ACTA DE INICIO

TIPO DE CONTRATO	CONTRATO No.	FECHA
SERVICIOS PROFESIONALES	304	10 DE JULIO DE 2025
Objeto:	**SERVICIOS PROFESIONALES DE NUTRICIONISTA COMO APOYO A LA SUPERVISION TECNICA AL CONVENIO No. 015 DE JUNIO 05 DE 2025, CUYO OBJETO ES: DESARROLLAR EL PROGRAMA DE ALIMENTACION ESCOLAR PAE PARA LOS ESTUDIANTES DE LAS INSTITUCIONES EDUCATIVAS OFICIALES DE LA ZONA URBANA DEL MUNICIPIO DE TAURAMENA, CASANARE.**	

CONTRATANTE	MUNICIPIO DE TAURAMENA
CONTRATISTA	DIANA CATERINNE ARCOS ESCOBAR
NIT	1018422024-4
OBJETO	SERVICIOS PROFESIONALES DE NUTRICIONISTA COMO APOYO A LA SUPERVISION TECNICA AL CONVENIO No. 015 DE JUNIO 05 DE 2025, CUYO OBJETO ES: DESARROLLAR EL PROGRAMA DE ALIMENTACION ESCOLAR PAE PARA LOS ESTUDIANTES DE LAS INSTITUCIONES EDUCATIVAS OFICIALES DE LA ZONA URBANA DEL MUNICIPIO DE TAURAMENA, CASANARE.
VALOR DEL CONTRATO	13061013
VALOR DEL ANTICIPO (%)	0
PLAZO	4 MESES Y 8 DIAS
INTERVENTORIA	N.A
SUPERVISION TECNICA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA	WILLIAM HERNAN ABRIL VALCARCEL
APOYO A LA SUPERVISION	N.A
FECHA PRESENTE ACTA	JULIO 19 DE 2025
FECHA DE TERMINACION:	26 DE NOVIEMBRE DE 2025

En Tauramena, nos reunimos DIANA CATERINNE ARCOS ESCOBAR, contratista y WILLIAM HERNAN ABRIL VALCARCEL, Secretario de Desarrollo Social, supervisor técnico o supervisor administrativo y financiero, con el fin de suscribir la presente acta de ejecución contractual , atendiendo a las siguientes consideraciones:

1. El Contratista conoce y acepta todas y cada una de las cláusulas establecidas en el Contrato de la referencia.
2. Que el Contratista debe ceñirse a las especificaciones técnicas generales inherentes al proyecto a desarrollar y a las particulares cuando se considere pertinente por razones netamente técnicas y de beneficio para el Proyecto.
3. Se verificó que el contratista se encuentra afiliado al sistema de seguridad social en salud, pensión y riesgos laborales, según soporte aportado por el contratista.

INGRESO MENSUAL	INGRESO BASE COTIZACIÓN 40%	APORTES SALUD 12,5%		APORTES PENSIÓN 16%		RIESGOS LABORALES		PLANILLA No.	PERIODO	FECHA DE PAGO
		VALOR	EPS	VALOR	FONDO	VALOR	ARP			

4. Se verificó el cumplimiento de los requisitos de ejecución del contrato según el numeral 15 del contrato.
5. Se anexa afiliación a la eps sanitas, certificacion de afiliacion colpensiones y certificado de la afiliación a Positiva

Para constancia se firma la presente acta por los que en ella intervinieron.

Por el Municipio

WILLIAM HERNAN ABRIL VALCARCEL
Supervisor

Contratista

DIANA CATERINNE ARCOS ESCOBAR
Contratista

E.P.S. Sanitas

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL POS DE EPS SANITAS

La **EPS SANITAS** en desarrollo de su programa especial para la garantía y prestación del Plan Obligatorio de Salud denominado EPS **SANITAS.**

CERTIFICA

Que Diana Caterinne Arcos Escobar, identificado(a) con CC número 1018422024, está registrado(a) en el POS DE EPS SANITAS con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 1018422024
NOMBRES Y APELLIDOS	Diana Caterinne Arcos Escobar
TIPO DE AFILIADO	Titular
PARENTESCO	Titular
FECHA DE NACIMIENTO	06/01/1989
ESTADO DE LA AFILIACIÓN	0 Tiene Derecho A Cobertura Integral
CAUSA ESTADO DE AFILIACIÓN	10 - Cobertura Integral
FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS	01/04/2017
FECHA DE RETIRO LABORAL / EPS SANITAS	Activo(a)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SANITAS	192 semanas
SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
SEMANAS COTIZADAS EN ÚLTIMO AÑO	51 semanas
RÉGIMEN	Contributivo
FECHA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN	01/04/2017
NIVEL SISBEN	No aplica
EMPLEADOR(ES)*	

N.I.T. 830053360 ARDIKO A&S LTDA Desde 15/01/2025 - Vigente CEDULA DE CIUDADANIA 1018422024 DIANA CATERINNE ARCOS ESCOBAR Desde 01/02/2024 Hasta 31/01/2025N.I.T. 24227103 EDELMIRA SIERRA GUTIERREZ Desde 16/03/2024 Hasta 06/01/2025

Generado por interfaces 17/03/2025

ESTE DOCUMENTO "NO ES VÁLIDO" PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, NI PARA TRASLADOS.

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

Colpensiones

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **DIANA CATERINNE ARCOS ESCOBAR** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1018422024,** se encuentra afiliado/a desde **01/10/2012** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 20 de junio de 2025.

Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

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

Hacienda

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el Ramo de Riesgos Laborales se evidenció que, **NIDIA CATERINE ARCOS ESCOBAR** identificado con **C** No. **1018422024**, registra la siguiente información.

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
MUNICIPIO DE TAURAMENA - NIT. 800012873	**Fecha de inicio de cobertura:** 19/07/2025 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Fecha de inicio de Contrato:** 21/07/2025 **Fecha fin de Contrato:** 23/11/2025 **Tipo Vinculación:** TRABAJADOR INDEPENDIENTE **Clase de Riesgo:** 1

Recuerde que una vez cumplida la fecha fin de contrato, el sistema aplica de forma automática la novedad de retiro, por lo anterior, en caso de tener un nuevo contrato o prorroga deberá realizar la correspondiente novedad para continuar con la cobertura.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá. a los 21 días del mes de julio de 2025.

Cordialmente,

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

FORMATO DE ESCOGENCIA ARL

(Favor diligenciar en letra legible)

NOMBRE COMPLETO: Diana Catherine Arcos Escobar.

No. CEDULA: 1.018.422.024 EXPEDIDA EN: Bogotá D.C.

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO: DIA 06 MES 01 AÑO 1989

MUNICIPIO Chia DEPARTAMENTO: Cundinamarca

DIRECCION Y MUNICIPIO DE RESIDENCIA: TV 23 #37-87 Torre 9A Apto 503 Yopal Casanare

TELEFONO: 3204466013 E-MAIL: dcarcose@gmail.com

Contrato Nuevo X Prorroga ____ Plazo 4 Meses 8 Dias ____

No. DE CONTRATO: 0304 FECHA DE INICIO: 15/07/25 FECHA FINAL: 13/11/25

MODALIDAD DE CONTRATACION: DIRECTA X MINIMA CUANTIA ____

VALOR DEL CONTRATO: $13'061.013 VALOR MENSUAL: $ 3'265.253.25

EPS ACTUAL: Sanitas AFP ACTUAL: Colpensiones

Manifiesto que, de conformidad con lo establecido en el Artículo 4to del Decreto 723 de 2013, deseo: Afiliarme: X Trasladarme: ____

ADMINISTRADORA RIESGOS LABORALES: Positiva A PARTIR DE: ____

NIVEL DE RIESGO: 1.

ACTIVIDAD A EJECUTAR: Servicios profesionales de Nutricionista.

CARGO - PROFESION: Nutricionista.

Manifiesto bajo la gravedad de juramento que actualmente me encuentro afiliado al sistema General de seguridad social en Salud y Pensiones.

FIRMA: [signature]

FECHA: 10-07-2025 CIUDAD: Tauramena Casanare.

Nota: Cumplo con los requisitos de perfeccionamiento (pago de estampillas y aprobaciòn de garantìas cuando haya lugar).

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.018.422.024**

ARCOS ESCOBAR

APELLIDOS

DIANA CATERINNE

NOMBRES

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO **06-ENE-1989**

CHIA
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.58	**O+**	**F**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

24-ENE-2007 BOGOTA D.C
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-4688000-00306930-F-1018422024-20110609 **0027**175828A 1 36543317