quien haga sus veces, conforme a lo dispuesto en la Ley 2046 de 2020 y Decreto 248 de 2021, y la demás normativa que los adicione, modifique o sustituya. Así mismo verificará que se haya realizado el pago contra entrega del producto a los pequeños productores y productores de la Agricultura Campesina, Familiar y Comunitaria, o de sus organizaciones por parte del contratista.

CLÁUSULA 2. OBLIGACIONES GENERALES DE LA ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO	
2.1.	Cumplir con el objeto y las obligaciones del presente contrato, acatando lo dispuesto en la Ley, normativa, reglamentos, lineamientos, Manuales Técnicos, Guias Operativas Manuales Técnicos de las respectivas modalidades y Guía Operativa del respectivo servicio y sus modificaciones y sus anexos, así como las demás orientaciones técnicas y administrativas expedidas por el ICBF que se encuentren vigentes al momento de su celebración, sus respectivas actualizaciones o que se expidan con posteridad, relacionadas con la suscripción y ejecución del contrato, los cuales hacen parte integral del presente contrato, y son de obligatorio conocimiento y cumplimiento por parte del contratista y talento humano que este vincule para la prestación del servicio.
2.2.	Suministrar al ICBF la información técnica, administrativa, financiera y jurídica actualizada relacionada con la ejecución del contrato de aporte, de acuerdo con las especificaciones dadas en el presente contrato, en el Manual de Contratación vigente, en el Manual Técnico de la Modalidad correspondiente, el Lineamiento Técnico para el desarrollo integral de la primera infancia, la infancia, la adolescencia, las familias y las comunidades en sus versiones vigentes y demás normatividad que le aplique, modifique o sustituya.
2.3.	Comunicar al supervisor del contrato a través del medio autorizado por el ICBF el ingreso al espacio donde se brinda la atención, de cualquier persona ajena a la prestación directa del servicio, en el horario de atención, según orientaciones del ICBF descritas en la Guía Orientadora para la Gestión del Riesgo en la Primera Infancia, o el documento que lo sustituya, modifique o derogue.
2.4.	Abstenerse de realizar o permitir que se realicen en la UDS actividades proselitistas, como fijar o distribuir anuncios y afiches alusivos a candidatos, partidos políticos, procesos electorales o actividades no relacionadas con la prestación del servicio.
2.5.	Garantizar la aplicación de los criterios de focalización, para la identificación, priorización y selección de los usuarios, según lo establecido en la "*Guía para la focalización de usuarios de los servicios de Primera Infancia*", que se encuentre vigente durante la suscripción o ejecución del contrato de aporte, lo anterior sin perjuicio que desde el ICBF se adelante directamente el ejercicio de focalización de acuerdo con las herramientas diseñadas para tal efecto.

2.6. Permitir y colaborar en el ejercicio y desarrollo de las actividades de seguimiento y supervisión y/o interventoría del ICBF, entre otras acciones, documentando su gestión, facilitando el acceso a toda la información y documentación relacionada con la prestación del servicio, respondiendo en el marco del plazo otorgado las solicitudes formuladas, entregando los informes que le sean solicitados, adoptando las recomendaciones y acciones que le sean requeridas.

2.7. Permitir la participación del talento humano vinculado a la ejecución del contrato, previa coordinación con las entidades oferentes, a los procesos de formación, cualificación, capacitación y fortalecimiento convocados por el ICBF y demás entidades en el marco de la implementación de la política de Estado De Cero a Siempre conforme a las instrucciones y guías que imparta la entidad sobre los respectivos procesos; **PARÁGRAFO:** En todo caso durante la etapa de conformación de talento humano, se priorizará la continuidad de los diversos perfiles que cursan procesos de formación en los cuales haya destinación de recursos por parte del ICBF, al momento de perfeccionamiento y legalización, y durante la ejecución del contrato de aporte, lo cual se revisará y de ello se dejarán las evidencias respectivas producto de la (s) sesión (es) de los comités técnicos operativos.

2.8. La EAS debe contar con una sede u oficina en el departamento donde opera, en la cual repose toda la documentación, formatos y soportes (financieros, técnicos, administrativos y jurídicos) asociados a la ejecución del contrato disponibles en formatos físicos y/o digitales en el momento que el supervisor los requiera.

2.9. Con el propósito de contribuir a poner fin a los factores que inciden en la violencia y maltrato infantil, la EAS deberá tener en cuenta para el diseño e implementación de los planes de acompañamiento y formación a familias y cualificación del talento humano, lo dispuesto en la Ley 2089 de 2021, el Lineamiento para la prevención de las violencias de los niños y niñas de la primera infancia y el *"Protocolo de actuaciones ante alertas de amenaza, vulneración o inobservancia de derechos en los servicios de atención a la Primera Infancia del ICBF*" o el documento que lo modifique o sustituya.

2.10. Responder y resolver oportunamente y con eficiencia los hallazgos que formulen los organismos de vigilancia, inspección y control del Estado a que haya lugar, implementando las recomendaciones y procedimientos cuando sean requeridos.

2.11. Informar de manera oficial al supervisor y a las autoridades competentes de manera inmediata y oportuna, las situaciones atípicas o extraordinarias presentadas durante la implementación del servicio que pongan en riesgo el cumplimiento del objeto contractual, en articulación con las entidades competentes, cuando haya lugar.

2.12. Informar de manera oficial al supervisor o las autoridades y entidades competentes de manera inmediata y oportuna, los casos en que se identifiquen situaciones que pongan en riesgo la vida o la integridad de las mujeres y personas en periodo de gestación, las niñas y los niños y , garantizando con ello la activación de las rutas de atención y/o actuación en articulación con las entidades competentes, descritas en el Lineamiento Técnico para la prevención de las violencias contra niñas y niños en primera infancia y el Protocolo de Actuaciones Ante Alertas de Amenaza, Vulneración o Inobservancia de Derechos en los Servicios de Atención a la Primera Infancia del ICBF o los documentos que los modifiquen, sustituyan o deroguen y demás documentos definidos por el ICBF.

2.13. Garantizar que en las Unidades de Servicio – UDS o Unidad de Atención -UA se brinde la atención en el marco del Modelo de Enfoque Diferencial de Derechos del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar MEDD - Resolución 7998 de 2023 o documento que lo modifique, sustituya o derogue.

2.14. Articular acciones con las entidades del Sistema Nacional de Bienestar Familiar, en el territorio, para mejorar la calidad del servicio y el cumplimiento de las atenciones a mujeres y personas en periodo de gestación, niñas y niños y , de acuerdo con lo establecido en la Política de Estado para el Desarrollo Integral de la Primera Infancia De Cero a Siempre (Ley 1804 de 2016).

2.15. Comunicar de manera inmediata y formalizar a través del correo electrónico al supervisor del contrato la ocurrencia de algún presunto hecho de violencia, accidente o fallecimiento de los participantes de los servicios de primera infancia, así como diligenciar y entregar de manera completa, oportuna y con calidad mensualmente el "Formato de reporte de presuntos hechos de violencias, accidentes y fallecimientos de los usuarios de los servicios de primera infancia" o el documento que lo modifique o sustituya, sobre los presuntos hechos de violencia, accidentes, o fallecimientos de los participantes activos que se presenten en cualquier lugar. En caso de no se presentarse las situaciones mencionadas anteriormente con los participantes de los servicios de atención, la EAS deberá reportar mensualmente a través de correo electrónico al supervisor del contrato la no ocurrencia de violencias, accidentes y fallecimientos. PARÁGRAFO:

En caso de presentarse fallecimientos de participantes activos, se deberá diligenciar y enviar al supervisor a los dos días hábiles siguientes del conocimiento del hecho, el "Formato Informe de la Atención Prestada al Usuario Fallecido" o el documento que lo modifique o sustituya tal efecto.

2.16. Garantizar las actuaciones que le corresponden de acuerdo a lo dispuesto en el Lineamiento Técnico para la prevención de las violencias contra niñas y niños en primera infancia y el Protocolo de Actuaciones Ante Alertas de Amenaza, Vulneración o Inobservancia de Derechos en los Servicios de Atención a la Primera Infancia del ICBFo los documentos que los modifiquen o sustituyan.

2.17. Cumplir con las normas laborales aplicables al talento humano y, en particular, cumplir con las obligaciones con el Sistema General de Seguridad Social en Salud, Pensiones y Riesgos Laborales, así como con el pago de los aportes parafiscales asociados a los contratos de trabajo que celebre, respecto de lo cual se obliga a mantener indemne al ICBF.

2.18. Cumplir oportunamente con los pagos a proveedores y prestadores de servicios profesionales y técnicos que vincule a la operación del servicio.

2.19. Realizar la socialización de los servicios al inicio y al final de la ejecución contractual, según la Guía de Participación Ciudadana para los Servicios de Primera Infancia o documento que lo modifique o sustituya, y demás orientaciones establecidas por el ICBF, que hacen parte integral del presente contrato.

2.20. Construir e implementar acciones encaminadas a fortalecer la calidad y pertinencia del servicio a través de un plan de gestión de calidad de la atención, durante la ejecución del contrato, teniendo en cuenta los resultados de visitas de Inspección, Vigilancia y Control, la aplicación del instrumento de verificación de condiciones de calidad, autoevaluación, visitas de verificación de condiciones de calidad en Unidades de Servicio -UDS- Unidad de Atención -UA y Entidades Administradoras del Servicio -EAS- según lo señalado en el Manual Técnico y Guía Operativa del servicio correspondiente.

2.21. Comunicar al supervisor del contrato y a la aseguradora que expidió la póliza de cumplimiento del contrato de aporte de la existencia de siniestros dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la fecha en que se conoció o se debió conocer la ocurrencia del siniestro

2.22. Aportar cuando aplique los valores equivalentes por concepto de contrapartida (tanto la de carácter obligatorio, cuando corresponda, como la adicional según el criterio de evaluación respectivo, si a ello hubiere lugar) llevar a cabo la totalidad de las actividades de conformidad con el ofrecimiento realizado por la EAS según la manifestación de interés presentada en el marco de la Invitación Pública IP 004 de 2024 , sus modificaciones y actualizaciones que haya lugar, así como lo dispuesto en el procedimiento administrativo de selección vigente durante la ejecución del contrato, o en ultimas según lo pactado dentro de los contratos de aporte suscritos según los diversos numerales del Manual de Contratación del ICBF vigente; para lo anterior el contratista deberá presentar al supervisor y/o interventor del contrato la descripción de las actividades que componen cada valor de contrapartida y su cuantificación individual.

2.23. Acreditar y aportar por escrito el documento equivalente que dé cuenta al perfeccionamiento del negocio jurídico cualquiera que sea su tipología, o acto jurídico, respecto a la disposición del bien inmueble donde se prestará el servicio de atención a la Primera Infancia (por ejemplo: contrato de arrendamiento, contrato de comodato, certificado de libertad y tradición, o el documento idóneo donde se acredite dicha condición según corresponda).

2.24. Las demás obligaciones que se deriven de la ley, reglamento, Manuales Técnicos, Guias Operativas Manuales Técnicos, Guías Operativas y lineamientos vigentes, relativos a la ejecución del objeto contratado.

CLÁUSULA 3. OBLIGACIONES ESPECÍFICAS DE LA ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO (APLICA PARA SERVICIOS DE CENTROS DE DESARROLLO INFANTIL -CDI-, HOGARES INFANTILES -HI-, EDUCACIÓN INICIAL EN EL HOGAR-, EDUCACIÓN INICIAL CAMPESINA, EDUCACIÓN INICIAL PROPIA E INTERCULTURAL, JARDINES INTERCULTURALES DE EDUCACIÓN INICIALINTEGRALES)

1. **OBLIGACIONES DURANTE LA FASE PREPARATORIA.** La EAS debe garantizar las condiciones necesarias para dar inicio al servicio, según lo establecido en el Manual Operativo vigente de la Modalidad según corresponda el servicio, en referencia a las actividades que hacen parte de la Fase Preparatoria.
   1.1 (Aplica solo para las asociaciones o cooperativas de padres y/o madres comunitarias o de Hogares Comunitarios de Bienestar, Asociaciones de Padres y/o Madres usuarios del servicio y asociaciones o cooperativas mixtas entre

padres y/o padres usuarios del servicio y padres y/o madres comunitarias o de Hogares Comunitarios de Bienestar) Presentar a la supervisión del contrato, a más tardar dentro del mes siguiente a la suscripción del contrato, los soportes del cumplimiento de las condiciones de conformación de la organización acorde con lo siguiente:

- Las asociaciones o cooperativas de padres y/o madres comunitarias o de Hogares Comunitarios de Bienestar se comprometen a estar conformadas por mínimo un 90% de padres y/o madres comunitarias en ejercicio. Si la composición es mixta entre padres y/o padres usuarios del servicio y padres y/o madres comunitarias o de Hogares Comunitarios de Bienestar, de este 90% se debe contar con mínimo un 80% de padres y/o madres de los niños a atender.
- Las Asociaciones de padres y/o madres usuarios del servicio se comprometen a estar conformadas por mínimo un 90% de padres y/o madres de los niños a atender.

2. OBLIGACIONES DURANTE LA FASE DE IMPLEMENTACIÓN DEL CONTRATO.

2.1. Obligaciones relacionadas con la prestación de los servicios: 2.1.1. Brindar educación inicial en el marco de la atención integral a niñas y niños en los servicios de **CENTRO DE DESARROLLO INFANTIL - CDI y EDUCACIÓN INICIAL CAMPESINA - PROPIA E INTERCULTURAL**, en las UDS correspondientes al **CENTRO ZONAL YARIGUIES**, de la **REGIONAL SANTANDER**, garantizando los días de atención a los que haya lugar, dependiendo del servicio y lo dispuesto en el Manual Operativo vigente de la Modalidad de atención según corresponda, en cuanto a su estructura operativa, o fracción proporcional a partir del cumplimiento de los requisitos de perfeccionamiento y ejecución del contrato de aporte respectivamente. **2.1.2**. Realizar la atención de los usuarios conforme a la distribución de UDS, UA, cupos y municipios asignados al presente contrato y descritas en el siguiente cuadro:

SERVICIO	UDS	CUPOS	MUNICIPIO
CENTRO DE DESARROLLO INFANTIL A - INSTITUCIONAL	3	262	CIMITARRA
CENTRO DE DESARROLLO INFANTIL A - INSTITUCIONAL	1	120	PUERTO PARRA
EDUCACIÓN INICIAL CAMPESINA - PROPIA E INTERCULTURAL	2	49	PUERTO PARRA

2.1.3. Garantizar la gratuidad del servicio a las y los participantes. *(Salvo el servicio de Hogares Infantiles -HI- que contempla el recaudo de las tasas compensatorias conforme a lo señalado en la Resolución 1740 de 2010 o normativa que la sustituya o modifique).* **PARAGRAFO:** Los padres, madres, cuidadores u otras personas naturales y jurídicas, podrán dar aportes voluntarios como recursos de cofinanciación, en atención a lo dispuesto en el Manual Técnico de la modalidad correspondiente y Guía Operativa del servicio correspondiente. La falta de pago de dichos aportes no constituye una causal para impedir el ingreso del usuario al servicio, para interrumpir su atención o retirarlo de este. **2.1.4**. Desarrollar estrategias que promuevan la permanencia de los participantes en la UDS.

2.2 Obligaciones del Componente de Familia, Comunidad y Redes Sociales: 2.2.1 Dar cumplimiento a cada una de las orientaciones relacionadas con el componente establecidas en el Manual Operativo de la Modalidad según corresponda el servicio, y las demás orientaciones y/o recomendaciones expedidas por el ICBF. **2.2.2.** Incluir en los planes formación y acompañamiento a familias, las acciones que permitan sensibilizar a madres, padres o cuidadores de los participantes del servicio sobre la protección de los derechos de niñas y niños, las formas de violencia y las consecuencias que afectan la salud mental y su desarrollo, en los servicios de la modalidad familiar y comunitaria se dará desde el fortalecimiento, resignificación o impulso de las prácticas de cuidado y crianza, lo anterior, con el propósito de contribuir a poner fin a los factores que inciden en las violencias contra mujeres y personas en periodo de gestación, niñas y niños. **2.2.3** La EAS

deberá garantizar que su talento humano se acoja a los protocolos y realice las capacitaciones, talleres o demás actividades que desde el ICBF se señalen, en relación con la prevención de posibles situaciones de violencia sexual en contra de los niños y niñas, según las indicaciones que para el efecto emita la Dirección de Primera Infancia o el supervisor y/o interventor del contrato.

2.3 Obligaciones del Componente de Salud y Nutrición: 2.3.1. Dar cumplimiento a cada una de las condiciones de calidad -Estándares- establecidas en el la Guía Operativa según corresponda el servicio, y las demás orientaciones y/o recomendaciones técnicas y administrativas expedidas por el ICBF. **2.3.2.** Entregar dentro de los dos primeros meses de ejecución del contrato el plan de saneamiento básico (programas de limpieza y desinfección, manejo de Residuos sólidos y líquidos, abastecimiento de agua potable y control de plagas y vectores), y manual de buenas prácticas de manufactura BPM- con los procesos de compra, transporte, recibo, almacenamiento, preparación y distribución de alimentos que apliquen según la modalidad o servicio, de acuerdo con la normatividad vigente y con la Guía técnica del componente de alimentación y nutrición para los programas y proyectos misionales del ICBF o documento que lo modifique o sustituya. **2.3.3.** Entregar a la supervisión y/o interventoría del contrato desde el inicio de la atención efectiva a los participantes, el ciclo de menús según lo defina el ICBF elaborado por un nutricionista, haciendo uso de los documentos que lo complementen y en los formatos establecidos por el ICBF, de conformidad con lo descrito en la Guía técnica del componente de alimentación y nutrición para los programas y proyectos misionales del ICBF o documento que lo modifique o sustituya. Y lo definido en la minuta patrón vigente para la modalidad y servicio de Primera Infancia según corresponda **2.3.4.** Garantizar la entrega de alimentos a través de las raciones alimentarias preparadas o para preparar o refrigerios o según lo defina el ICBF, en la cantidad y calidad establecida para cada grupo de edad, teniendo en cuenta el ciclo menú aprobado por el ICBF, utilizando materias primas de calidad conforme a las fichas técnicas de alimentos establecidas por el ICBF, dando cumplimiento a las buenas prácticas de manufactura; así mismo, se deberá dejar registro documental de la relación de alimentos comprados y entregados a cada UDS o UA. **2.3.5**. Notificar al supervisor y/o interventor del contrato dentro de los cinco días siguientes a que tengan lugar, las actualizaciones de los proveedores de alimentos y la información complementaria relacionada con registros y conceptos sanitarios en el formato definido por el ICBF, cada vez que se requiera y/o cambie algún proveedor. **2.3.6.** Planear y desarrollar acciones de educación alimentaria y nutricional, en el marco de la Estrategia de Información, Educación y Comunicación en Seguridad Alimentaria y Nutricional del ICBF para el fomento de prácticas alimentarias saludables, según lo descrito en la Guía técnica del componente de alimentación y nutrición para los programas y proyectos misionales del ICBF o documento que lo modifique o sustituya. **2.3.7.** Garantizar el cumplimiento de lo establecido en la Guía técnica del componente de alimentación y nutrición para los programas y proyectos misionales del ICBF o documento que lo modifique o sustituya, y requisitos sanitarios del servicio de alimentos de acuerdo con el tipo de alimentación suministrada, que se establece en la Guía Operativa para cada servicio de atención. **2.3.8**. Realizar la toma de medidas antropométricas y activación de ruta de acuerdo con el estado nutricional de cada participante (por parte del profesional de salud y nutrición de la UDS), de acuerdo a la Guía técnica operativa sistema de seguimiento nutricional, la Guía técnica para la metrología aplicable a los programas de los procesos misionales del ICBF o documentos que los modifiquen o sustituyan y las Manuales Técnicos, Guias Operativas guías operativas del servicio correspondiente , en los tiempos y periodos establecidos para este fin y sobre el 100% de los participantes atendidos durante el periodo de la toma. **2.3.9**. Implementar oportunamente las acciones de articulación y de gestión para la atención en los servicios de salud de las niñas y niños con desnutrición aguda de los servicios de primera infancia del ICBF, así como proceder de conformidad con las orientaciones de la Guía Operativa del servicio correspondiente, y las demás orientaciones y/o recomendaciones técnicas y administrativas expedidas por el ICBF **2.3.10** Diseñar y diligenciar en el documento que el ICBF disponga, las acciones colectivas e individuales de educación alimentaria y nutricional, de acuerdo con los resultados de la clasificación antropométrica de los participantes y según lo señalado en la guía operativa del servicio que corresponda. **2.3.11**. Coordinar la capacitación del talento humano de las EAS con el Instituto Nacional de Salud a través de sus referentes regionales, esto incluye capacitación en la etapa preparatoria de los contratos y en casos de rotación de personal en las EAS. **2.3.12.** Como Unidades Informadoras recopilar y comunicar la información relevante para el reporte al SIVIGILA de las niñas y los niños en el marco del evento 113, mediante una vigilancia por indicadores o una vigilancia basada en comunidad, en el marco de los dispuesto en los Lineamientos Nacionales de Vigilancia en Salud Pública del Instituto Nacional de Salud, Decreto 780 de 2016 y las demás normas que la complemente, modifique o

derogue. **PARÁGRAFO**. Cuando por razones ajenas a la EAS no sea posible realizar la toma nutricional a alguno de los participantes atendidos durante el periodo de la toma, deberá aportarse para cada caso la justificación y soporte que sustente dicha situación. **2.3.13.** Reportar a la autoridad en salud y al supervisor y/o interventor del contrato cuando se presenta una enfermedad transmitida por alimentos – ETAS.

2.4 Obligaciones del Componente Proceso Pedagógico: 2.4.1. Dar cumplimiento a cada una de las condiciones de calidad -Estándares- establecidas en la Guía Operativa del servicio que corresponda, y las demás orientaciones y/o recomendaciones expedidas por el ICBF. **2.4.2**. Realizar acciones para garantizar el tránsito armónico de niñas y niños al sistema de educación formal de acuerdo con lo establecido en la Guía Orientadora para el tránsito de los niños y niñas desde los Programas de atención a la Primera Infancia del ICBF al Sistema de Educación Formal o el documento que la modifique o sustituya, en articulación con las familias, Instituciones Educativas y Entes territoriales, lo anterior a la luz de lo establecido en la Guía Operativa del servicio correspondiente. **2.4.3.** Garantizar la entrega del paquete didáctico familiar dando cumplimiento a cada una de las condiciones de calidad -Estándares- establecidas en el Manual Técnico de la Modalidad que apliquen para tal fin, y las demás orientaciones y/o recomendaciones impartidas por el ICBF (Aplica únicamente para el servicio Educación Inicial Campesina). **2.4.4.** Garantizar la entrega del Kit de bienvenida dando cumplimiento a los establecido en la guía operativa del servicio FAMI BienVenir, y las demás orientaciones y/o recomendaciones impartidas por el ICBF (Aplica únicamente para el servicio FAMI BienVenir).

2.5 Obligaciones del Componente Talento Humano. 2.5.1. Dar cumplimiento a cada una de las condiciones de calidad -Estándares- establecidas en la Guía Operativa del servicio que corresponda, y las demás orientaciones y/o recomendaciones impartidas por el ICBF. **2.5.2.** Asegurar la incorporación de madres, padres comunitarios y/o agentes educativos que se encontraban vinculados en las UDS que han transitado a servicios de educación inicial en el marco de la atención integral previo cumplimiento de los requisitos establecidos en el Manual Técnico y Guías Operativas respectivas. En caso de requerir el cambio de un agente educativo, padre o madre comunitario que han transitado de otras modalidades, se avalará en Comité Técnico Operativo, previo cumplimiento del debido proceso por parte del empleador, así mismo, de requerir el cambio de un agente educativo, deberá ser reemplazado por uno de igual o superior perfil**. 2.5.3**. Contratar un profesional de tiempo completo según los tiempos de atención dada la estructura operativa de cada servicio, con experiencia en procesos de educación inclusiva para el acompañamiento en la atención deniños y niñas que presenten discapacidad múltiple, que requieran apoyos para la realización de actividades de la vida diaria y favorecer la participación en el desarrollo de las experiencias pedagógicas. **2.5.4.** Cumplir con lo establecido en el artículo 2.2.1.2.4.2.16 del Decreto 1082 de 2015, modificado por el Decreto 1860 de 2021, en cuanto a que la Entidad Administradora del Servicio -EAS contrate para la ejecución del contrato de aporte en una proporción igual al 5%, entre otros, a víctimas del conflicto armado interno, mujeres cabeza de familia, adultos mayores, personas en condición de discapacidad, así como población de las comunidades indígena, negra, afrocolombiana, raizal, palanquera, Rrom o gitanas, como sujetos de especial protección constitucional. Lo anterior, en cumplimiento a los Estándares 30 y 33, entre otros, de los Manuales Técnicos, Guias Operativas Manuales Técnicos de atención. PARÁGRAFO PRIMERO. El supervisor o el interventor, según el caso, realizará el seguimiento y verificará que las personas vinculadas al inicio y durante la ejecución del contrato pertenezcan a los grupos poblacionales enunciados en la presente obligación. PARÁGRAFO SEGUNDO. Sin perjuicio de las sanciones que puedan decretarse, en caso de incumplimiento justificado o injustificado de la presente obligación, en el marco del Comité Técnico Operativo, se presentará por parte de la EAS la (s) hoja (s) de vida del (los) candidato (s) con todos los soportes que acrediten la experiencia y formación académica del personal seleccionado (que no pertenezcan a los grupos poblacionales enunciados en la presente obligación), de acuerdo con lo establecido los Estándares 30 y 33 de las respectivas Guías Operativas, entre otros, de los Manuales Técnicos, Guias Operativas Manuales Técnicos de atención, y se cumplirá con las actividades establecidas allí**.**

2.6 Obligaciones del Componente Ambientes Educativos y Protectores: 2.6.1. Dar cumplimiento a cada una de las condiciones de calidad -Estándares- establecidas en Guías Operativas del servicio que corresponda, y las demás orientaciones y/o recomendaciones expedidas por el ICBF. **2.6.2**. Prestar el servicio durante la ejecución del contrato en la infraestructura autorizada por el ICBF. Cuando se requiera el traslado de UDS a una nueva infraestructura, esta debe

ser aprobada previamente por el supervisor del contrato, según las orientaciones establecidas por el ICBF **2.6.3**. Suscribir los contratos de comodato que se requieran, cumplir con las obligaciones de los mismos, o las modificaciones necesarias, para la recepción de inmuebles, cuando aplique. **2.6.4** Entregar mediante acta la infraestructura propiedad del ICBF objeto de comodato, al supervisor(a) y/o interventor del contrato, cuando aplique **2.6.5**. La EAS debe garantizar las acciones encaminadas a la identificación, reducción de riesgos y actuación oportuna en caso de accidentes y emergencias que afecten la vida e integridad física de niñas, niños y mujeres y personas en periodo de gestación de acuerdo con la Guía Operativa del servicio que corresponda y la Guía Orientadora para la Gestión del Riesgo en la Primera Infancia o el documento que la modifique o sustituya, y las demás orientaciones y/o recomendaciones técnicas y administrativas expedidas por el ICBF. Dotación**. 2.6.6.** Llevar la contabilidad de los bienes muebles por "clasificación de fuentes y usos", de acuerdo con lo establecido en los lineamientos técnico- administrativos vigentes que rijan para el servicio, en los casos que aplique. **2.6.7.** Verificar y recepcionar el inventario entregado por el ICBF de los bienes de dotación necesarios para la prestación del servicio en el marco de la ejecución del contrato, garantizando el buen uso de los mismos **2.6.8** Entregar los bienes de dotación en el estado que fueron recibidos, salvo el deterioro normal, o daños ocasionados por caso fortuito o fuerza mayor al supervisor(a) y/o interventor del contrato, lo anterior deberá realizarse previo a la terminación del contrato. **2.6.9** Diligenciar al inicio y al final de la vigencia del presente contrato el "Formato Inventario de Dotaciones" en su versión vigente, relacionado en el documento "Guía Orientadora para la Compra de la Dotación para las Modalidades de Educación Inicial en el Marco de una Atención Integral", en su última versión o el documento que la modifique o sustituya; así mismo se deberá actualizar y reportar con una periodicidad cuatrimestral a la supervisión del contrato. **2.6.10** Actualizar el "Formato Inventario de Dotaciones" en su versión vigente, relacionado en el documento "Guía Orientadora para la Compra de la Dotación para las Modalidades de Educación Inicial en el Marco de una Atención Integral", en su última versión cada vez que se realice reposición o se reciban bienes de dotación, o se den de baja bienes muebles de acuerdo a lo estipulado en el "Procedimiento de Baja Definitiva de Bienes Muebles" en su última versión en cada una de las etapas de ejecución del contrato **2.6.11.** Relacionar en acta y en el "Formato Inventario de Dotaciones" en su versión vigente, al inicio de la ejecución del contrato y durante su ejecución, los bienes de dotación de propiedad de la EAS, puestos a disposición de las UDS. **2.6.12**. Garantizar que, en caso de traslado o cierre de la UDS, los elementos de dotación que sean de propiedad del ICBF y sean transferidos a la nueva UDS, mediante acta de entrega y "Formato Inventario de Dotaciones" en su versión vigente, en presencia del supervisor del contrato o quien se designe por parte este, el Representante Legal de la EAS y del almacenista de la Dirección Regional cuando aplique. **2.6.13**. Utilizar los bienes entregados por el ICBF y/o adquiridos durante la ejecución del contrato exclusivamente para efectos del cumplimiento de las obligaciones contractuales. **2.6.14**. Realizar los ajustes razonables en la UDS para garantizar la accesibilidad y participación de niñas, niños, mujeres y personas en periodo de gestación con discapacidad conforme a la definición de ajustes razonables establecida en los Manuales Técnicos, Guias Operativas Manuales Técnicos y con base en la información registrada en la ficha de caracterización pedagógica para la inclusión de niñas y niños con discapacidad anexa a éstos. **2.6.15**. Informar al supervisor y/o interventor del contrato y a la aseguradora la existencia de siniestros dentro de los cinco (5) días hábiles a su ocurrencia. **2.6.16**. Diligenciar y entregar a la supervisión del contrato el "Formato de Identificación de Necesidades de Dotación" y el "Formato Inventario de Dotaciones" en sus versiones vigentes, para su posterior análisis y toma de decisiones por parte de la supervisión del contrato, con el objetivo de identificar los bienes de dotación a adquirir**. 2.6.17**. Cumplir a cabalidad con las orientaciones relacionadas en el documento "Guía Orientadora para la Compra de la Dotación para las Modalidades de Educación Inicial en el Marco de una Atención Integral", en su última versión, frente a la adquisición de dotaciones con recursos ICBF, en el marco de contratos de aporte. **PARÁGRAFO PRIMERO.** La EAS será responsable de la reposición de los bienes muebles devolutivos de propiedad del ICBF, en los siguientes eventos: a. cuando el hecho hubiere sobrevenido por culpa suya, inclusive levísima; b. cuando por peligro del bien prestado o propio, haya preferido salvar el suyo; y c. cuando expresamente haya aceptado la responsabilidad del caso fortuito. **PARÁGRAFO SEGUNDO**. La falta de reporte de los bienes muebles devolutivos adquiridos como dotación en el marco del contrato de aporte, o su no devolución a la finalización del contrato, harán incurrir al operador en

PUBLICA

responsabilidad contractual, disciplinaria, fiscal y penal. 2.6.18. Garantizar como mínimo el cumplimiento de las fichas técnicas de los elementos, conforme a las directrices impartidas del ICBF para la compra por reposición o adquisición por primera vez. Para la selección de los elementos a comprar, deberá levantar las necesidades de cada unidad de servicio, atendiendo las orientaciones que para el efecto imparta el ICBF, presentar el consolidado al comité técnico operativo, y mínimo tres cotizaciones de proveedores que cumplan con las especificaciones técnicas dadas en la guía para la aprobación de la compra. La selección de los elementos deberá estar soportada en las necesidades y el presupuesto para la compra de los elementos. Una vez sean adquiridos los bienes de dotación con recursos entregados por el ICBF, deberá presentar al supervisor de contrato el informe de entrega a cada Unidad de Servicio -UDS y las correspondientes facturas

2.7 **Obligaciones del Componente Administrativo y de Gestión. 2.7.1.** Dar cumplimiento a cada una de las condiciones de calidad -Estándares- establecidas en la Guía Operativa del servicio que corresponda, y las demás orientaciones y/o recomendaciones expedidas por el ICBF. **2.7.2**. Responder y soportar el 100% de los requerimientos realizados por el supervisor y/o interventor del contrato en el plazo indicado por este.

2.8 **Obligaciones relacionadas con la recepción, almacenamiento, suministro, inventario y custodia de los Alimentos de Alto Valor Nutricional -AAVN-. 2.8.1**. Suministrar a la regional del ICBF los datos del punto de entrega o puntos primarios donde el contratista recibirá los Alimentos de Alto Valor Nutricional (municipio de ubicación del punto, nombre del responsable y suplente, número de identificación, teléfonos, horario de atención, número de cupos a atender en este punto). Así mismo, informar oportunamente los cambios de los datos del punto de entrega primario a la Regional o Centro Zonal en los primeros 15 días calendario del mes. **2.8.2** Utilizar los Alimentos de Alto Valor Nutricional únicamente para cumplir a cabalidad el objeto del presente contrato, y suministro de la alimentación a las niñas y niños participantes para la Modalidad de atención, de conformidad con las directrices, lineamientos, normas y procedimientos establecidos por el ICBF. En ningún caso, se podrá donar, vender, intercambiar, usar indebidamente, destinar o en general disponer de los Alimentos de Alto Valor Nutricional en forma diferente a la autorizada por el ICBF. **2.8.3** Recibir el Alimento de Alto Valor Nutricional y almacenarlo cumpliendo con lo establecido en la normatividad legal vigente, y de acuerdo con las instrucciones que imparta el ICBF, con el fin de garantizar su conservación. **2.8.4**. Informar al ICBF oportunamente (como máximo el día 15 de cada mes) sobre las dificultades presentadas en el desarrollo del servicio y las que afecten la cantidad y calidad de los Alimentos de Alto Valor Nutricional recibidos, así como los saldos de los AAVN en los puntos de entrega, para que el ICBF pueda ajustar las cantidades a entregar en el siguiente mes y realizar las acciones correspondientes. **2.8.5.** Entregar oportunamente los Alimentos de Alto Valor Nutricional a las unidades ejecutoras o de servicio o participantes que harán uso de los mismos, para evitar su deterioro. **2.8.6** Llevar control por escrito en los formatos definidos por el ICBF mediante el Instrumento Anexo 57 de la rotación de inventarios y la entrega de los Alimentos de Alto Valor Nutricional a las unidades ejecutoras o de servicio o participantes, donde se registre el movimiento de los alimentos, los saldos y las personas responsables de su recibo y distribución, el cual debe corresponder a la cantidad de participantes programados. Estos soportes deben presentarse en medio magnético o en documento físico de acuerdo con las particularidades de los territorios donde se ejecutan las modalidades, mensualmente durante los diez primeros días hábiles siguientes al mes vencido, al Centro Zonal ICBF de influencia en el municipio donde está ubicado el punto de entrega .**2.8.7** Transportar los Alimentos de Alto Valor Nutricional a las unidades ejecutoras o de servicio en condiciones adecuadas que garanticen la inocuidad del AAVN. **2.8.8** Solicitar y aceptar el apoyo y la asesoría técnica del ICBF en lo concerniente al manejo, recepción, custodia y distribución de los Alimentos de Alto Valor Nutricional**. 2.8.9** Realizar actividades que promuevan el control social para el adecuado uso de los Alimentos de Alto Valor Nutricional de acuerdo con las indicaciones dadas por el ICBF, así como asistir a las capacitaciones, mesas públicas, rendición de cuentas o audiencias de veeduría ciudadana a las cuales se le convoque por parte del ICBF. **2.8.10** Atender oportunamente los requerimientos que el ICBF realice, especialmente para dar respuesta a los organismos de control del Estado y novedades presentadas en las visitas realizadas por la Interventoría y/o el ICBF. **2.8.11** Cancelar al ICBF el valor de los Alimentos de Alto Valor

PUBLICA

Nutricional cuando se presenten vencimientos o generen averías por mal almacenamiento, redistribución de producto, hurto o pérdida, teniendo en cuenta el precio del mes de entrega o el precio definido por el ICBF en caso de entregarse otro tipo de Alimento de Alto Valor Nutricional. **2.8.12** Atender con oportunidad las visitas que se efectúen por parte del ICBF o la interventoría del contrato de producción y distribución de Alimentos de Alto Valor Nutricional y leer y firmar el acta de visita anotando las observaciones a que haya lugar. Así mismo, dar trámite oportuno, a las acciones preventivas y correctivas necesarias para la solución de las novedades generadas producto de las visitas del ICBF o de la interventoría. **2.8.13** Al finalizar el contrato, el contratista deberá redistribuir por su cuenta (transportar de un lugar a otro) los saldos de los Alimentos de Alto Valor Nutricional que queden en sus puntos de entrega de acuerdo con las indicaciones que imparta el ICBF.

2.9. Obligaciones de la Entidad Administradora del Servicio en el marco de la estrategia de compras locales: 2.9.1. El contratista deberá cumplir con la Ley 2046 de 2020, invirtiendo al menos el 30% de los recursos ejecutados para la compra de alimentos, adquiriéndolos directamente a los pequeños productores agropecuarios locales, productores de la agricultura campesina, familiar o comunitaria locales, organizaciones de estos productores o a las industrias y emprendimientos agroalimentarios que procesen materias primas adquiridas directamente a estos productores locales. Estas compras deberán realizarse aplicando y cumpliendo con lo dispuesto en la guía "G5.ABS- Guía Orientadora para la Implementación de la Estrategia de Compras Locales" y deberán ser reportadas mensualmente al supervisor del contrato, haciendo uso de la última versión del formato que para el efecto se encuentre aplicable en el proceso de adquisición de bienes y servicios de la entidad o del medio que para tal efecto adopte el ICBF dentro del Sistema de Gestión de Calidad**. 2.9.2**. El Contratista deberá pagar contra entrega el, o los productos adquiridos a los pequeños productores y productores de la Agricultura Campesina, Familiar y Comunitaria, o de sus organizaciones. La forma de pago utilizada por el Contratista para realizar el pago de los productos a los pequeños productores y demás actores de la agricultura campesina, familiar y comunitaria, o de sus organizaciones, se deberá realizar en efectivo o transferencia bancaria a cuentas de ahorros, cuentas corrientes o transferencias a través de billeteras digitales, depósitos de bajo monto o transferencias a cuentas de ahorros de trámite simplificado (CATS). **PARÁGRAFO PRIMERO**: El reporte de las compras públicas locales de alimentos debe realizarse haciendo uso de la última versión del formato de seguimiento, en un archivo único para cada vigencia fiscal, discriminando el valor total del componente alimentario para cada periodo. Cada reporte mensual debe ser entregado al supervisor y/o interventor del contrato para su revisión, validación y posterior firma por parte del contratista y el supervisor y/o interventor, con la misma periodicidad establecida para la presentación de informes de ejecución del contrato. Las adquisiciones de alimentos deben cumplir con la normatividad sanitaria vigente.

2.10. Obligaciones del registro y presentación de información: 2.10.1. Realizar el registro y actualización permanente en las plataformas tecnológicas que el ICBF defina de forma veraz, completa, exacta, actualizada, oportuna, real y comprobable, de la información relacionada con los beneficiarios y sus familias, las atenciones priorizadas de acuerdo con la política pública de primera infancia de la Educación Inicial en el marco de la atención Integral, los procesos de formación a las familias de los beneficiarios conforme al Manual Operativo y las directrices de la Dirección de Primera Infancia, y demás datos que sean requeridos de acuerdo con las necesidades y la misión del ICBF cumpliendo con la calidad requerida. **2.10.2** Realizar al inicio del contrato y cada vez que la operación lo requiera el registro y actualización de la información en las plataformas y/o herramientas tecnológicas que el ICBF defina, los datos de: Razón Social, Representante Legal, datos de contacto según recibos (dirección y teléfono exacto de la sede principal). **2.10.3** Remitir a la administración del Sistema de Información Cuéntame regional, y/o sistema o herramienta que el ICBF defina, la solicitud al inicio del contrato y cada vez que exista cambios contractuales aprobados por el ICBF, la actualización de la información del contrato, servicio contratado, cupos, valores y modificaciones de acuerdo con la documentación generada contractualmente. **2.10.4** Remitir a la administración del Sistema de Información Cuéntame y/o sistema o herramienta que el ICBF defina ,los datos actualizados de las UDS al inicio del contrato y cada vez que el servicio lo requiera conforme a la aprobación del ICBF, manteniendo el código de la UDS. La actualización de la información de las UDS deberá incluir: el nombre de la UDS, la dirección conforme a los recibos de servicios públicos, los datos del responsable de la UDS y la georreferenciación en coordenadas geográficas con Latitud y Longitud expresado en grados, minutos y segundos **2.10.5**

Registrar la vinculación en las plataformas tecnológicas que el ICBF defina la información de las niñas y niños recién nacidos vivos hijos de las usuarias mujeres, de manera inmediata, una vez se tenga conocimiento de su nacimiento, con el objetivo de formalizar su condición de usuario en los servicios de atención a la primera infancia, y a su vez realizar la desvinculación de la mujer lactante. **2.10.6** Realizar el registro de información de los beneficiarios y sus familias de acuerdo con las directrices del ICBF, haciendo la vinculación a la UDS con la fecha real del inicio de la atención, para lo cual debe recolectar la autorización de los padres o responsables para el tratamiento de datos personales de los beneficiarios, caracterización, lugar de residencia con la dirección conforme a los recibos de servicios públicos, la georreferenciación en coordenadas geográficas con Latitud y Longitud expresado en grados, minutos y segundos (cuando aplique) y registro fotográfico del beneficiario. **2.10.7** Realizar el registro y actualización permanente de la información en la plataforma tecnológica que el ICBF defina del talento humano contratado para la atención de los beneficiarios según el Manual Operativo de la Modalidad, su formación académica y experiencia, incluyendo la información correspondiente a los procesos de formación y cualificación en el marco del presente contrato. **2.10.8** Realizar la desvinculación en el Sistema de Información Cuéntame, de los beneficiarios y talento humano de forma oportuna (fecha real) y cuando la atención así lo requiera o una vez finalice la prestación del servicio. En los casos que sea detectado una desvinculación inoportuna del beneficiario, la EAS tendrá la obligación de desvincular al beneficiario dentro de los cinco (5) días siguientes al requerimiento; pasado este lapso el ICBF procederá a desvincular la información del Sistema Cuéntame y generar las acciones respectivas. **2.10.9** Reportar a la administración del Sistema de Información Cuéntame regional, y/o sistema o herramienta que el ICBF defina, de acuerdo con el Manual Operativo, cuando se presente el fallecimiento de un beneficiario o integrantes del grupo familiar, agentes educativos del servicio, para que se realice la correspondiente actualización del registro. **2.10.10** Solicitar oportunamente y de manera oficial al ICBF la creación, activación o inactivación de los usuarios del Sistema de Información Cuéntame y/o sistema o herramienta que el ICBF defina o sistemas integrados para lo cual la EAS deberá garantizar la idoneidad, capacitación y gestión del conocimiento del talento humano usuario del sistema. **2.10.11** Registrar la información de la asistencia diaria de los beneficiarios atendidos durante el periodo reportado, una vez el ICBF solicite el diligenciamiento del módulo RAM en las plataformas tecnológicas que el ICBF defina, en los casos donde el supervisor de contrato determine la imposibilidad del diligenciamiento del RAM digital, la EAS deberá presentar al supervisor del contrato dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la finalización de cada mes de ejecución, los formatos de registros de asistencia mensual (RAM) en físico, garantizando la coherencia entre la información reportada en el RAM y el registro de información en la atención de los beneficiarios. **2.10.12** Registrar la información en las plataformas tecnológicas que el ICBF defina las dotaciones de las UDS de acuerdo con la guía orientadora para la compra de la dotación en Modalidades de educación inicial en el marco de la atención integral según las directrices del ICBF. **2.10.13** Diligenciar y firmar el formato de "Compromiso de confidencialidad y no divulgación de la información, versión vigente", en cumplimiento de las obligaciones legales sobre confidencialidad de la información. **2.10.14**. Registrar y actualizar permanente en las plataformas tecnológicas que el ICBF defina, la información del talento humano contratado para la atención de los participantes conforme a los estándares o lineamientos definidos por el ICBF. (Cuando aplique). **PARÁGRAFO PRIMERO**: Cuando por razones ajenas a la EAS, no sea posible registrar en el Sistema de Información en las plataformas tecnológicas que el ICBF defina la toma nutricional de alguno de los beneficiarios atendidos durante el periodo de la toma o la formación de los padres y cuidadores de los beneficiarios atendidos o no participen de las actividades de formación a las familias según el Manual Operativo vigente de cada Modalidad, la Entidad Administradora del Servicio deberá aportar la justificación y los soportes que sustente dicha situación, la cual será validada por el supervisor del contrato del ICBF. **PARÁGRAFO SEGUNDO**: Cuando por razones asociadas al funcionamiento del sistema y reportadas por la línea de soporte dispuesto por el ICBF para tal efecto, no sea posible realizar el registro de la información, la EAS deberá aportar la justificación con el número de caso, la cual será validada por el supervisor del contrato. **PARÁGRAFO TERCERO**: En caso de evidenciar falsificación o adulteración por parte de la EAS de documentos, datos, registros de asistencias, RAM, actas, entre otros, el Supervisor del contrato deberá denunciar el delito de la falsedad en documentos tipificado en la Ley 599 de 2000 "Por la cual se expide el Código Penal" ante la Fiscalía General de la Nación.

2.11. Obligaciones relacionadas con la Administración de Recursos. 2.11.1. Presentar en el primer Comité Técnico Operativo para su aval, el presupuesto de operación de los servicios contratados, en los formatos financieros establecidos

por el ICBF, especificando los valores por concepto de tasas compensatorias para el servicio Hogares Infantiles cuando aplique. Todos los ajustes al presupuesto deben ser presentados ante el comité técnico operativo para su revisión y aprobación, las propuestas de modificación presupuestal se deben ajustar según lo establecido en los Manuales Técnicos, Guías Operativas y los lineamientos que sobre el particular emita la dirección de primera infancia. **2.11.2.** Cuando aplique, la EAS debe presentar en el primer Comité Técnico Operativo para su aval, la programación y uso de los aportes de contrapartida y valores técnicos agregados. Si los conceptos de gasto de la contrapartida se encuentran cumplidos, y queden recursos por ejecutar, la EAS deberá presentar propuesta de redistribución de estos recursos al Comité Técnico Operativo, la cual deberá ajustarse a las necesidades reales del servicio. Igualmente, el uso y destinación de la contrapartida podrá ajustarse de acuerdo con los establecido en los Manuales Técnicos, Guías Operativas y las necesidades reales del servicio, previa presentación de la propuesta por parte de la EAS ante el comité técnico operativo para su aprobación. **2.11.3.** Mantener un control presupuestal y financiero independiente para la ejecución, administración y manejo de los recursos asignados en virtud del presente contrato y de los demás recursos que reciba para la ejecución del mismo; lo cual se verificará a través de los informes técnicos, administrativos y financieros radicados mensualmente. **2.11.4.** Disponer de una cuenta de ahorro la cual se constituirá en una cuenta maestra, donde se llevará el manejo exclusivo de los recursos aportados por el ICBF para la ejecución del presente contrato. La EAS se compromete a entregar al ICBF debidamente diligenciado y firmado, el formato de autorización para abono directo en cuenta de ahorros para uso exclusivo de los recursos aportados por el ICBF, anexando certificación bancaria (con saldo) de la titularidad de la cuenta. Si la EAS presenta una cuenta bancaria que haya utilizado previamente para el manejo de recursos propios, deberá estar certificada por parte del Banco con saldo cero. Así mismo en marco de esta obligación el contratista deberá reportar al supervisor del contrato de manera mensual el manejo y los movimientos de la cuenta maestra. En caso de que la supervisión detecte manejos inadecuados de la cuenta maestra, podrá solicitar a la Dirección de Contratación o quien haga sus veces a nivel regional, adelantar los procedimientos administrativos sancionatorios y las acciones legales que correspondan. **PARÁGRAFO PRIMERO.** En virtud del artículo 214 de la Ley 1955 del 2019, la EAS deberá aperturar una cuenta maestra para el manejo de los recursos aportados por el ICBF, teniendo en cuenta las definiciones, criterios de selección y la operatividad de la cuenta que para tal fin establezca el ICBF. Dicha decisión será debidamente notificada por el ICBF a través del supervisor y/o interventor del contrato, comunicando al contratista la obligatoriedad de aperturar una cuenta maestra o de convertir la existente en una cuenta maestra en cualquiera de las entidades bancarias que ofrezcan este producto. **PARÁGRAFO SEGUNDO**. En caso de que la entidad bancaria en la que está radicada la cuenta a que se refiere el presente trámite no ofrezca el producto denominado "cuenta maestra", será obligación del contratista u operador realizar los trámites pertinentes de apertura ante una entidad bancaria que lo preste y sea de su elección. **PARÁGRAFO TERCERO.** Una vez sea comunicada al operador o al contratista la obligatoriedad de realizar la apertura o conversión a una cuenta maestra, tendrá el término perentorio de hasta ocho (8) días hábiles para hacer el trámite y entregar la evidencia documental al supervisor y/o interventor del contrato so pena de las actuaciones administrativas a las que haya lugar**. 2.11.5**. Garantizar que los recursos aportados por el ICBF y demás recursos que llegare a recaudar con ocasión del presente contrato sean utilizados única y exclusivamente para el financiamiento de las actividades previstas en el desarrollo del objeto del presente contrato. **2.11.6.** Abstenerse de pactar y realizar cobros no autorizados a los participantes o a terceros por concepto de los servicios prestados, salvo lo establecido en relación con tasas compensatorias para el servicio Hogares Infantiles. **2.11.7.** Provisionar mensualmente, en el marco de la ejecución del contrato, los recursos correspondientes a las prestaciones sociales y/o remuneraciones del talento humano contratado y demás conceptos que se requieran para garantizar las obligaciones de pagos a terceros. **2.11.8.** Realizar de manera oportuna el pago de salarios, prestaciones, aportes a seguridad social y parafiscales del personal vinculado laboralmente por la EAS para la atención del servicio, así como el pago de honorarios para el talento humano vinculado mediante contrato de prestación de servicios, preferiblemente por transferencia bancaria. No obstante, cuando por las condiciones geográficas y ubicación no sea posible que el talento humano tenga acceso a la apertura de una cuenta, o cuando por solicitud del trabajador se requiera el pago en efectivo, la EAS informará en la planilla de nómina que hace parte del informe financiero, el medio de pago aplicado. **2.11.9**. Realizar de manera oportuna los pagos a proveedores preferiblemente por transferencia bancaria. Cuando por condiciones excepcionales (geográficas y ubicación) no sea posible que el tercero tenga acceso a la apertura de una cuenta, el pago se hará de acuerdo con el mecanismo que se apruebe en el marco del Comité Técnico Operativo. **2.11.10**. Presentar informe financiero mensualmente al

supervisor/interventor, los primeros cinco (5) días hábiles siguientes al mes ejecutado, que tenga como soportes las certificaciones de pago a proveedores y servicios públicos derivados del presente contrato, así como de los salarios, prestaciones sociales y aportes al Sistema de Seguridad Social Integral de los trabajadores a su cargo, así como pago de honorarios para el talento humano vinculado mediante contrato de prestación de servicios, certificado que deberá ser emitido por el Revisor Fiscal, Contador Público de la Entidad o Representante legal, según aplique; y copia del extracto bancario o informe de los movimientos bancarios, según aplique, de la cuenta exclusiva para el manejo de los recursos aportados por el ICBF; todo lo anterior en concordancia con lo establecido en los Manuales Técnicos, Guías Operativasy sus anexos. **2.11.1**. Consignar en la cuenta bancaria definida por el ICBF, los rendimientos financieros de los aportes del ICBF, que se generen en la ejecución del contrato. La EAS deberá remitir copia de la consignación bancaria al supervisor y/o interventor del contrato. **2.11.12.** Incorporar en el informe financiero la recepción de recursos de cofinanciación de cualquier fuente destinados a la ejecución del contrato, incluidos los ingresos por tasas compensatorias para el servicio Hogares Infantiles. **2.11.13**. Discriminar en el informe financiero el valor total del componente alimentario, en aras de verificar desde la supervisión y/o interventoría, el 30 % mínimo del valor de compras locales para cada periodo.**2.11.14**. Presentar los informes de ejecución técnica y administrativa y financiera los primeros cinco (5) días hábiles siguientes al mes ejecutado. Lo anterior, sin perjuicio de la actualización permanente de la información. **2.11.15.** Adquirir al inicio de la atención, la póliza de seguro contra accidentes para los participantes y entregar al supervisor y/o interventor del contrato el respectivo soporte de pago; garantizando que cada niña, niño y persona y mujer en periodo de gestación que ingrese al servicio durante la vigencia del contrato de aportes esté vinculado a la póliza. **2.11.16**. Abstenerse de utilizar los recursos aportados por el ICBF y demás bienes que reciba o adquiera en el marco del presente contrato en cualquier tipo de asunto o acto político. **2.11.17.** Reintegrar a la cuenta bancaria que defina el ICBF al término del contrato, los recursos no ejecutados del aporte del ICBF, que no hayan sido descontados en los desembolsos, ni liberados durante la vigencia, ni reinvertidos. Dichos recursos podrán corresponder entre otros: a) No prestación del servicio. b) Inicio tardío de la prestación del servicio. c) Talento humano no contratado. d) Raciones no entregadas. e) Recursos no ejecutados de los rubros de los costos variables de la canasta asociados a bajas coberturas. f) UDS cerradas o trasladadas sin autorización del Comité Técnico Operativo**. 2.11.18.** Reintegrar los recursos destinados a la prestación del servicio, que hayan sido objeto de pérdida por cualquier causa atribuible a la EAS. **2.11.19.** Presentar el informe final de ejecución con todos los soportes de cada una de las obligaciones contractuales, con el propósito de liquidar el presente contrato, conforme a las directrices impartidas por la supervisión y/o interventor del contrato. **2.11.20.** Reintegrar al ICBF los saldos que resulten a su favor en la liquidación del contrato dentro de los términos establecidos. **PARAGRÁFO**. Cuando se identifiquen recursos por concepto de ahorros o inejecuciones que no sean redistribuidos o reinvertidos conforme a lo dispuesto en el presente contrato, se realizará otrosí modificatorio para gestionar la liberación de dichos recursos

CLÁUSULA 4. OBLIGACIONES ESPECÍFICAS DE LA ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO RELACIONADAS CON EL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN

3.1. Eje de calidad. 3.1.1. Asegurar que el personal requerido para la prestación del servicio cuente con el perfil de: Educación (formal: primaria, secundaria, pregrado, posgrado), formación (cursos específicos de la actividad a desarrollar como diplomados, seminarios, talleres entre otros) o experiencia para garantizar la óptima prestación del servicio**. 3.1.2** Socializar con el equipo de trabajo que realiza las actividades definidas en el contrato, la información básica del ICBF (Misión, Visión, Normatividad interna vigente, Objetivos Estratégicos, Políticas y Sistema Integrado de Gestión SIGE) así como dar a conocer los diferentes documentos (lineamientos técnicos, manuales, procedimientos, guías, formatos entre otros) necesarios para la operación de los servicios. **3.1.3** Entregar los resultados de la percepción del beneficiario frente a la prestación del servicio o bien adquirido. **3.1.4** Identificar y gestionar acciones de mejora que fortalezcan de manera adecuada la prestación de servicio **3.1.5** Contar con información documentada para la recepción, tratamiento y respuesta a las peticiones, quejas, reclamos y sugerencias (PQRS), en el marco de la ejecución del objeto contractual **3.1.6** Asegurar que los equipos de medición propios utilizados para el cumplimiento del objeto contractual o convenio cuentan con certificaciones iniciales de calibración y sus verificaciones intermedias**. 3.1.7** Contar con un registro de los documentos utilizados para la operación del servicio, incluyendo de ser necesario, el control de los cambios realizados.

3.2. Eje de seguridad de la información. 3.2.1. Certificar el cumplimiento, seguimiento y revisión de los asuntos correspondientes a seguridad de la información enmarcado en la normativa interna del ICBF vigente en virtud de la ejecución del objeto del contrato. **3.2.2** Suscribir un documento de compromiso de confidencialidad el cual deberá ser entregado al supervisor del contrato una vez se firme el contrato. **3.2.3** Informar al supervisor, en el momento que ocurran incidentes de seguridad o se materialice un riesgo de seguridad de la información que afecten la disponibilidad, integridad y/o confidencialidad de la información del ICBF, en el marco de la ejecución del contrato **3.2.4** Prever el plan de recuperación y contingencia del servicio contratado ante los eventos que puedan afectar el cumplimiento de la ejecución de este.

3.3. Eje de Seguridad y Salud en el Trabajo. 3.3.1. Certificar que cuenta con un representante de seguridad y salud en el trabajo, que cumpla con el perfil establecido en la Resolución 312 de 2019, o a la norma que adicione, modifique o sustituya y garantice el cumplimiento de obligaciones contractuales establecidas en el marco de la ejecución del contrato o convenio y la normatividad vigente. **3.3.2** Presentar la identificación de peligros, valoración de riesgos y determinación de controles, documentados, en el marco de la Seguridad y Salud en el Trabajo durante la ejecución del contrato o convenio. **3.3.3** Realizar la inducción al equipo de trabajo que se empleará durante la ejecución del contrato o convenio en materia de Seguridad y Salud en el Trabajo. **3.3.4** Suministrar a los colaboradores vinculados para la ejecución del contrato o convenio los elementos de protección personal requerido para la realización de sus actividades. **3.3.5** Presentar el concepto médico ocupacional favorable de los colaboradores vinculados para la ejecución del contrato o convenio. **3.3.6** Formular e implementar el plan de prevención, preparación y respuesta ante emergencias.

3.4. Eje ambiental. 3.4.1. Adoptar las medidas necesarias para el ahorro y uso eficiente de agua, energía, papel, y manejo de residuos que se generen durante la ejecución del contrato, de acuerdo con la política ambiental de la Entidad. **3.4.2** Presentar los permisos y/o autorizaciones ambientales vigentes requeridas para prestación del servicio. Así como las evidencias del cumplimiento de los requerimientos establecidos en dichos documentos. **3.4.3** Adoptar las medidas necesarias para el almacenamiento y manejo adecuado de los productos químicos utilizados durante la ejecución del contrato; de acuerdo con la normatividad vigente. **3.4.4** Adoptar las medidas necesarias para el manejo adecuado y la disposición final de los residuos especiales y/o peligrosos que se generen durante la ejecución del contrato. **3.4.5** Formular e implementar plan de saneamiento que incluya como mínimo los programas de limpieza y desinfección, manejo de residuos, control de plagas y abastecimiento o suministro de agua potable, de acuerdo con la normatividad vigente. **3.4.6** Utilizar productos, empaques y materiales amigables con el medio ambiente. **3.4.7** Realizar el mantenimiento y lavado de la trampa de grasas y/o sistemas de tratamiento de aguas residuales, adoptando las medidas necesarias para el manejo adecuado de los residuos generados.

CLÁUSULA 5. PLAZO DE EJECUCIÓN

El plazo de ejecución de los contratos de aporte que se celebren será el siguiente: **30 de septiembre de 2025** previo cumplimiento de los requisitos de perfeccionamiento y ejecución.

CLÁUSULA 6. VALOR DEL CONTRATO Y FORMA DE PAGO

El valor del aporte corresponde la suma de **MIL OCHOCIENTOS DOS MILLONES CUATROCIENTOS SEIS MIL CIENTO DIECISÉIS PESOS M/CTE. (1.802.406.116),** incluidos impuestos, cuotas de participación de llegar a cobrarse contribuciones, costos directos e indirectos a que haya lugar, compuesto de la siguiente manera:

1. La suma de **MIL SETECIENTOS SETENTA Y SIETE MILLONES SEISCIENTOS OCHENTA MIL DOSCIENTOS NOVENTA Y TRES PESOS M/CTE, ($1.777.680.293),** como aporte del **INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR** para la atención de los participantes.
2. Los aportes de contrapartida que realizará la EAS, por valor de **VEINTICUATRO MILLONES SETECIENTOS VEINTICINCO MIL OCHOCIENTOS VEINTITRÉS PESOS M/CTE, ($24.725.823).**

PARÁGRAFO PRIMERO. Los aportes de contrapartida será lo ofrecido por el interesado.

PARÁGRAFO SEGUNDO. Para el caso de las Unidades de Atención UDS, que requieren el reconocimiento del valor de arrendamiento, el mismo deberá ser asumido por parte del futuro contratista en el marco de la ejecución del contrato como aporte de contrapartida.

PARÁGRAFO TERCERO. El ICBF realizará un aporte en especie para la atención, representado en el Alimento de Alto Valor Nutricional suministrado en los términos indicados en el presente contrato. (Este parágrafo no aplica para el servicio de HCB INTEGRAL que contempla únicamente la cualificación.

Nota 1: El valor de la presente invitación fue calculado con las canastas o costos de referencia de cada servicio de atención para 2024. Este valor es estimado, teniendo en cuenta que puede variar de acuerdo con la fecha de inicio del contrato.

Nota 2: Los aportes de contrapartida, y de valores técnicos agregados, cuando aplique, que realizará la EAS, incluido en el presente estudio previo definitivo y en el anexo de condiciones contractuales del contrato de aporte, y formarán parte del valor total del contrato.

El Valor del aporte efectuado por el ICBF será desembolsado de la siguiente manera:

DESEMBOLSO	PERIODO	VALOR
1	MENSUAL	$ 251.201.887
2	MENSUAL	$213.685.937
3	MENSUAL	$213.685.937
4	MENSUAL	$213.685.937
5	MENSUAL	$213.685.937
6	MENSUAL	$213.685.937
7	MENSUAL	$213.685.937
8	MENSUAL	$244.362.784

El giro de los desembolsos se hará efectivo previa aprobación por parte del supervisor de los siguientes documentos presentados por el representante legal de la EAS, o quien se encuentre debidamente facultado:

(**i.) Para el primer desembolso:** a) Presupuesto inicial de ingresos y gastos aprobado por el supervisor y/o interventor del contrato, el cual debe guardar coherencia con los costos de referencia del servicio, y la información registrada mensualmente en SIM - Metas Sociales y Financieras. b) Aprobación de la contrapartida, cuando aplique, por el supervisor y/o interventor del contrato. c) Reporte generado por el Sistema de Información y validado por el representante legal o quien haga de sus veces de los datos del Representante Legal, EAS, dirección exacta, teléfono exacto de la sede principal de la EAS, contrato, servicio y valores de acuerdo con la documentación física. d) El listado actualizado de las UDS en las cuales se prestarán los servicios de atención a los participantes según los datos existentes (código de unidades, nombres, dirección, teléfono y responsable) tomando como insumo los datos ya creados en el Sistema de Información que el ICBF disponga. e) Listado de los datos básicos de los participantes de continuidad en la unidad de servicio y los que ingresan según lo establecido en la Guía para la Focalización de usuarios de los servicios de Primera Infancia y las demás directrices del ICBF f) Acta de visita, ficha y registro fotográfico realizado por el supervisor y/o interventor del contrato (conforme a la Resolución No. 4733 de 2022, o documento que la modifique o sustituya) que soporte que la infraestructura ofertada cumple con las condiciones físicas de las instalaciones

relacionadas para la prestación del servicio a contratar (Solo aplica cuando el ICBF, para la selección, tuvo en cuenta la sede propia ofertada por la entidad). g) Copia de los contratos celebrados con el talento humano contratado para la ejecución y copia de las certificaciones de vinculación de estos al Sistema Integral de Seguridad Social y parafiscales.

(ii.) Para el segundo desembolso: a) Presupuesto inicial de ingresos y gastos avalado por el Comité Técnico Operativo y aprobado por el Supervisor y/o interventor. b) Programación de aporte de la contrapartida, cuando aplique, avalados por el comité técnico operativo y aprobado por el supervisor y/o interventor. c) Cronograma de actividades correspondiente a la ejecución de las obligaciones contractuales relacionadas con la prestación del servicio. d) Certificado de cobertura que refleje el número de niños y niñas atendidas en el período anterior (debe coincidir con los soportes entregados para el rubro del Talento Humano en los periodos respectivos). e) El ciclo de menú de conformidad con lo establecido en la minuta patrón aprobado por el nutricionista del ICBF. f) Informe de la ejecución financiera del primer desembolso en concordancia con el procedimiento de legalización de cuentas definido en los Manuales Técnicos, Guias Operativas Manuales Técnicos y Guías Operativas, este informe debe ser coherente con los costos de canasta del servicio y la información registrada mensualmente en SIM - Metas Sociales y Financieras. g) Informe de ejecución técnica y administrativa del período anterior que deberá tener el contenido previsto en los instrumentos que entregue para ello el ICBF. h) Copia del extracto bancario o informe de los movimientos bancarios, según aplique, de la cuenta exclusiva para el manejo de los recursos aportados por el ICBF, correspondiente al periodo anterior. i) Reporte de información con calidad generado por el Sistema Cuéntame o aquel que se disponga por parte del ICBF, del 100% de los participantes atendidos, con el 100% de la información de los procesos de formación a familias que hayan asistido a las jornadas de formación de acuerdo con el manual y el 100% de la respectiva toma nutricional y el seguimiento realizado de acuerdo con el estado nutricional, según los Manuales Técnicos, Guias Operativas Manuales Técnicos y Guías Operativas de la modalidad. j) Registro, actualización y reporte del 100% de los datos con calidad del talento humano con su respectivo perfil profesional y cargo con el cual se desempeña en las UDS y contratado para la ejecución, en el Sistema de Información que el ICBF disponga. k) Reporte generado por el Sistema de Información del 100% de las UDS asociadas al contrato, manteniendo el código del Sistema de Información Cuéntame o aquel que se disponga por parte del ICBF y actualizando los datos del nombre, responsable o coordinador, los datos de georreferenciación, dirección exacta (según servicios públicos), teléfono y dotación de materiales culturales entregados en el marco de la política pública de primera infancia y la dotación de acuerdo a la guía orientadora para la compra de la dotación en Modalidades de educación inicial en el marco de la atención integral (cuando el ICBF lo disponga). m) Registro Mensual de Asistencia -RAM en el instrumento que defina el ICBF según la atención. n) Copia del contrato de comodato firmado cuando aplique. o) Documento equivalente que dé cuenta al perfeccionamiento del negocio jurídico cualquiera que sea su tipología, o acto jurídico, respecto a la disposición del bien inmueble donde se prestará el servicio de atención a la Primera Infancia (por ejemplo: contrato de arrendamiento, contrato de comodato, certificado de libertad y tradición, o el documento idóneo donde se acredite dicha condición según corresponda) p) Soportes de la implementación de los planes de formación y acompañamiento a familias y cualificación del talento humano. q) Reporte de compras locales de alimentos realizadas en el período correspondiente al desembolso, discriminando el valor total del componente alimentario. r) Soporte del pago de honorarios o salarios del mes anterior, a la totalidad del talento humano vinculado a la atención, acompañado del soporte de pago de los aportes al Sistema Integral de Seguridad Social y parafiscales.

(**iii.) Para los demás desembolsos (tercero, cuarto… y ultimo):** a) Informe de la ejecución financiera del período anterior. en con concordancia con el procedimiento de legalización de cuentas definido en los Manuales Técnicos, Guias Operativas Manuales Técnicos y Guías Operativas, este informe debe ser coherente con los costos de canasta del servicio y la información registrada mensualmente en SIM - Metas Sociales y Financieras. b) Informe de ejecución técnica y administrativa del período anterior que deberá tener el contenido previsto en los instrumentos que entregue para ello el ICBF. c) Copia del extracto bancario o informe de los movimientos bancarios, según aplique, de la cuenta exclusiva para el manejo de los recursos aportados por el ICBF, correspondiente al periodo anterior. d) Certificado de cobertura que refleje el número de niños y niñas atendidas en el período anterior (debe coincidir con los soportes entregados para el rubro del Talento Humano en los periodos respectivos). e) Reporte generado por el Sistema de Información del 100% de las UDS asociadas al contrato, manteniendo el código del Sistema de Información Cuéntame o aquel que se disponga por parte del ICBF y actualizando los datos del nombre, responsable o coordinador, los datos de georreferenciación, dirección exacta (según servicios públicos), teléfono y dotación de materiales culturales entregados en el marco de la política pública de primera infancia, y la dotación de acuerdo con la guía

orientadora para la compra de la dotación para las Modalidades de educación inicial en el marco de la atención integral (cuando el ICBF lo disponga). f) Reporte de información con calidad generado por el Sistema Cuéntame o aquel que se disponga por parte del ICBF, del 100% de los participantes atendidos, con el 100% de la información de los procesos de formación a padres o cuidadores que hayan asistido a las jornadas de formación a las familias de acuerdo con el manual y el 100% de la respectiva toma nutricional realizada de acuerdo con el estado nutricional y el seguimiento según los Manuales Técnicos, Guias Operativas Manuales Técnicos de la Modalidad y Guías Operativas del servicio correspondiente. g) Registro y actualización del 100% de información de las atenciones priorizadas de acuerdo con las orientaciones de la Dirección de Primera Infancia. h) Registro Mensual de Asistencia -RAM – en el instrumento que defina el ICBF según la atención. i) Soportes de la implementación de los planes de formación y acompañamientos a familias y cualificación del talento humano j) Reporte de compras locales de alimentos realizadas en el período correspondiente al desembolso, discriminando el valor total del componente alimentario. k) Soporte del pago de honorarios o salarios del mes anterior, a la totalidad del talento humano vinculado a la atención, acompañado del soporte de pago de los aportes al Sistema Integral de Seguridad Social y parafiscales.

PARÁGRAFO PRIMERO (Centro de Desarrollo Infantil CDI – Hogares Infantiles HI – Educación Inicial Campesina EIC– Educación Inicial Propia e Intercultural (Diaria) – Jardines Interculturales). El monto de los aportes a desembolsar acorde con la tabla de la presente cláusula será equivalente a: para el primer desembolso: se calculará multiplicando el costo de la fase preparatoria, por el número de cupos contratados de acuerdo a la canasta del servicio, más el costo cupo mes de atención, por el total de cupos contratados por un mes, menos el valor de un día de alimentación o ración servida por un mes por el total de cupos contratados por concepto de desarrollo de la jornada de reflexión pedagógica (en los servicios que aplique). b: Para el segundo, tercer desembolso (…): se calculará multiplicando el costo cupo mes de atención, por el total de cupos contratados por un mes, menos el valor de un día de alimentación o ración servida por un mes por el total de cupos contratados por concepto de desarrollo de la jornada de reflexión pedagógica. c: Para el último desembolso: se calculará multiplicando el costo de la fase de cierre, por el número de cupos contratados de acuerdo con la canasta del servicio, más el costo cupo mes de atención, por el total de cupos contratados por un mes, menos el valor de un día de alimentación o ración servida por un mes por el total de cupos contratados por concepto de desarrollo de la jornada de reflexión pedagógica.

PARAGRAFO SEGUNDO: El valor final del contrato corresponderá a la prestación efectiva y real del servicio. En caso de terminación anticipada, cesión o suspensión del contrato, sólo habrá lugar al pago proporcional de los servicios efectivamente prestados. **PARÁGRAFO TERCERO**. El ICBF realizará un aporte en especie para la atención, representado en los alimentos de alto valor nutricional AAVN suministrados en los términos indicados en el presente contrato. **PARÁGRAFO CUARTO**. El prestador de los servicios de atención a la primera infancia aportará para la ejecución del contrato la contrapartida cuando haya lugar, y deben ser avalados en el primer comité técnico operativo del contrato. **PARÁGRAFO QUINTO**. Las solicitudes de desembolso previstas en la presente cláusula deberán ser presentadas por el prestador de los servicios de atención a la primera infancia en el mes correspondiente al desembolso, previa aprobación de los requisitos por la supervisión del contrato, anexando los respectivos soportes, de acuerdo con el procedimiento de legalización de cuentas establecido en los Manuales Técnicos, Guias Operativas Manuales Técnicos. **PARÁGRAFO SEXTO**. La entrega de aportes a que se refiere la presente cláusula se encuentra sujetos a: i) el cumplimiento de la totalidad de las obligaciones por parte del contratista. **PARAGRAFO SEPTIMO**: Sin perjuicio de lo anterior, se podrán realizar n desembolsos parciales, cuando a ello hubiere lugar, sujetos a lo siguiente. ii) la presentación de la cuenta de cobro o factura correspondiente, iii) la certificación del Supervisor y/o interventor del cumplimiento de las obligaciones contractuales que apliquen para la fecha del mismo. iv) la disponibilidad del respectivo PAC por cada una de las fuentes de financiación (recursos nación y propios), v) la certificación del revisor fiscal o representante legal, según corresponda, sobre el cumplimiento en el pago de los aportes parafiscales y de seguridad social de sus empleados de acuerdo con lo establecido en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002 y artículo 23 de la Ley 1150 de 2007. En caso de que el pago parcial corresponda al componente de talento humano, deberá acreditarse el cumplimiento de la totalidad de los siguientes requisitos: a) para el primer desembolso: Copia de los contratos celebrados con el talento humano contratado para la ejecución y copia de las certificaciones de vinculación de estos al Sistema Integral de Seguridad Social y parafiscales, y b) para los demás desembolsos: Soporte del pago de honorarios o salarios del mes anterior, a la totalidad del talento humano vinculado a la atención, acompañado del soporte de pago de los aportes al Sistema Integral de Seguridad Social y parafiscales, certificado de cobertura que refleje el número de niños y niñas atendidos en el período anterior, registro, actualización y reporte del 100%

de los datos con calidad del talento humano con su respectivo perfil profesional y cargo con el cual se desempeña en las UDS y contratado para la ejecución, en el Sistema de Información que el ICBF disponga. En caso de pagos parciales, deberá siempre priorizarse el pago del talento humano. **PARÁGRAFO OCTAVO**. De las solicitudes de desembolsos presentadas por el prestador de los servicios de atención a la primera infancia, el supervisor podrá realizar el descuento conforme a lo dispuesto en el Manual Técnico de la modalidad, Guía Operativa del servicio correspondiente sus anexos. **PARÁGRAFO NOVENO**: El trámite del último pago estará sujeto al cumplimiento de las directrices impartidas por el ICBF, en especial a la presentación de 1) un informe de actividades. 2) un informe de supervisión y/o interventoría de los contratos derivados, si hubiera lugar a ellos, 3) Certificación y soportes donde se acredite que EL CONTRATISTA se encuentra al día en el pago de sus obligaciones derivadas del Sistema de Seguridad Social Integral en salud, pensión y al sistema de riesgos laborales y aportes parafiscales si a ello hubiere lugar, salvo que el ICBF disponga procedimiento contrario, en cumplimiento de lo estipulado en el Decreto 1273 del 23 de julio de 2018. **PARÁGRAFO DECIMO**. Una vez vencido el plazo de ejecución del contrato y con el fin de proceder a su liquidación en el término previsto para ello, el prestador de los servicios de atención a la primera infancia deberá entregar al ICBF los siguientes documentos: i) Los informes técnicos y administrativos consolidados que reflejen la ejecución total del contrato. ii) El informe financiero del último mes de ejecución del contrato y el consolidado de toda la ejecución del contrato, que deberá tener el contenido previsto en los instrumentos que entregue para ello el ICBF, con el fin de determinar los saldos a favor de las partes iii) Copia del extracto bancario de la cuenta exclusiva para el manejo de los recursos aportados por el ICBF para el presente contrato, que incluya los dos últimos meses de ejecución del contrato y los extractos de los meses siguientes hasta que la cuente este en ceros (0) o hasta la liquidación del contrato. iv) Planillas de pago al talento humano, acompañadas del soporte de pago de los aportes al Sistema Integral de Seguridad Social y parafiscales, correspondientes al último mes de ejecución v) certificado de cobertura que refleje el número de niños, niñas y madres gestantes atendidas durante el último mes de ejecución, junto con la copia de RAM de dicho mes. vi) Reporte generado por el sistema de información de la desvinculación de los participantes, talento humano y UDS del contrato finalizado. vii) entrega de documentos y soportes de gestión de la vigencia del contrato, que defina el supervisor y/o interventor del mismo viii) En caso de que el prestador de los servicios de atención a la primera infancia no continúe con la operación del servicio o de algunas UDS, hará entrega de manera inventariada de las carpetas con la documentación de los niños y niñas que deben permanecer disponibles en las UDS para su custodia y almacenamiento al prestador de los servicios de atención a la primera infancia que le informe el ICBF. ix) Acta de entrega de la infraestructura propiedad del ICBF objeto del contrato de comodato, de acuerdo a lo estipulado en la "GUIA DE GESTIÓN DE BIENES", o el documento que la modifique o sustituya, cuando aplique. **PARÁGRAFO DÉCIMO PRIMERO**: En todo caso y no obstante a la forma de pago prevista, los pagos están sujetos a la situación de los recursos por parte del Ministerio de Hacienda y Crédito Público, una vez se encuentre aprobado el PAC (Programa Anual Mensualizado de Caja). **PARÁGRAFO DÉCIMO SEGUNDO**: Sin perjuicio de lo anterior, queda entendido que la forma de pago supone la entrega real y efectiva de los entregables pactados. **PARÁGRAFO DÉCIMO TERCERO**: Los pagos correspondientes serán consignados por el ICBF al CONTRATISTA en la cuenta de la entidad financiera que para tal efecto establezca el contratista y que se encuentre registrada y habilitada en el SIIF. **PARÁGRAFO DÉCIMO CUATRO**. - RETENCIONES: El ICBF descontará sobre cada pago, los impuestos, tasas, contribuciones, a que hubiere lugar, de acuerdo con la normatividad vigente. El CONTRATISTA autoriza al ICBF a realizar los descuentos y retenciones establecidos en la ley y los ordenados por autoridad judicial. **PARÁGRAFO DÉCIMO QUINTO**. - En caso que las madres o padres comunitaria(o)s que se encuentren vinculada(o)s por parte de la EAS, sean beneficiadas del subsidio pensional o ingresen a la planta temporal o formalización que se está proyectando por parte del Instituto colombiano de bienestar familiar ICBF o la ley en aprobación del Congreso, en el marco del cumplimiento del Plan Nacional de Desarrollo 2022 -2026, el valor de este componente a partir de la vinculación efectiva de las madres o padres comunitaria(o)s, no será reconocido por el ICBF dentro del rubro de talento humano de la canasta del servicio contratado, por ende se deberá adelantar la disminución del valor del contrato. sucede lo mismo con los componentes asociados al servicio a cargo de estas madres comunitarias. **PARÁGRAFO DÉCIMO SEXTO**. En el marco del principio de economía solidaria del presente contrato la entidad administradora del servicio EAS se compromete a garantizar una atención hasta en un 5% adicional de la cobertura contratada, acorde a la necesidad de atención que se presente en las unidades de servicio a su cargo. Estas atenciones no implicarán una modificación al valor, ni condiciones iniciales del contrato o conceptos de reinversión por inejecuciones.

CLÁUSULA 7. GARANTÍA

EL CONTRATISTA se obliga a constituir a favor del ICBF y a satisfacción del mismo, una garantía única con el objeto de respaldar el cumplimiento de todas y cada una de las obligaciones que surjan del contrato, el pago de las sanciones y de la pena pecuniaria, dado el caso, pudieren imponerse, en las cuantías y términos que se señalan a continuación, a través de una entidad bancaria o compañía de seguros legalmente constituida y autorizada para funcionar en Colombia, a favor de **EL INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR** (Nit: 899.999.239-2). con los siguientes amparos:

AMPARO	SUFICIENCIA	VIGENCIA
Cumplimiento	20% del valor del contrato	Igual al plazo de ejecución y seis (6) meses más.
Calidad del Servicio	20% del valor del contrato	Igual al plazo de ejecución y seis (6) meses más.
Pago de salarios, prestaciones sociales, legales e indemnizaciones laborales	20% del valor del contrato	Igual al plazo de ejecución y tres (3) años más.
Responsabilidad civil extracontractual	El valor asegurado por los contratos de seguro que amparan la responsabilidad civil extracontractual no debe ser inferior a: 1. Doscientos (200) smmlv para contratos cuyo valor sea inferior o igual a mil quinientos (1.500) smmlv. 2.Trescientos (300) smmlv para contratos cuyo valor sea superior a mil quinientos (1.500) smmlv e inferior o igual a dos mil quinientos (2.500) smmlv. 3.Cuatrocientos (400) smmlv para contratos cuyo valor sea superior a dos mil quinientos (2.500) smmlv e inferior o igual a cinco mil (5.000) smmlv. 4.Quinientos (500) smmlv para contratos cuyo valor sea superior a cinco mil (5.000) smmlv e inferior o igual a diez mil (10.000) smmlv. 5. El cinco por ciento (5%) del valor del contrato cuando este sea superior a diez mil (10.000) smmlv, caso en el cual el valor asegurado debe ser máximo setenta y cinco mil (75.000) smmlv. La vigencia de esta garantía deberá ser igual al período de ejecución del contrato	La vigencia de esta garantía deberá ser igual al período de ejecución del contrato

PARÁGRAFO PRIMERO: La EAS se compromete a constituir y cargar la garantía única en la plataforma Secop II, dentro de los tres (3) días hábiles siguientes a la suscripción de este contrato. Si al vencimiento de dicho término la EAS no ha presentado la garantía pertinente, el ICBF podrá dejar constancia que el contrato no ha iniciado su ejecución. **PARÁGRAFO SEGUNDO**: EL CONTRATISTA deberá restablecer el valor de la garantía cuando este se haya visto reducido por razón de las reclamaciones efectuadas o por las sanciones impuestas por el ICBF. De igual manera, en cualquier evento en que se aumente o adicione el valor del contrato o se prorrogue su término, EL CONTRATISTA deberá ampliar el valor de la garantía otorgada o ampliar su vigencia, según el caso. **PARÁGRAFO TERCERO:** Una vez iniciada la ejecución del contrato, en caso de incumplimiento del CONTRATISTA de la obligación de obtener la ampliación de la garantía o de la obligación de obtener su renovación o de la

PÚBLICA

obligación de restablecer su valor o de aquella de otorgar una nueva garantía que ampare el cumplimiento de las obligaciones que surjan por razón de la celebración, ejecución y liquidación del contrato, el ICBF podrá declarar la caducidad de este. **PARÁGRAFO CUARTO**: Los gastos que demande la legalización del contrato, tales como constitución de garantías, derechos, impuestos, tasas y contribuciones que se causen por razón del perfeccionamiento del contrato, durante su ejecución y hasta la liquidación del mismo serán a cargo del **CONTRATISTA.**

CLÁUSULA 8. GASTOS

Los gastos que se ocasionen para la ejecución y perfeccionamiento del presente contrato serán sufragados por la EAS.

CLÁUSULA 9. COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD

La EAS se compromete formalmente a no divulgar, usar o explotar la información a la que tenga acceso para la ejecución del presente contrato y mantenerla bajo estricto deber de confidencialidad; sólo podrá usar dicha información para el desarrollo del contrato; así mismo, se compromete a no divulgar la información, en cualquier tiempo, a terceros sin el consentimiento previo y por escrito del ICBF. De la misma manera declara que toda la información que se produzca en la ejecución del contrato será confidencial y/o reservada. Conforme a lo anterior, la EAS deberá impartir instrucciones a todos sus empleados, agentes, asesores, y a cualquier otro representante suyo (cuando corresponda), exigiéndoles el cumplimiento en todo momento de las leyes de la República de Colombia, especialmente de aquellas que rigen la presente relación contractual, y les pondrá las obligaciones de: a) No revelar información propia del ICBF ni sobre los lugares a los cuales tenga acceso, con ocasión de la ejecución del presente contrato. b) No permitir que terceros obtengan información relacionada con el literal anterior. c) No obrar a través de terceros o sugerir que terceros hagan lo propio en su nombre. d) No publicar información alguna, por medios de comunicación electrónica o correos internos de su grupo empresarial, que permita a terceros o a sus funcionarios no autorizados acceder a la información. **PARÁGRAFO PRIMERO:** Para todos los efectos, se considera información a todo lo relacionado con la misión o negocios del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, cualquiera sea su forma y medio de comunicación y/o conservación, entendiendo por ésta, los formularios, comprobantes propios y/o terceros, información en los sistemas y/o reportes impresos, soportes magnéticos móviles o fijos, así como la información transmitida vía oral. **PARÁGRAFO SEGUNDO**: Toda la información conservada en los equipos informáticos (archivos y correos electrónicos residentes en servidores de datos centralizados y/o estaciones de trabajo), es de propiedad del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y no de los participantes, por tanto, no puede ser eliminada en ningún caso por el usuario final, y podrá ser monitoreada por la oficina autorizada para tal fin, si así se requiriera.

CLÁUSULA 10. COMITÉ TÉCNICO OPERATIVO

10.1 Dar cumplimiento integralmente a cada una de las condiciones establecidas en el Anexo Orientaciones para la Realización de los Comités Técnicos del ICBF, en su versión que se encuentre vigente, o el documento que lo modifique o sustituya, y las demás orientaciones y/o recomendaciones técnicas y administrativas expedidas por el ICBF. **10.2** Participar en los Comités Técnicos Operativos convocados por el supervisor y/o interventor del Contrato de acuerdo con lo establecido en el Anexo Orientaciones para la Realización de los Comités Técnicos, o el documento que lo modifique o sustituya.

CLÁUSULA 11. CONTROL Y SEGUIMIENTO

El control y seguimiento de la ejecución del contrato, estará a cargo de quien se señale en los estudios previos de la presente contratación o quien haga sus veces o por quien designe el ordenador del gasto, quien deberá adelantar las acciones necesarias para garantizar la idónea y eficaz ejecución contractual, atendiendo lo establecido en la Guía para el ejercicio de supervisión e interventoría de contratos y convenios suscritos por El ICBF. **PARAGRAFO PRIMERO**: De tener supervisor y llegar a requerirse el cambio de este, el ordenador del gasto procederá a designar uno nuevo, para lo cual no se requerirá de modificación contractual y el oficio con la nueva designación se comunicará a las partes. **PARÁGRAFO SEGUNDO**. De suscribirse un contrato de INTERVENTORÍA por el ICBF, para el seguimiento, verificación y control de las obligaciones contractuales y de las condiciones de calidad por parte de la Entidad Administradora del Servicio (EAS), **antes o al momento de celebrarse el contrato de aporte**, el control y seguimiento integralmente estará a cargo de la INTERVENTORÍA.

PARÁGRAFO TERCERO. De suscribirse un contrato de INTERVENTORÍA por el ICBF, para el seguimiento, verificación y control de las obligaciones contractuales y de las condiciones de calidad por parte de la Entidad Administradora del Servicio (EAS**) durante la ejecución del contrato de aporte**, la supervisión será sustituida integralmente por la INTERVENTORÍA. Las actividades de empalme entre el INTERVENTOR y el SUPERVISOR, no podrán exceder el término de (…), contado a partir de la suscripción del acta de inicio del contrato de INTERVENTORÍA. La supervisión del contrato de aporte deberá entregar al INTERVENTOR el FORMATO DE INFORME DE SUPERVISIÓN DEL CONTRATO del ICBF que se encuentre vigente, el cual deberá estar debidamente diligenciado y entregado junto con todos sus soportes.

CLÁUSULA 12. SANCIONES POR INCUMPLIMIENTO

El **ICBF** podrá imponer multas, declarar el incumplimiento o declarar la caducidad, de conformidad con lo establecido por los artículos 17 de la Ley 1150 de 2007, 18 y 40 de la Ley 80 de 1993, 86 de la Ley 1474 de 2011 y 2.2.1.2.3.1.19 de Decreto 1082 de 2015, y demás normas aplicables, así: **I) MULTAS**: A. Con el objeto de conminar al CONTRATISTA al cumplimiento de las obligaciones que se encuentren en mora o retraso, el ICBF podrá imponerle al CONTRATISTA multas diarias y sucesivas hasta del cero punto uno por ciento (0.1%) del valor del contrato por cada día de atraso o retardo hasta que se verifique su cumplimiento. B. Para tal efecto, el ICBF observará el procedimiento establecido en el artículo 86 de la Ley 1474 de 2011. C. El valor acumulado de las multas impuestas al CONTRATISTA no podrá superar el quince por ciento (15%) del valor del contrato. D. La imposición de multas no impedirá la aplicación de otras sanciones a que haya lugar por el incumplimiento ni impedirá la reclamación de perjuicios por parte del ICBF. E. El pago o compensación del valor de las multas impuestas no exonerará al contratista de la obligación de cumplir con el objeto contratado F. El CONTRATISTA autoriza que el ICBF descuente del saldo a su favor, el valor correspondiente a las multas que se llegaren a causar. **II) DECLARACIÓN DE INCUMPLIMIENTO Y COBRO DE LA CLÁUSULA PENAL PECUNIARIA:** A. En caso de declaratoria de caducidad o incumplimiento total o parcial de las obligaciones a cargo del CONTRATISTA, el ICBF podrá hacer efectiva la presente cláusula penal pecuniaria en un monto equivalente al veinte por ciento (20%) del valor total del Contrato, a título de pena, la cual se tendrá como estimación anticipada y parcial de los perjuicios causados al ICBF, sin que lo anterior sea óbice para que se declare la caducidad del contrato y se impongan las multas a que haya lugar. B. El valor variará proporcionalmente al incumplimiento parcial del Contrato que no supere el porcentaje señalado. C. En concordancia con el artículo 1600 del Código Civil, el cobro de la cláusula penal pecuniaria no impedirá que el ICBF le solicite al CONTRATISTA la totalidad del valor de los perjuicios causados en lo que exceda del valor de la cláusula penal pecuniaria. D. El CONTRATISTA autoriza que el ICBF descuente de las sumas que le adeude, los valores correspondientes a la cláusula penal pecuniaria. E. La cláusula penal pecuniaria también se hará efectiva en el caso en que se llegue o se supere el monto máximo acumulado de imposición de multas, de conformidad con lo pactado en este contrato. F. Para efectos de esta cláusula, se entenderá por incumplimiento total de las obligaciones a cargo del CONTRATISTA cuando este no cumpla con la totalidad de las obligaciones a su cargo o cuando no cumpla con el fin y objeto contractual pactado, lo cual podrá ser verificado por parte del ICBF una vez terminado el Contrato, aun habiéndose hecho pagos parciales, los cuales no significarán, en ningún caso, la renuncia al ejercicio de la potestad sancionatoria. G. Para efectos de la declaración de incumplimiento y el cobro de la cláusula penal pecuniaria, el ICBF observará el procedimiento establecido en el artículo 86 de la Ley 1474 de 2011. H. El pago de la cláusula penal pecuniaria no extingue las obligaciones emanadas del contrato y, por lo tanto, no exime al contratista del cumplimiento de la obligación principal. **III) CADUCIDAD:** A. Cuando se declare la caducidad, se dará aplicación a lo establecido en el artículo 18 de la Ley 80 de 1993. B. Para la declaratoria de caducidad, el ICBF observará el procedimiento establecido en el artículo 86 de la Ley 1474 de 2011. **PARÁGRAFO PRIMERO- PAGO DE LAS SANCIONES**. El valor de la pena y/o de la multa se tomará del saldo a favor del CONTRATISTA si lo hubiere, o si no, de la garantía constituida, y si esto último no fuere posible, se cobrará por la jurisdicción coactiva o por el procedimiento que para tal efecto señale la ley. El pago de las sumas antes señaladas no extingue las obligaciones emanadas del contrato, ni exime al CONTRATISTA de indemnizar los perjuicios causados. **PARÁGRAFO SEGUNDO - ACTUACIÓN FRENTE A SITUACIONES DE RIESGO Y PRESUNTOS INCUMPLIMIENTOS GRAVES DE LA ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO -EAS**. Situaciones que se configuran presuntos incumplimientos graves por parte de la EAS, durante la ejecución del contrato de aporte, y ameritan requerimientos o acciones administrativas, dentro de las cuales se encuentran, entre otras, las siguientes, **(i.)** Obligaciones generales: Suspender la prestación del servicio sin justificación o sin previo aviso al supervisor del contrato. **(ii.)** Obligaciones relacionadas con el componente de calidad de Salud

y Nutrición: se constituirá como incumplimiento grave las siguientes situaciones que ameritan acciones inmediatas por parte de quien ejerce la vigilancia del contrato, a. Las porciones de alimentos servidas no corresponden a las establecidos en el ciclo de menú según el grupo de edad, ó los alimentos están fuera del listado de intercambios o éstos no están autorizados tomando en cuenta que todo cambio en la minuta patrón y por ende en el menú debe estar validada por la/el Nutricionista del Centro Zonal o Regional. Tenga en cuenta la Minuta Patrón del ICBF. b. No cumplimiento de la Minuta Patrón y las derivaciones del ciclo de menús según las características de la población, aprobada al inicio del contrato por el Centro Zonal o Regional. c. Las entregas de Ración para Preparar- RPP no cumplen con las especificaciones de la Minuta Patrón en cantidad, calidad y oportunidad. d. Los alimentos almacenados dispuestos para las preparaciones se encuentran vencidos y/o en descomposición. e. No cumplimiento del suministro de AAVN, según la cantidad establecida en la Minuta Patrón, por día o periodo de entrega para cada). f. No cumplimiento en la entrega de los AAVN en la frecuencia establecida por el Centro Zonal o Regional, así como evidencia del deterioro, inadecuado almacenamiento o vencimiento de AAVN. g. Niños y niñas con medición de perímetro braquial inferior a 11.5 cm, sin soporte de activación de la Ruta Inmediata de emisión para la atención en salud. Tener en cuenta la modalidad de atención acorde a la Guía o Manual operativo del servicio. h. Niños con diagnóstico de desnutrición aguda leve, moderada o severa; sin evidencia de activación de Ruta de Atención. (según el decreto 2350 de 2020 del Ministerio de Salud y Protección Social, por la cual se adopta el lineamiento técnico para el manejo integral de atención a la desnutrición aguda moderada y severa, en niños de cero (0) a 59 meses de edad, y se dictan otras disposiciones desde el sector salud. I. No cargue de la totalidad o inconsistencias de la información de los datos antropométricos al sistema de información determinado por Bienestar Familiar para la clasificación nutricional, tener en cuenta que esta información no debe provenir de terceros. J. Los participantes no tienen ninguna afiliación al SGSS para lo cual se debe valida su existencia en el ADR como activo y en caso de no estar afiliado la EAS deberá realiza el acompañamiento para su registro. K. Omisión de la Lactancia Humana, familiar y comunitaria dentro del plan de formación y acompañamiento en salud y nutrición a Talento Humano l. Obligaciones relacionadas con el componente de calidad de talento humano: se constituirá como incumplimiento grave las siguientes situaciones que ameritan acciones inmediatas por parte de quien ejerce la vigilancia del contrato, a. No realizar los pagos de honorarios y/o salarios, prestaciones sociales al talento humano oportunamente y de acuerdo con la normatividad vigente. Y las demás que se evidencien por parte de la Supervisión del contrato de aporte.

CLÁUSULA 13. PROCEDIMIENTO PARA LA IMPOSICIÓN DE SANCIONES

Para la imposición de las sanciones establecidas en la Cláusula Décima, las partes acuerdan utilizar el procedimiento señalado en el artículo 86 de la Ley 1474 de 2011 (Estatuto Anticorrupción) o la norma que la sustituya. **PARÁGRAFO. - CAPTACIÓN DE LAS SANCIONES:** El valor de la pena y/o de la multa se tomará del saldo a favor del **CONTRATISTA** si lo hubiere, o si no, de la garantía constituida, y si esto último no fuere posible, se cobrará por la jurisdicción coactiva o por el procedimiento que para tal efecto señale la ley, que se realizará a través del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar.

CLÁUSULA 14. SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS

Las diferencias que surjan entre las partes serán dirimidas mediante la utilización de los mecanismos de solución alternativa de conflictos previstos en la ley, tales como, la conciliación, la amigable composición y la transacción, de conformidad con lo establecido en las normas vigentes. Las partes dispondrán de un término de sesenta (60) días hábiles para solucionar sus diferencias a través de los mecanismos de solución alternativa de conflictos, término que podrá ser prorrogado de común acuerdo, contados a partir de la fecha en que cualquiera de ellas realice la solicitud en tal sentido.

CLÁUSULA 15. INDEMNIDAD DEL ICBF

El CONTRATISTA en el cumplimiento de sus obligaciones mantendrá indemne al ICBF contra todo reclamo, demanda, acción legal, y costos que puedan causarse o surgir por daños o lesiones a persona o propiedades de terceros, que se ocasionen durante la ejecución del presente contrato y que se deriven de sus actuaciones realizadas durante la ejecución del contrato.

CLÁUSULA 16. AUSENCIA DE RELACIÓN LABORAL

El presente contrato no genera vínculo laboral alguno entre el personal de la EAS, sus dependientes y/o subcontratistas con el ICBF; sus derechos se limitarán de acuerdo con la naturaleza del contrato a cumplir cabalmente las obligaciones derivadas del mismo en su calidad de gerente integral del proyecto y a exigir las que correspondan al ICBF, teniendo en cuenta que los compromisos y obligaciones adquiridos por la EAS son independientes y diferentes de las actividades que desarrolla el ICBF. El personal que emplee para la ejecución del contrato tendrá la vinculación correspondiente con la EAS y por ninguna causa generará con el ICBF relación laboral o contractual alguna. Si por cualquier razón dicho personal, ya sean sus trabajadores o los de sus subcontratistas, demandan al ICBF, la EAS se compromete a pagar las condenas, los costos, los gastos y las costas del proceso, para lo cual autoriza expresamente al ICBF desde la celebración del presente contrato, para que contrate con cargo a la EAS los abogados y demás personal que necesite para su defensa, previo aviso y acuerdo con la EAS. De igual manera cualquier reclamación o demanda de parte de un trabajador por motivos de estabilidad reforzada o fuero de maternidad durante la ejecución del contrato, correrá a cargo de la EAS quien garantizará en todo momento los pagos que correspondan de tal estado. Así mismo y de manera previa a la liquidación, se dejará constancia que no existe reclamación o solicitud alguna por cualquier concepto en materia laboral.

CLÁUSULA 17. IMÁGEN CORPORATIVA Y VISIBILIDAD

Cuando la EAS deba efectuar algún tipo de publicidad exterior visual (pendones, vallas, entre otros), pieza o arte que implique diseño y lleve el logo de las entidades, deberá seguir todas las disposiciones previstas en el Manual de Imagen Corporativa aplicación para operadores, contratistas o convenios, el cual hace parte integral de este contrato y las directrices que emita la Oficina Asesora de Comunicaciones de la Sede de la Dirección General del ICBF.

CLÁUSULA 18. ENTENDIMIENTOS MUTUOS

1. La suscripción del presente contrato no genera solidaridad respecto de terceros y las responsabilidades serán individuales para cada una de las partes. **2.** Las obligaciones de las partes se limitan a las descritas en este contrato, a los lineamientos y estándares contenidos en el Manual de Contratación y en los lineamientos respectivos, que apliquen para las formas de atención contratadas, y demás documentos técnicos, incluyendo todos los documentos mencionados que hagan parte de este contrato y los mencionados a lo largo del presente contenido obligacional. **3.** Compete a las partes impartir a las personas públicas o privadas, naturales o jurídicas que se vinculen al proyecto los lineamientos e informaciones necesarias para la ejecución del contrato, de acuerdo con sus atribuciones y competencias. **4.** En todas las actividades que se desarrollen en virtud de este contrato se darán los créditos necesarios a las partes. **5.** El presente contrato es independiente y no está subordinado a otros que se celebren entre las partes, sin perjuicio de que por vía de adhesión sean incorporados otros contratos los cuales se sujetarán a lo aquí establecido. **6.** Los documentos que surjan en desarrollo del presente contrato serán de propiedad del ICBF, quien los compartirá con la entidad participante que se lo solicite y las demás que así lo requieran, incluyendo todos los documentos mencionados en las presentes cláusulas contractuales. **7**. Con el perfeccionamiento del presente contrato el CONTRATISTA, acepta que el ICBF notifique sus actuaciones, documentos, comunicaciones que produzca, entre otros, y se emitan en el marco de la ejecución de este acto jurídico por medios físicos o electrónicos (dirección electrónica que proporcione el contratista).

CLÁUSULA 19. CESIÓN

La EAS no podrá ceder a persona natural o jurídica alguna, los derechos y obligaciones emanados del presente contrato, sin que medie previa autorización expresa y por escrito por parte del ICBF.

CLÁUSULA 20. SUBCONTRATOS

La EAS en ningún caso podrá subcontratar la totalidad del objeto del presente contrato; únicamente podrá subcontratar, previa autorización de ICBF, la ejecución de algunas de las actividades específicas que se encuentran bajo su exclusiva responsabilidad, a personas naturales o jurídicas que demuestren su idoneidad para la actividad subcontratada. Los subcontratos celebrados para la ejecución de otras actividades se darán por terminados en la fecha en que finalice este contrato.

El subcontratista carecerá absolutamente de relación con el ICBF y, en consecuencia, no tendrá en ningún caso derecho a reclamar ante el ICBF indemnización alguna por ningún tipo de perjuicios. **PARÁGRAFO. -** La vinculación del personal y/o proveedores específicos necesarios para el cumplimiento de las obligaciones contractuales en ningún caso se entenderá como subcontratos y, por lo mismo, no deberán ser autorizados por el ICBF, sino que su celebración y ejecución será bajo la autonomía y responsabilidad exclusiva del CONTRATISTA.

CLÁUSULA 21. VEEDURÍAS Y PARTICIPACIÓN COMUNITARIA

En cumplimiento de lo dispuesto en la Ley 850 de 2003, Ley 1712 de 2014, Ley 1757 de 2015, y el artículo 65 de la Ley 80 de 1993 se convoca a las veedurías ciudadanas, comités de control social y organizaciones cívicas comunitarias de profesionales, benéficas o de utilidad común con el fin de garantizar su participación en la ejecución del presente contrato.

CLÁUSULA 22. SUSPENSIÓN

Las partes podrán de mutuo acuerdo o por circunstancias de fuerza mayor o caso fortuito suspender la ejecución del presente contrato, mediante la suscripción de un acta en donde conste tal evento. El término de suspensión no será computable para efecto del plazo de ejecución del contrato, ni dará derecho a exigir indemnización, sobrecostos o reajustes, ni a reclamar gastos diferentes a los pactados en el contrato. Dicha suspensión deberá estar motivada y aprobada por el supervisor del contrato y deberá indicar la fecha prevista para el reinicio de actividades.

CLÁUSULA 23. CLÁUSULAS EXCEPCIONALES

Son aplicables al presente contrato las cláusulas previstas en los artículos 14 al 18 de la Ley 80 de 1993.

CLÁUSULA 24. PACTO FRENTE A LOS DERECHOS DE LOS NIÑOS – PREVENCIÓN Y ERRADICACIÓN DEL TRABAJO INFANTIL Y PROTECCIÓN AL ADOLESCENTE TRABAJADOR.

Además de lo aquí dispuesto la EAS se compromete a no contratar ni vincular menores de edad para la ejecución del presente contrato, de conformidad con los pactos, convenios y convenciones internacionalmente ratificados por Colombia, según lo establece la Carta Política de 1991 y demás normas vigentes sobre la materia, en particular aquellas que consagran los derechos de los niños.

CLÁUSULA 25. CONTROL A LA EVASIÓN AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL Y PAGOS PARAFISCALES

En el evento en que no se hubieran realizado totalmente los aportes correspondientes, el ICBF deberá retener las sumas adeudadas al sistema en el momento de la liquidación y efectuará el giro directo de dichos recursos a los correspondientes sistemas con prioridad a los regímenes de salud y pensiones, lo anterior como medida frente a la evasión en el pago de los respectivos aportes. (Ley 789 de 2002 art. 50).

CLÁUSULA 26. TERMINACIÓN DEL CONTRATO.

El presente contrato terminará por las siguientes causas: 1. Por mutuo acuerdo entre las partes. 2. Por imposibilidad absoluta de desarrollar el objeto del contrato. 3. Por expiración del término inicial de duración del contrato o de sus prorrogas si las hubiere. 4. Caso fortuito o fuerza mayor debidamente comprobados. 5. Por las demás causales consagradas en la ley y en el presente contrato. 6. Por las demás causales consagradas en la ley y en el presente contrato

CLÁUSULA 27. LIQUIDACIÓN

El presente CONTRATO se liquidará dentro de los seis (6) meses siguientes a la expiración del término previsto para la ejecución de este o a la expedición del acto administrativo que ordene su terminación, de conformidad con lo establecido en el artículo 60 de la Ley 80 de 1993, modificado parcialmente por el artículo 32 de la Ley 1150 de 2007, y el artículo 217 del Decreto -Ley 019 de 2012 y lo previsto en el artículo 11 de la Ley 1150 de 2007. **PARÁGRAFO**: Si alguna de las partes no se presenta

para efecto de la liquidación del Contrato o las partes no llegan a ningún acuerdo, el ICBF tendrá la facultad de liquidarlo en forma unilateral, dentro de los dos (2) meses siguientes al término inicialmente pactado, si vencido el plazo anteriormente establecido no se ha realizado la liquidación, la misma podrá ser realizada de mutuo acuerdo o unilateralmente en cualquier tiempo dentro de los dos años siguientes al vencimiento de los términos aquí previstos, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 11 de la Ley 1150 de 2007.

CLÁUSULA 28. PERFECCIONAMIENTO Y EJECUCIÓN

El presente contrato se entiende perfeccionado con la firma de las partes y para la ejecución se requiere el registro presupuestal expedido por parte del ICBF, la aprobación de la garantía única por parte del Director Regional en calidad de ordenador del gasto, previa verificación por parte del Coordinador Jurídico y la suscripción del acta de inicio. El ICBF publicará el presente contrato en el SECOP II.

CLÁUSULA 29. LUGAR DE EJECUCIÓN Y DOMICILIO

El lugar de ejecución del contrato será en los **MUNICIPIOS DE CIMITARRA Y PUERTO PARRA (Santander)** y el domicilio contractual para todos los efectos derivados del presente contrato será en el MUNICIPIO BUCARAMANGA, (Santander)

CLÁUSULA 30. PUBLICACIÓN

En virtud de lo dispuesto en el artículo 223 del Decreto Ley 019 de 2012, en concordancia con el artículo 2.2.1.1.1.7.1 del Decreto 1082 de 2015 y el Manual de Contratación vigente, se procederá a la publicación del presente documento en el SECOP II que administra la Agencia Nacional de Contratación Pública – Colombia Compra Eficiente: www.colombiacompra.gov.co

CLÁUSULA 31. RENDIMIENTOS FINANCIEROS

En virtud del presente contrato y para lograr los cometidos señalados en el objeto de este, EL CONTRATISTA en el caso que se generen rendimientos financieros por parte de los recursos del ICBF y como quiera que se trata de recursos del Presupuesto General de la Nación, deberán ser reintegrados al mes siguiente de su causación, de acuerdo con la instrucción que para el efecto imparta la Dirección Financiera.

CLÁUSULA 32. DOCUMENTOS

Forman parte integral del presente contrato los siguientes documentos:
a) La Propuesta y aceptación del Contratista a la invitación realizada por la entidad.
b) Los Estudios previos.
c) Los documentos que acreditan la representación legal.
d) Compromiso de confidencialidad y no divulgación de la información.
e) Manual Operativo de la Modalidad y anexos técnicos.

NOTA. Las versiones de los documentos propios de las modalidades son susceptibles de actualización y será responsabilidad del contratista su actualización a la última versión aprobada por el ICBF.

CLÁUSULA 33. LEGISLACIÓN APLICABLE

Son aplicables al presente contrato las disposiciones contenidas en el artículo 209 de la Constitución Política, y las normas especiales de la contratación de aporte previstas en el numeral 9 del artículo 21 de la Ley 7ª de 1979, artículo 13 de la Ley 1098 de 2006, el artículo 122 del Decreto 2150 de 1995, el Decreto 1529 de 1996 y los artículos 2.4.3.2.1 y siguientes del Decreto 1084 de 2015.

CLÁUSULA 34. PROPIEDAD INTELECTUAL

Los documentos, material audiovisual, escrito o gráfico que surjan en desarrollo del presente contrato serán propiedad del ICBF, acorde a lo consagrado en el artículo 28 de la Ley 1450 de 2011 que establece la propiedad intelectual de obras en cumplimiento de un contrato de prestación de servicios.

NOTA: LOS LINEAMIENTOS ESPECIALES DE CADA CONTRATO, TALES COMO OBLIGACIONES ESPECÍFICAS, PLAZO DE EJECUCIÓN, VALOR DEL CONTRATO Y FORMA DE PAGO SE ENCUENTRAN EN LOS ESTUDIOS PREVIOS, Y EN EL ANEXO DE LAS CLAUSULAS CONTRACTUALES ESPECÍFICAS DEL CONTRATO DE APORTE, LOS CUALES FORMAN PARTE INTEGRAL DEL CONTRATO DE APORTE QUE SE APRUEBA EN SECOP II. LA AUTENTICACIÓN DEL SECOP II, ES DECIR LAS APROBACIONES REALIZADAS CON LOS USUARIOS ASIGNADOS CONSTITUYEN UNA FIRMA ELECTRÓNICA EN LOS TÉRMINOS DEL ARTÍCULO 7 DE LA LEY 527 DE 1999 Y LAS NORMAS QUE LA REGLAMENTAN.

PÚBLICA

ÁREA DE APROBACIÓN

La fase del proceso fue aprobada.

Flujos de aprobación 1

MOSTRAR DETALLES

1 Información general
2 Condiciones
3 Bienes y servicios
4 Documentos del Proveedor
5 Documentos del contrato
6 **Información presupuestal**
7 Ejecución del Contrato
8 Modificaciones del Contrato
9 Incumplimientos

Volver

Asignaciones para el seguimiento

Ordenador del Gasto	MARTHA LUCIA BALLESTE	**Tipo de documento**	Cédula de Ciudadanía	**Número**
Supervisor	SHIRLEY THOMAS ALVAR	**Tipo de documento**	Cédula de Ciudadanía	**Número**

Asignaciones Ordenador del pago

Ordenador del pago		**Tipo de documento**	**Número**

Agregar usuario

Histórico de asignaciones

Posición	Nombre	Fecha de seguimiento
Supervisor	SHIRLEY THOMAS ALVARADO	21/02/2025 11:46:04 AM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Q*
Ordenador del Gasto	MARTHA LUCIA BALLESTEROS GARCIA	21/02/2025 11:46:04 AM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Q*

Información presupuestal

Proyecto del Plan Marco para la Implementación del Acuerdo de Paz o asociado al Acuerdo de Paz ○ Sí ◉ No *

Gasto Posconflicto como aquel relacionado con el Plan Marco de Imple derivado de intervenciones en cumplimiento del Acuerdo.

Destinación del gasto Inversión

Fuente de los recursos:

Presupuesto General de la Nación - PGN	◉
Sistema General de Participaciones - SGP	○
Sistema General de Regalias - SGR	○
Recursos Propios (Alcaldías y Gobernaciones)	○
Recursos de Crédito	○
Otros Recursos (Especie, Privados, Cooperación, Propios Entidades Autónomas)	◉
Total	1.8

Validación Código BPIN

	Código BPIN	Año	Estado
☐	**202300000000429**	**2025**	**Validado**

Sistema de Presupuesto y Giro de Regalías (Recuerde que es necesario agregar al menos un CDP si es el caso)

Código CDP	Código BPIN	Tipo	Estado del CDP	Valor Total	Sal

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

Entidad Estatal registrada en el SIIF ◉ Sí ○ No

Código de autorización

Código unidad/subunidad ejecutora 46-02-00-068

CDP/Vigencias Futuras (Recuerde que es necesario agregar al menos un CDP o una AVF Extraordinaria si es el caso)

	Código	Tipo	Estado	Saldo	V
☐	**47725**	**CDP**	**No se ha iniciado**		**1.777.**

Saldo de CDP 0 COP

Saldo de vigencias futuras 0 COP

Saldo total a comprometer 0 COP

Última consulta a SIIF

Fecha de consulta SIIF -

Compromiso presupuestal de gastos

	Código compromiso	Tipo	Fecha compromiso	Estado compromiso	Valor compromiso AVF/CDP	Monto por consur
☐	**46425**	**Presupuestal (CDP)**	**-**	**No se ha iniciado**	**1.777.680.293 COP**	**1.777.680.293 C**

Saldo de compromisos CDP 1.777.680.293 COP

Saldo de compromisos AVF 0 COP

Saldo total comprometido 1.777.680.293 COP

Última consulta a SIIF

Fecha de consulta SIIF -

© VORTAL 2019 Términos de uso Normativa Soporte Remoto Ayuda Español (Colombia)

018000-52-0808 www.colombiacompra.gov.co/soporte Lunes a Viernes 7:00 a.m. a 7:00 p.m.

Sonia Isabel Moncada Franco

De: Shirley Thomas Alvarado
Enviado el: sábado, 22 de febrero de 2025 10:05 a. m.
Para: Sonia Isabel Moncada Franco
Asunto: RV: DESIGNACIÓN SUPERVISIÓN CONTRATO APORTE No.68002532025 - ASOCIACIÓN DE TRABAJADORES CAMPESINOS DEL CARARE
Datos adjuntos: 6. ESTUDIOS PREVIOS LITERAL CIMITARRA- PUERTO PARRA.pdf; 10. CDP 47725 PACCO 16051 - CZ YARIGUIES.pdf; VF POLIZA RCE 68002532025.pdf; CLAUSULADO CONTRACTUAL ZONA 1223 Y 1250.pdf; POLIZA CUMPLIMIENTO PTO PARRA.pdf; POLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PTO PARRA.pdf; RPC 46425 ASOCIACION TRABAJADORES CAMPESINOS DEL CARARE CTO 68002532025 - CZ YARIGUIES.pdf; VF POLIZA CUMPLIMIENTO 68002532025.pdf

BIENESTAR FAMILIAR

Shirley Thomas Alvarado
Profesional Especializado con Funciones de Coordinación
Centro Zonal Yariguies
ICBF Sede Regional Santander
Calle 57 # 27 -105, Barrio Galán
Teléfono: 607 6972100 Ext. 784000
www.icbf.gov.co

Clasificación de la información: **CLASIFICADA**

De: Lizeth Paola Rojas Cervantes <Lizeth.Rojas@icbf.gov.co>
Enviado el: sábado, 22 de febrero de 2025 10:03 a. m.
Para: Shirley Thomas Alvarado <Shirley.Thomas@icbf.gov.co>
CC: Martha Lucia Ballesteros Garcia <Martha.Ballesteros@icbf.gov.co>; Profilia Sierra Maldonado <Profilia.Sierra@icbf.gov.co>; Daidys Gonzalez Iturriago <daidys.gonzalez@icbf.gov.co>; RadContrataSantander <RadContrataSantander@icbf.gov.co>
Asunto: DESIGNACIÓN SUPERVISIÓN CONTRATO APORTE No.68002532025 - ASOCIACIÓN DE TRABAJADORES CAMPESINOS DEL CARARE

Respetada

Dra. SHIRLEY THOMAS ALVARADO
Coordinadora Centro Zonal Yariguies,

Cordial saludo,

Con el presente y de manera atenta me permito informarle que por virtud de las orientaciones de la Directora Regional (E) Dra. **MARTHA LUCÍA BALLESTEROS GARCÍA**, usted ha sido designado como SUPERVISORA del **CONTRATO DE APORTE No.2532025** suscrito entre el **ICBF REGIONAL SANTANDER y ASOCIACIÓN DE TRABAJADORES CAMPESINOS DEL CARARE.**

Por lo anterior, remito para su conocimiento y fines pertinentes el presente comunicado con los soportes correspondientes a la legalización así:

- CDP
- RP
- ESTUDIOS PREVIOS
- CLAUSULAS CONTRACTUALES
- POLIZAS CUMPLIMIENTO Y RCE
- VERIFICACION DE PÓLIZAS

Adicionalmente, me permito informarle que debe revisar el cumplimiento de requisitos de perfeccionamiento y ejecución para dar inicio al contrato en la plataforma transaccional SECOP II, así como cargar desde su PERFIL como supervisor, en el ÍTEM 07 - EJECUCIÓN- el soporte de RPC, VERIFICACIÓN DE PÓLIZAS. Adjuntos al presente correo electrónico y elaborar, suscribir y cargar el ACTA DE INICIO correspondiente.

NOTA: El presente correo electrónico debe ser cargado de su parte en el ITEM 07 - EJECUCIÓN - atendiendo a que corresponde al acto de Designación de que trata la ley 80 de 1993 y el Manual de Contratación Vigente del ICBF.

Cordialmente,

Lizeth Paola Rojas Cervantes
Contratista
Grupo Jurídico
ICBF Sede Regional Santander
Calle 1N # 16D – 86, Barrio La Juventud
Teléfono: 606 6972100 Ext. 780064
www.icbf.gov.co

Clasificación de la información: **CLASIFICADA**

NOTA DE CONFIDENCIALIDAD: Este mensaje y sus anexos pueden contener información reservada del INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR – ICBF que interesa solamente a su destinatario. Si Usted no es el destinatario, debe borrarlo totalmente de su sistema, notificar al remitente y abstenerse en todo caso de divulgarlo, reproducirlo o utilizarlo. Se advierte igualmente que las opciones contenidas en este mensaje o sus anexos no necesariamente corresponden al criterio institucional del INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR – ICBF. Si Usted es el destinatario, le solicitamos tener absoluta reserva sobre el contenido, los datos e información de contacto del remitente o a quienes le enviamos copia y en general la información del mensaje o sus anexos, a no ser que exista una autorización explícita a su nombre. Sitio web: www.icbf.gov.co

NOTA DE CONFIDENCIALIDAD: Este mensaje y sus anexos pueden contener informacion reservada del INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR – ICBF que interesa solamente a su destinatario. Si Usted no es el destinatario, debe borrarlo totalmente de su sistema, notificar al remitente y abstenerse en todo caso de divulgarlo, reproducirlo o utilizarlo. Se advierte igualmente que las opciones contenidas en este mensaje o sus anexos no necesariamente corresponden al criterio institucional del INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR – ICBF. Si Usted es el destinatario, le solicitamos tener absoluta reserva sobre el contenido, los datos e información de contacto del remitente o a quienes le enviamos copia y en general la información del mensaje o sus anexos, a no ser que exista una autorización explícita a su nombre. Sitio web: www.icbf.gov.co

CONFIDENTIALITY NOTICE: This message and any attachments may contain confidential information from INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR - ICBF of interest only to the recipient. If you are not the recipient, you must completely erase it from your system and notify the sender in any case refrain from disclosing it reproduce or use. It also warns that the options contained in this message or its attachments do not necessarily correspond to the institutional approach of INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR - ICBF. If you are the recipient, we request you to have absolute secrecy about the content, data and contact information of the sender or to whom we sent back and general information message or its attachments, unless there is an explicit authorization to its name. Web site: www.icbf.gov.co

Instituto Colombiano de Bienestar Familiar
Cecilia de la Fuente de Lleras
Regional Santander

AUTORIZACIÓN PARA ABONO DIRECTO EN CUENTA DE AHORROS

N°	**00130232000200009227**

ero del contrato cualquiera sea el tipo de contratación)

NOMBRE O RAZON SOCIAL DEL CONTRATISTA Y TITULAR DE LA CUENTA	**ASOCIACION DE TRABAJADORES CAMPESINOS DEL CARARE**		
NIT Ó CEDULA DE CIUDADANÍA	NIT Nº 800019737-5	CEDULA Nº	**91.446.857**
DIRECCIÓN	**CR 12 D 8 32 BRR PRADOS DEL OCCIDENT**	CIUDAD	**CIMITARRA**
TELÉFONO	**3125789618**	FAX	

DESCRIPCIÓN CUENTA BANCARIA

NOMBRE DE LA ENTIDAD BANCARIA	Señale con X	TIPO DE CUENTA Marque con una X		NUMERO DE CUENTA
		AHORROS	CORRIENTE	
BANCO BBVA		X		**00130232000200009227**

POR MEDIO DEL PRESENTE DOCUMENTO AUTORIZO AL ICBF PARA QUE A PARTIR DE LA FECHA LOS VALORES A MI (NUESTRO) FAVOR Y EN DESARROLLO DE DE FECHA ME SEAN CONSIGNADOS A LA CUENTA BANCARIA CUYO NúMERO Y ENTIDAD FINANCIERA HE DESCRITO EN ESTE FORMULARIO.

NOMBRE DE QUIEN FIRMA EL CONTRATO	**LUIS FERNANDO SERNA RENTERIA**
FIRMA DEL CONTRATISTA	

HUELLA INDICE DERECHO

FECHA	**17 DE FEBRERO DE 2025**

IMPORTANTE:

*Este formato debe ser diligenciado y firmado simultáneamente con la firma del primer contrato que se suscriba.

*** Anexar Certificación de la entidad bancaria donde conste que el contratista es titular de la cuenta aquí relacionada.**

BBVA

BBVA COLOMBIA
NIT 860.003.020-1

CERTIFICA

Que **ASOCIACION DE TRABAJADORES CAMPESINOS DEL CARARE** identificado(a) con **número 800.019.737** se encuentra vinculado(a) a nuestra entidad a través de la **Cuenta De Ahorros Empresarial No 00130232000200009227** aperturada el **17 de febrero de 2025**, cuenta **activa** y que a la fecha ha presentado un manejo conforme a lo establecido contractualmente.

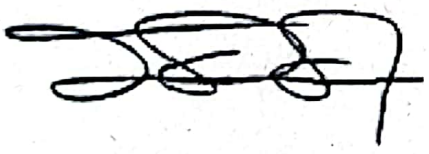
El número de cuenta podrá ser utilizada en nuestros canales como se indica a continuación:

9 dígitos: **232009227**
10 dígitos: **0232009227**
16 dígitos: **0232000200009227**

Recuerde que para pago en nómina a través de Net Cash, el formato a utilizar es de 16 dígitos.

Esta certificación se expide a solicitud del titular el día **17** de **febrero** de **2025** a las **16:20**, con destino a **Quien Interese.**

FIRMA AUTOGRAFICA



FIRMA AUTORIZADA
BBVACOLOMBIA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

BBVA COLOMBIA ESTABLECIMIENTO BANCARIO

Powered by CamScanner

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141162358845

(415)7707212489984(8020) 000014116235884 5

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
8 0 0 0 0 1 9 7 3 7	5	Impuestos y Aduanas de Bucaramanga 4	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	
Persona jurídica 1			

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres

35. Razón social
ASOCIACION DE TRABAJADORES CAMPESINOS DEL CARARE

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Santander 6 8	Cimitarra 1 9 0

41. Dirección principal
CR 12 D 8 32 BRR PRADOS DEL OCCIDENTE

42. Correo electrónico atcccontabilidad2024@hotmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 1 3 2 4 3 6 9 6 1	3 1 8 6 1 4 8 5 7 1

CLASIFICACIÓN

Actividad económica						Ocupación	
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código 1	2	51. Código	52. Número establecimientos
9 4 9 9	2 0 0 0 0 1 0 1	7 7 3 0	2 0 1 6 0 6 0 1	0 1 6 1	4 1 1 1		1

Responsabilidades, Calidades y Atributos

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código	5	7	1	4	1	6	4	8	5	2	5	5														

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar
07- Retención en la fuente a título de rent
14- Informante de exogena
16- Obligación facturar por ingresos bienes
48 - Impuesto sobre las ventas - IVA
52 - Facturador electrónico
55 - Informante de Beneficiarios Finales

Usuarios aduaneros										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54. Código										
	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores					
55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
		57. Modo			
		58. CPC			

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre SERNA RENTERIA LUIS FERNANDO

985. Cargo Representante legal Certificado

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141162358845

(415)7707212489984(8020) **000014116235884 5**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
8 0 0 0 1 9 7 3 7	5	Impuestos y Aduanas de Bucaramanga 4	

Características y formas de las organizaciones

62. Naturaleza	2	63. Formas asociativas		64. Entidades o institutos de derecho público de orden nacional, departamental, municipal y descentralizados	
65. Fondos		66. Cooperativas		67. Sociedades y organismos extranjeros	
68. Sin personería jurídica		69. Otras organizaciones no clasificadas	2 9	70. Beneficio	2

Constitución, Registro y Última Reforma

Documento	1. Constitución	2. Reforma
71. Clase	0 4	0 4
72. Número	0	1 0 7
73. Fecha	1 9 9 7 0 8 1 2	2 0 0 1 1 0 7 0 1
74. Número de notaría		
75. Entidad de registro	0 3	0 3
76. Fecha de registro	2 0 0 0 0 9 1 1	2 0 0 1 1 1 1 2 1
77. No. Matrícula mercantil	S 0 5 0 0 6 7 7	S 0 5 0 0 6 7 7
78. Departamento	6 8	6 8
79. Ciudad/Municipio	2	2

Vigencia

80. Desde	1 9 9 7 0 8 1 2
81. Hasta	3 0 0 0 1 2 3 1

Composición del Capital

82. Nacional	1 0 0 %
83. Nacional público	0 . 0 %
84. Nacional privado	1 0 0 . 0 %
85. Extranjero	0 %
86. Extranjero público	0 . 0 %
87. Extranjero privado	0 . 0 %

Entidad de vigilancia y control

88. Entidad de vigilancia y control: Gobernación 9

Estado y Beneficio

Item	89. Estado actual	90. Fecha cambio de estado	91. Número de Identificación Tributaria (NIT)	92. DV
1		Año Mes Día		-
2		Año Mes Día		-
3		Año Mes Día		-
4		Año Mes Día		-
5		Año Mes Día		-

Vinculación económica

93. Vinculación económica	94. Nombre del grupo económico y/o empresarial	95. Número de Identificación Tributaria (NIT) de la Matriz o Controlante	96. DV.

97. Nombre o razón social de la matriz o controlante

170. Número de identificación tributaria otorgado en el exterior	171. País	172. Número de identificación tributaria sociedad o natural del exterior con EP	

173. Nombre o razón social de la sociedad o natural del exterior con EP

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Representación

001

Página 3 de 7 **Hoja 3**

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 141162358845

(415)7707212489984(8020) **000014116235884 5**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
8 0 0 0 1 9 7 3 7	5	Impuestos y Aduanas de Bucaramanga	4

Representación

1

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación		
REPRS LEGAL PRIN 1 8	2 0 2 2 0 1 0 1		
100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional
Cédula de Ciudadaní 1 3	9 1 4 4 6 8 5 7		
104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres
SERNA	RENTERIA	LUIS	FERNANDO
108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal	

2

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación		
100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional
104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres
108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal	

3

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación		
100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional
104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres
108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal	

4

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación		
100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional
104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres
108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal	

5

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación		
100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional
104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres
108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal	

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Socios y/o Miembros de Juntas Directivas, Consorcios, Uniones Temporales

001

Página 4 de 7 **Hoja 4**

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141162358845

(415)7707212489984(8020) **000014116235884 5**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
8 0 0 0 1 9 7 3 7	5	Impuestos y Aduanas de Bucaramanga	4

Socios y/o Miembros de Juntas Directivas, Consorcios, Uniones Temporales

	111. Tipo de documento	112. Número de identificación	113. DV	114. Nacionalidad	115. Primer apellido	116. Segundo apellido	117. Primer nombre	118. Otros nombres	119. Razón social	120. Valor capital del socio	121. % Participación	122. Fecha de ingreso	123. Fecha de retiro
1	Cédula de Ciudada 1 3	3 5 6 0 0 0 2 7		COLOMBIA 1 6 9	SERNA	RENTERIA	ISABEL	CRISTINA				2 0 1 6 0 1 2 7	
2	Cédula de Ciudada 1 3	1 0 9 9 5 5 0 2 5 3		COLOMBIA 1 6 9	RENTERIA	AGUILAR	JUAN	DAVID				2 0 1 2 0 2 1 4	2 0 1 6 0 1 2 7
3	Cédula de Ciudada 1 3	6 3 5 3 4 5 8 4		COLOMBIA 1 6 9	NAVARRO		LILIANA					2 0 1 6 0 1 2 7	
4	Cédula de Ciudadan 1 3	1 3 9 5 4 9 3 2		COLOMBIA 1 6 9	HERNANDEZ	HERNANDEZ	MAURICIO					2 0 1 6 0 1 2 7	
5	Cédula de Ciudadan 1 3	6 3 2 5 2 8 2 4		COLOMBIA 1 6 9	BEJARANO		CLAUDIA	DEL PILAR				2 0 1 6 0 1 2 7	

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Socios y/o Miembros de Juntas Directivas, Consorcios, Uniones Temporales

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141162358845

(415)7707212489984(8020) **000014116235884 5**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
8 0 0 0 1 9 7 3 7	5	Impuestos y Aduanas de Bucaramanga	4

Socios y/o Miembros de Juntas Directivas, Consorcios, Uniones Temporales

1

111. Tipo de documento	112. Número de identificación	113. DV	114. Nacionalidad
Cédula de Ciudada 1 3	9 1 1 3 1 2 6 4		COLOMBIA 1 6 9

115. Primer apellido	116. Segundo apellido	117. Primer nombre	118. Otros nombres
PINTO	SABOGAL	ELVER	

119. Razón social

120. Valor capital del socio	121. % Participación	122. Fecha de ingreso	123. Fecha de retiro
		2 0 1 6 0 1 2 7	

2

111. Tipo de documento	112. Número de identificación	113. DV	114. Nacionalidad
Cédula de Ciudada 1 3	9 1 1 3 0 7 2 0		COLOMBIA 1 6 9

115. Primer apellido	116. Segundo apellido	117. Primer nombre	118. Otros nombres
SALAZAR	SALAZAR	LIBARDO	ANTONIO

119. Razón social

120. Valor capital del socio	121. % Participación	122. Fecha de ingreso	123. Fecha de retiro
		2 0 1 6 0 1 2 7	

3

111. Tipo de documento	112. Número de identificación	113. DV	114. Nacionalidad

115. Primer apellido	116. Segundo apellido	117. Primer nombre	118. Otros nombres

119. Razón social

120. Valor capital del socio	121. % Participación	122. Fecha de ingreso	123. Fecha de retiro

4

111. Tipo de documento	112. Número de identificación	113. DV	114. Nacionalidad

115. Primer apellido	116. Segundo apellido	117. Primer nombre	118. Otros nombres

119. Razón social

120. Valor capital del socio	121. % Participación	122. Fecha de ingreso	123. Fecha de retiro

5

111. Tipo de documento	112. Número de identificación	113. DV	114. Nacionalidad

115. Primer apellido	116. Segundo apellido	117. Primer nombre	118. Otros nombres

119. Razón social

120. Valor capital del socio	121. % Participación	122. Fecha de ingreso	123. Fecha de retiro

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Revisor Fiscal y Contador

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 141162358845

(415)7707212489984(8020) **000014116235884 5**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
8 0 0 0 0 1 9 7 3 7		Impuestos y Aduanas de Bucaramanga	4

Revisor Fiscal y Contador

Revisor fiscal principal

124. Tipo de documento	125. Número de identificación	126. DV	127. Número de tarjeta profesional

128. Primer apellido	129. Segundo apellido	130. Primer nombre	131. Otros nombres

132. Número de Identificación Tributaria (NIT)	133. DV	134. Sociedad o firma designada

135. Fecha de nombramiento

Revisor fiscal suplente

136. Tipo de documento	137. Número de identificación	138. DV	139. Número de tarjeta profesional

140. Primer apellido	141. Segundo apellido	142. Primer nombre	143. Otros nombres

144. Número de Identificación Tributaria (NIT)	145. DV	146. Sociedad o firma designada

147. Fecha de nombramiento

Contador

148. Tipo de documento	149. Número de identificación	150. DV	151. Número de tarjeta profesional
Cédula de Ciudadanía 1 3	1 0 5 4 9 1 6 4		8 4 8 2 9 T

152. Primer apellido	153. Segundo apellido	154. Primer nombre	155. Otros nombres
MERA	DUQUE	ENRIQUE	HOBED

156. Número de Identificación Tributaria (NIT)	157. DV	158. Sociedad o firma designada

159. Fecha de nombramiento
2 0 1 6 0 7 2 5

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Establecimientos

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 141162358845

(415)7707212489984(8020) **000014116235884 5**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
		Impuestos y Aduanas de Bucaramanga 4	

Establecimientos, agencias, sucursales, oficinas, sedes o negocios entre otros

1

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica	
Oficina 0 8	Actividades de otras asociaciones n.c.p. 9 4 9 9	

162. Nombre del establecimiento: OFICINA ATCC

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio	
Santander 6 8	Cimitarra 1 9 0	

165. Dirección: CL 6 5 20

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil	
S 0 5 0 0 6 7 7	2 0 0 1 1 1 2 1	
168. Teléfono: 3 1 8 6 1 4 8 5 7 1	169. Fecha de cierre	

2

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica	

162. Nombre del establecimiento

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio	

165. Dirección

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil	
168. Teléfono	169. Fecha de cierre	

3

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica	

162. Nombre del establecimiento:

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio	

165. Dirección

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil	
168. Teléfono	169. Fecha de cierre	

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO