DOCUMENTO SOPORTE A LA NOTA DE CONTABILIDAD AUTORIZADA POR EL ARTICULO 4º DEL DECRETO REGLAMENTARIO 380/96 DE LA LEY 223/95 SOBRE COMPRAS A PERSONAS QUE PERTENECEN AL RÉGIMEN SIMPLIFICADO

Fecha y Ciudad: Yopal, 28 de Enero de 2026 CUENTA DE COBRO No. 001

Yo, JEYMY VANESSA BUITRAGO LIZARAZO, identificado con la cédula de ciudadanía: 1.052.405.862 de DUITAMA.

Manifiesto que la empresa:	LICEOS DEL EJERCITO
NIT:	800.130.640-3
Me adeuda la suma de:	$ 2.061.500,00
Valor en letras:	DOS MILLONES SESENTA Y UN MIL QUINIENTOS PESOS MONEDA CORRIENTE.
Por concepto de:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES EN LA ENSEÑANZA Y FORMACIÓN DE ESTUDIANTES DE LOS LICEOS DEL EJERCITO EN EL ÁREA DE BÁSICA PRIMARIA, SEGÚN CONTRATO No. **063- CELIC-2026.**

Declaro voluntariamente y bajo la gravedad de juramento que pertenezco al Régimen Simplificado, por lo tanto, de acuerdo con el Art.42 del Decreto 3541 de 1983 y Art.511 del Estatuto Tributario, no estoy obligado a expedir factura de venta.

Nombres y apellidos:	**JEYMY VANESSA BUITRAGO LIZARAZO**
Identificación:	1.052.405.862 de DUITAMA
Lugar de residencia:	Yopal, Casanare
Dirección:	Transversal 18 N° 6-31
Teléfonos:	322 312 2585



FIRMA

Powered by CamScanner

Anexo "M"
Informe de gestión

INFORME DE GESTIÓN No. 001 para enero de 2026

Yopal Casanare, 28 de Enero de 2026

1. No. DEL CONTRATO	063-CELIC-2026
2. FECHA SUSCRIPCIÓN CONTRATO	10 de Enero de 2026
3. PÓLIZA DE SEGUROS (CUANDO APLIQUE)	No. De póliza: 21-44-101489237 Aseguradora: SEGUROS DEL ESTADO S.A. Fecha oficio aprobación: 16 de enero de 2026 Aprobado por Teniente Coronel VICTOR HUGO QUINTERO MARULANDA Subdirector de los Liceos del Ejercito
4. CRP	No. CDP 1026 - CRP: 7526 Fecha expedición: 06 de enero de 2026 – 14 de enero de 2026 Unidad/Sub-unidad ejecutora: 15-01-03-044 Dependencia: LICEOS DEL EJÉRCITO Posición catálogo de gasto: A -02-02-02-009-002 SERVICIOS DE EDUCACION Fuente: Nación Recurso: 16 Valor: $ 43.291.500,00
5. FECHA INICIO EJECUCIÓN CONTRACTUAL	16 de enero de 2026
6. CONTRATISTA	Nombre completo: JEYMY VANESSA BUITRAGO LIZARAZO Identificación: Nacionalidad: Colombiana Dirección – ciudad de residencia: Teléfono de contacto: E-mail de contacto:
7. SUPERVISOR	Nombre completo: OD18 MARY LUZ NIÑO ESPEJO Cargo: Rectora Liceo Gustavo Matamoros León Resolución de nombramiento: N°003 de fecha 08 de enero de 2026
8. OBJETO CONTRACTUAL	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES EN LA ENSEÑANZA Y FORMACIÓN DE ESTUDIANTES DE LOS LICEOS DEL EJERCITO EN EL ÁREA DE BÁSICA PRIMARIA.
9. OBLIGACIONES CONTRACTUALES	El contratista se obliga a ejecutar el objeto del contrato y en consecuencia deberá cumplir con las obligaciones que se describen a continuación: OBLIGACIONES ESPECIFICAS: CONTRATISTA: 1. Diseñar y preparar oportunamente las sesiones de clase conforme a la malla curricular institucional del área, incorporando estrategias didácticas innovadoras y pertinentes a los niveles y necesidades de aprendizaje de los estudiantes, a través de la plataforma institucional. 2. Elaborar Guías de Aprendizaje y Lecciones Virtuales según los formatos y orientaciones institucionales, garantizando el cumplimiento de los derechos de autor y la coherencia con los desempeños definidos para el área. 3. Diseñar y aplicar talleres, proyectos, instrumentos y actividades

Powered by CamScanner

	derivados de la preparación de clase, orientados al logro de los aprendizajes esperados y apoyados en recursos didácticos pertinentes y herramientas digitales institucionales 4. Desarrollar e implementar la totalidad de las sesiones de clase programadas, aplicando estrategias pedagógicas y evaluativas coherentes con los niveles de desempeño esperados, promoviendo los valores institucionales y la formación integral del estudiante, en correspondencia con la identidad liceísta y el Proyecto Educativo Institucional. 5. Diseñar, aplicar y entregar evaluaciones periódicas y bimestrales con base en los desempeños establecidos en la malla curricular, utilizando el enfoque de Diseño Centrado en Evidencias (DCE) y documentando los resultados en los formatos y medios institucionales. 6. Diseñar, estructurar e implementar los Planes Individuales de Ajustes razonables (PIAR) conforme a las directrices institucionales, favoreciendo la inclusión, la participación y el aprendizaje de los estudiantes con necesidades específicas. 7. Evaluar y reportar el progreso académico de los estudiantes de acuerdo con los indicadores de logro establecidos, registrando oportunamente las valoraciones en el Sistema Institucional de Evaluación (SIE) y demás reportes requeridos. 8. Formular y ejecutar planes de mejora del área con base en los resultados de las evaluaciones internas y externas, articulando sus acciones con las metas del Plan Estratégico de los Liceos del Ejército Nación. 9. Participar activamente en reuniones académicas, comités de evaluación y promoción, así como en actividades institucionales convocadas por la institución, aportando información, propuestas y entregables relacionados con su área de conocimiento. 10. Mantener comunicación efectiva y documentada con los padres de familia y la comunidad educativa, informando sobre el progreso, dificultades y necesidades de acompañamiento de los estudiantes. 11. Cumplir y promover el cumplimiento del Manual de Convivencia, el Sistema Institucional de Evaluación y los demás lineamientos académicos y administrativos establecidos por la institución. 12. Mantenerse actualizado profesionalmente mediante la participación en procesos de formación y capacitación en su área de conocimiento, en metodologías pedagógicas, tendencias educativas y tecnologías aplicadas a la enseñanza. 13. Apoyar el acompañamiento y bienestar estudiantil, al igual que, colaborar en actividades académicas y formativas del liceo y promover el trabajo en equipo y la mejora continua de los aprendizajes. 14. Cumplir con los lineamientos institucionales de seguridad, confidencialidad e identidad liceísta, manteniendo una conducta ejemplar y un trato respetuoso y colaborativo con todos los integrantes de la comunidad educativa OBLIGACIONES GENERALES: 1. Observar durante el tiempo de ejecución del contrato, buena disposición y actitud favorable hacia el trabajo, respeto hacia sus compañeros y miembros del Ejército Nacional, al igual que la aplicación permanente de principios y valores propios de la institución militar. 2. Dar estricto cumplimiento durante todas sus actuaciones, al marco normativo correspondiente a la integridad, trasparencia y lucha contra la corrupción. 3. Guardar y mantener la debida reserva y confiabilidad frente a los temas y asuntos tratados y conocidos dentro del desarrollo y ejecución del presente contrato, reserva que se hará extensiva a los derechos de autor que de los mismos se derive. 4. Aplicar medidas pasivas de seguridad con la documentación según clasificación con el fin de evitar la fuga de información de acuerdo con la normatividad vigente. 5. De conformidad con el artículo 3 del Decreto 2609 de 2012, el contratista será responsable por la gestión documental de las actividades realizadas durante la ejecución del Contrato, presentando en el cronograma de actividades y en su informe de forma mensual el barrido de los documentos en físico y el término del almacenamiento

Powered by CamScanner

del Orfeo hasta el archivo de los documentos.

6. El contratista debe custodiar y a la terminación del presente contrato devolver los insumos, suministros, herramientas, dotación, implementación, inventarios y/o materiales que sean puestos a su disposición para la prestación del servicio objeto de este contrato.
7. Entregar al final de la prestación del servicio, backup de la información producto ejecución del contrato.
8. El contratista autoriza al MDN – EJÉRCITO NACIONAL a realizar los estudios de seguridad, comprobación de lealtad, realización de los exámenes de poligrafía y pruebas sicométricas antes y durante la contratación.
9. Las demás obligaciones establecidas en el estudio previo, documento que el contratista declara conocer, y que hace parte del presente contrato.
10. Las demás obligaciones que se deriven del objeto del contrato.

PARÁGRAFO PRIMERO: Independencia del Contratista. El Contratista es independiente del Ministerio de Defensa – Ejército Nacional, y en consecuencia, el Contratista no es su representante, agente o mandatario. El Contratista no tiene la facultad de hacer declaraciones, representaciones o compromisos en nombre del Ministerio de Defensa – Ejército Nacional, ni de tomar decisiones o iniciar acciones que generen obligaciones a su cargo.

10. DOCUMENTOS QUE SOPORTAN EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES

Obligación No. 1: Diseñar y preparar oportunamente las sesiones de clase conforme a la malla curricular institucional del área, incorporando estrategias didácticas innovadoras y pertinentes a los niveles y necesidades de aprendizaje de los estudiantes, a través de la plataforma institucional.

No	TIPO DE DOCUMENTO	No. DE RADICADO	ASUNTO
1	Ajuste malla curricular	N/A	Se ajustaron los desempeños de la malla curricular de las áreas de grado primero.
2	Formato Word (Drive)	N/A	Se planificaron las clases y contenidos conforme a las mallas curriculares de grado primero.
3	Estrategias didácticas	N/A	Se elaboraron presentaciones para apoyar la explicación de los temas a los estudiantes de grado primero.

Obligación No. 2: Elaborar Guías de Aprendizaje y Lecciones Virtuales según los formatos y orientaciones institucionales, garantizando el cumplimiento de los derechos de autor y la coherencia con los desempeños definidos para el área.

No	TIPO DE DOCUMENTO	No. DE RADICADO	ASUNTO
1	Guías de aprendizaje	N/A	Elaborar materiales didácticos y guías de aprendizaje para apoyar el desarrollo de las clases de grado primero, basado en los la malla curricular y respetando los derechos de autor, al usar material disponible en la web.

Obligación No. 3: Diseñar y aplicar talleres, proyectos, instrumentos y actividades derivados de la preparación de clase, orientados al logro de los aprendizajes esperados y apoyados en recursos didácticos pertinentes y herramientas digitales institucionales

No	TIPO DE DOCUMENTO	No. DE RADICADO	ASUNTO
1	Pruebas diagnósticas Recursos didácticos Talleres	N/A	Diseñar recursos didácticos para el diagnóstico, desarrollo y ejecución en las clases de grado 1°

Obligación No. 4: Desarrollar e implementar la totalidad de las sesiones de clase programadas, aplicando estrategias pedagógicas y evaluativas coherentes con los niveles de desempeño esperados, promoviendo los valores institucionales y la formación integral del estudiante, en

Powered by CamScanner

correspondencia con la identidad liceísta y el Proyecto Educativo Institucional.

No	TIPO DE DOCUMENTO	No. DE RADICADO	ASUNTO
1	Talleres y guías	N/A	Se realizan ejercicios prácticos como talleres y guías de repaso.
2	Planeación	N/A	Se elaboran por semana y se realiza refinamiento, este permite potencializar las diferentes actividades a realizar en grado 1°

Obligación No. 5: Diseñar, aplicar y entregar evaluaciones periódicas y bimestrales con base en los desempeños establecidos en la malla curricular, utilizando el enfoque de Diseño Centrado en Evidencias (DCE) y documentando los resultados en los formatos y medios institucionales.

No	TIPO DE DOCUMENTO	No. DE RADICADO	ASUNTO
1	Diseño y aplicación de actividades	N/A	Se crean actividades que permiten en las sesiones de clase ser evaluadas teniendo en cuenta el tipo de aprendizaje permitiendo evidencias una mejora continua en grado 1°.
2	Valoración en planilla SIE	N/A	Se realiza calificación de los planes de mejora y evaluaciones presentadas por los estudiantes que presenten bajo desempeño en las áreas de 1°

Obligación No. 6: Diseñar, estructurar e implementar los Planes Individuales de Ajustes razonables (PIAR) conforme a las directrices institucionales, favoreciendo la inclusión, la participación y el aprendizaje de los estudiantes con necesidades específicas.

No	TIPO DE DOCUMENTO	No. DE RADICADO	ASUNTO
1	Elaboración de DUA	N/a	Se elaboran los planes individuales de ajustes razonables para los estudiantes que lo necesitan en las diferentes áreas de 1°
2	Elaboración de PIAR	N/A	Se elabora PIAR para los estuantes que lo requieran, cumpliendo con la normativa para grado 1°

Obligación No. 7: Evaluar y reportar el progreso académico de los estudiantes de acuerdo con los indicadores de logro establecidos, registrando oportunamente las valoraciones en el Sistema Institucional de Evaluación (SIE) y demás reportes requeridos.

No	TIPO DE DOCUMENTO	No. DE RADICADO	ASUNTO
1	Evaluación	N/A	Evaluación, seguimiento y registro del progreso académico de los estudiantes de grado primero conforme a los indicadores de logro establecidos

Obligación No. 8: Formular y ejecutar planes de mejora del área con base en los resultados de las evaluaciones internas y externas, articulando sus acciones con las metas del Plan Estratégico de los Liceos del Ejército Nación.

No	TIPO DE DOCUMENTO	No. DE RADICADO	ASUNTO
1	Estrategias de mejora	N/A	Elabora estrategias de mejora basados en las dificultades de los estudiantes en las diferentes áreas de grado 2°
2	Taller de	N/A	Realizar y aplicar talleres de

Powered by CamScanner

	refuerzos		refuerzo para los estudiantes que tengan falencias, para favorecer su aprendizaje.

Obligación No. 9: Participar activamente en reuniones académicas, comités de evaluación y promoción, así como en actividades institucionales convocadas por la institución, aportando información, propuestas y entregables relacionados con su área de conocimiento.

No	TIPO DE DOCUMENTO	No. DE RADICADO	ASUNTO
1	Reunión de áreas	N/A	Participación en reuniones y jornadas institucionales del equipo de EFQM.
2	Jornadas pedagógicas	N/A	Asistencia y participación activa en encuentros pedagógicos programados por los Liceos.
3	Asistencias a reuniones	N/A	Acompañamiento a reuniones semanales para el fortalecimiento de los procesos formativos de los estudiantes.

Obligación No. 10: Mantener comunicación efectiva y documentada con los padres de familia y la comunidad educativa, informando sobre el progreso, dificultades y necesidades de acompañamiento de los estudiantes.

No	TIPO DE DOCUMENTO	No. DE RADICADO	ASUNTO
1	Correo electrónico	N/A	Comunicar a los padres de familia oportunamente, lo requerido desde cada área de grado 1°
2	Observado del alumno	N/A	Realizar las debidas observaciones requeridas de acuerdo a lo contemplado desde el manual de convivencia o las conductas del estudiante.
3	Citaciones a padres	N/A	Realizar las citaciones requeridas por los docentes para generar compromisos y comunicar lo relacionado con estudiantes.

Obligación No. 11: Cumplir y promover el cumplimiento del Manual de Convivencia, el sistema Institucional de Evaluación y los demás lineamientos académicos y administrativos establecidos por la institución.

No	TIPO DE DOCUMENTO	No. DE RADICADO	ASUNTO
1	Agenda, manual de convivencia, planilla de asistencia	N/A	Realizar el registro de asistencia de los estudiantes durante las clases de grado primero. Promover el uso adecuado del uniforme escolar y el cuidado de la presentación personal en los estudiantes de grado primero. Cumplir con puntualidad las actividades y compromisos establecidos dentro del Liceo.

Obligación No. 12: Mantenerse actualizado profesionalmente mediante la participación en procesos de formación y capacitación en su área de conocimiento, en metodologías pedagógicas, tendencias educativas y tecnologías aplicadas a la enseñanza.

No	TIPO DE DOCUMENTO	No. DE RADICADO	ASUNTO
1	Cursos	N/A	Participar en cursos y diplomados que contribuyan al fortalecimiento y mejora de mi práctica pedagógica.

Obligación No. 13: Apoyar el acompañamiento y bienestar estudiantil, al igual

Powered by CamScanner

que, colaborar en actividades académicas y formativas del liceo y promover el trabajo en equipo y la mejora continua de los aprendizajes.

No	TIPO DE DOCUMENTO	No. DE RADICADO	ASUNTO
1	Catedra Forin, eventos públicos del Liceo de acuerdo al cronograma institucional	N/A	Promover y respaldar el cumplimiento del Manual de Convivencia, acompañar las actividades institucionales orientadas al fortalecimiento de los procesos educativos del Liceo, e implementar estrategias pedagógicas que favorezcan la sana convivencia escolar y el desarrollo de la agenda de valores.

Obligación No. 14: Cumplir con los lineamientos institucionales de seguridad, confidencialidad e identidad liceísta, manteniendo una conducta ejemplar y un trato respetuoso y colaborativo con todos los integrantes de la comunidad educativa

No	TIPO DE DOCUMENTO	No. DE RADICADO	ASUNTO
1	Símbolos patrios Manual de convivencia	N/A	Apoyar y promover el cumplimiento del manual de convivencia . Fomentar un clima de respeto entre los miembros de la comunidad educativa y promover en los estudiantes el sentido de pertenencia mediante la participación activa y responsable en la entonación de los himnos patrios y del Liceo.

11. CONSTANCIAS

Dejo constancia que, durante el plazo de ejecución del contrato, no se han configurado los presupuestos legales del contrato laboral y que he gozado de plena autonomía para ejecutar las obligaciones contractuales relacionadas en el contrato.

Así mismo, tanto el/la suscrito/a y el Ministerio de Defensa – Ejército Nacional – Unidad Ejecutora ha dado cumplimiento a las obligaciones legales y contractuales registradas en el contrato.

Para constancia se firma en Yopal, a los 28 días de enero de 2026

JEYMY VANESSA BUITRAGO LIZARAZO
Contratista

Powered by CamScanner

Ciudad y Fecha, Yopal Casanare, 28 de enero de 2026

Empresa
LICEOS DEL EJÉRCITO

Ref.: Certificación Decreto 1070 de 2013, Clasificación de Personas Naturales

CERTIFICACIÓN BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO

Yo JEYMY VANESSA BUITRAGO LIZARAZO identificado (a) con cédula de ciudadanía No. 1.052.405.862 expedida en Duitama para efectos de dar cumplimiento con el artículo 1 del Decreto 1070 del 28 de mayo de 2013, certifico bajo la gravedad de juramento, lo siguiente:

1. Mis ingresos en el año gravable inmediatamente anterior provienen de la prestación de servicios de manera personal o del desarrollo de una actividad económica por cuenta y riesgo del empleador o contratante, **mediante una vinculación laboral o legal y reglamentaria**, en una proporción igual o superior a un ochenta por ciento (80%) del total de los ingresos percibidos por dicho período fiscal: **SI (X) NO ( )**

2. Mis ingresos en el año inmediatamente anterior provienen de la prestación de servicios personales mediante el ejercicio de profesiones liberales o de la prestación de servicios técnicos que no requieran la utilización de materiales o insumos especializados, o de maquinaria o equipo especializado, en una proporción igual o superior a un ochenta por ciento (80%) del total de los ingresos percibidos por dicho período fiscal: **SI (X) NO ( )**

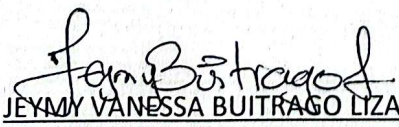
3. Estoy obligado (a) a presentar declaración de renta por el año gravable inmediatamente anterior: **SI ( ) NO (X)**

4. Los ingresos totales en el año gravable inmediatamente anterior superar los cuatro mil setenta y tres (4.073) UVT: **SI ( ) NO (X)**

5. En el año gravable inmediatamente anterior no desarrolle una de las actividades señaladas en el artículo 340 del Estatuto Tributario o que sí la desarrolle no generó más del veinte por ciento (20%) de mis ingresos totales: **SI ( ) NO (X)**

6. Durante el año gravable inmediatamente anterior no preste servicios técnicos que requieran de materiales o insumos especializados, o maquinaria o equipo especializado, cuyo costo representa más del veinticinco por ciento (25%) del total de los ingresos percibidos por concepto de tales servicios técnicos: **SI ( ) NO (X)**

Cordialmente,



JEYMY VANESSA BUITRAGO LIZARAZO
CC. 1.052.405.862 de Duitama

Powered by CamScanner

COOSALUD EPS
En Pos de tu bienestar

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

FECHA DE RADICACIÓN: DÍA 24 MES 11 AÑO 2026.

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

A. AFILIACIÓN

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

8. APELLIDOS Y NOMBRES — PRIMER APELLIDO: Buitrago — SEGUNDO APELLIDO: Lizarazo — PRIMER NOMBRE: Yeimy — SEGUNDO NOMBRE: Vanessa
9. TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD: C.N. [ ] M.S. [ ] R.C. [ ] T.I. [ ] C.C. [X] C.E. [ ] S.C. [ ] C.D. [ ] A.S. [ ] P.T. [ ]
10. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1052405862
11. SEXO BIOLÓGICO: F [X] M [ ]
12. SEXO IDENTIFICACIÓN: F [X] M [ ] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual?
13. NACIONALIDAD: [redacted]
14. LUGAR DE NACIMIENTO: PAÍS: Colombia — DEPARTAMENTO: Boyacá — MUNICIPIO: Duitama
15. FECHA NACIMIENTO: DÍA 16 MES 11 AÑO 1995.

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

16. ETNIA
17. COMUNIDAD INDÍGENA
18. DISCAPACIDAD: SI [ ] NO [ ] — CATEGORÍA DE DISCAPACIDAD
19. TIENE ENCUESTA SISBÉN: SI [ ] NO [ ]
20. CLASIFICACIÓN SISBÉN — NIVEL — GRUPO
21. GRUPO POBLACIÓN ESPECIAL
22. ARL: Bolívar
23. AFP: Colpensiones
24. IBC: 1.750.905.
25. TARIFA CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA
26. RESIDENCIA
DIRECCIÓN: Cra 18 #6-31
TELÉFONO FIJO
TELÉFONO CELULAR: 3223122585
CORREO ELECTRÓNICO: jeimy.salo@gmail.com
DEPARTAMENTO: Casanare
MUNICIPIO/ DISTRITO: Yopal
LOCALIDAD/COMUNA: San Martín
ZONA: CABECERA MUNICIPAL [X] CENTRO POBLADO [ ] RURAL DISPERSO [ ] RESTO RURAL [ ]
IPS

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: T.I. [ ] C.C. [ ] C.E. [ ] S.C. [ ] C.D. [ ] P.T. [ ]
29. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD
30. SEXO BIOLÓGICO: F [ ] M [ ]
31. SEXO IDENTIFICACIÓN: F [ ] M [ ] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual?
32. NACIONALIDAD
33. LUGAR DE NACIMIENTO: PAÍS — DEPARTAMENTO — MUNICIPIO
34. FECHA NACIMIENTO: DÍA — MES — AÑO

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

	35. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS DE LOS BENEFICIARIOS	36. TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	37. NÚMERO DE IDENTIDAD	38. NACIONALIDAD	39. SEXO F	39. SEXO M	40. SEXO IDENTIFICACIÓN F	M	T	NB	Otro?	41. LUGAR DE NACIMIENTO: PAÍS	DEPART.	MUNICIPIO	42. FECHA DE NACIMIENTO: DÍA	MES	AÑO
B1		CN MS RC TI CC CE SC PA CD AS PT															
B2		CN MS RC TI CC CE SC PA CD AS PT															
B3		CN MS RC TI CC CE SC PA CD AS PT															
B4		CN MS RC TI CC CE SC PA CD AS PT															
B5		CN MS RC TI CC CE SC PA CD AS PT															

	Datos complementarios del Beneficiario: 43. PARENTESCO	44. ETNIA	45. COMUNIDAD	46. GRUPO DE POBLACIÓN ESPECIAL	47. TIENE SISBÉN: SI	NO	48. CLASIFICACIÓN SISBÉN: NIVEL	GRUPO	49. DISCAPACIDAD: SI	NO	PATERNIDAD DE DISCAPACITADO	50. DISCAPACIDAD PERMANENTE: SI	NO	51. Datos de residencia: DEPARTAMENTO	MUNICIPIO/ DISTRITO	ZONA: CABECERA MUNICIPAL	CENTRO POBLADO	RURAL DISPERSO	RESTO RURAL
B1							I. [ ] II. [ ]												
B2							I. [ ] II. [ ]												
B3							I. [ ] II. [ ]												
B4							I. [ ] II. [ ]												
B5							I. [ ] II. [ ]												

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

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

55. Nombre o razón social: Yeimy Buitrago
56. Tipo documento de identificación: N.I. [ ] T.I. [ ] C.C. [X] C.E. [ ] S.C. [ ] P.A. [ ] C.D. [ ] P.T. [ ]
57. Número del documento de identificación: 1052405862
58. Ubicación — DIRECCIÓN: 3223122585 — TELÉFONO FIJO O CELULAR: Jeimy — CORREO ELECTRÓNICO: Casanare — DEPARTAMENTO: Yopal — MUNICIPIO/DISTRITO
58. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)

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 [X]
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
TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: T.I. [ ] C.C. [ ] C.E. [ ] S.C. [ ] C.D. [ ] P.T. [ ]
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD
62. SEXO BIOLÓGICO: F [ ] M [ ]
63. SEXO IDENTIFICACIÓN: F [ ] M [ ] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual?
64. FECHA NACIMIENTO: DÍA — MES — AÑO
65. EPS ANTERIOR
66. FECHA DE NOVEDAD: DÍA 15 MES 04 AÑO 2026
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 Coosalud 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: T.I. [ ] C.C. [ ] C.E. [ ] S.C. [ ] C.D. [ ] P.T. [ ]
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD

IX. FIRMAS

80. El cotizante, cabeza de familia, beneficiario cuando aplique o afiliado adicional: Yeimy Buitrago
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 [X] CE [ ] SC [ ] PA [ ] CD [ ] AS [ ] PT [ ]
Cantidad: Total 1
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 declaro el divorcio, sentencia judicial que declaro 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 [ ]

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: C.C. [ ] C.E. [ ] S.C. [ ] C.D. [ ] P.T. [ ]
Número del documento de identidad
95. FIRMA DEL FUNCIONARIO
96. FECHA DE RADICACIÓN: DÍA — MES — AÑO
97. FECHA DE VALIDACIÓN: DÍA — MES — AÑO

OBSERVACIONES: Novedad - Cambio de Contributivo.

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.

Coosalud EPS Yopal Casa
24-01-2026
2:22 PM

Powered by CamScanner

CARTA DE DERECHOS Y DEBERES
Y CARTA DE DESEMPEÑO

...ue mensajes de texto.

...Jeymy Vanessa Buitrago identificado (a) con | R.C. | T.I. | X C.C. | C.E. | S.C. | C.D. | P.E. | P.T. |
número 1052422585 de Duitama, certifico que:

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

Así mismo autorizo a COOSALUD EPS para que envíe información al teléfono celular No. 3223122585
y/o correo electrónico: jeymy.salo3@gmail.com
SI☒ No☐
Autorizo la entrega de la carta de Derechos y Deberes del Afiliado y carta de Desempeño, en formato electrónico. SI☒ No☐
Consulte la carta de derechos y deberes y la carta de desempeño en el micrositio Web https://coosalud.com/sites/default/files/carta-derechos-deberes.pdf
Evitando Impresiones para ser amigable con el planeta SI☒ NO☐

Declaración juramentada de convivencia: Declarar que convivo con el(la) señor(a) _____ Identificado(a) con _____
No. _____ desde el día _____ del año _____

Cordialmente,
Firma: Jeymy Buitrago
Tipo ID: CC No. ID: 1.052422585
Fecha de Solicitud: 27/01/2026
Dirección: Tv. 18 # 6-31
Tel: 3223122585 Municipio: Yopal
Departamento: Casanare
Huella

Afiliado manifiesta que no sabe o no puede firmar, autoriza a:
Firma: _____
Tipo ID: _____ No. ID: _____
Fecha (dd/mm/aaaa): _____
Dirección: _____
Tel: _____ Municipio: _____
Departamento: _____
Huella

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

Autorizaciones

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

Aviso de privacidad

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

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

Revocar la autorización y/o solicitar la supresión del dato cuando en el tratamiento no se respeten los principios, derechos y garantías constitucionales y legales. La revocatoria y/o supresión procederá cuando la Superintendencia de Industria y Comercio haya determinado que en el tratamiento el responsable o encargado han incurrido en conductas contrarias a esta ley y a la constitución.

En cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 y las demás normas que los modifiquen, adicionen o complementen, le informamos que usted puede conocer la política de tratamiento de los datos personales de COOSALUD EPS S.A., a través de los siguientes mecanismos que ponemos a su disposición:
Llámanos marcando gratis desde tu celular: #922 o desde un teléfono fijo: 018000 515611
Correo: defensorusuario@coosalud.com - web: www.coosalud.com

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

Consentimiento de donación de órganos

La Ley 1805 de agosto de 2016 en su artículo 4° establece: **"ARTÍCULO 4°. Manifestación de oposición a la presunción legal de donación.** Toda persona puede oponerse a la presunción legal de donación expresando su voluntad de no ser donante de órganos y tejidos, mediante un documento escrito que deberá autenticarse ante Notario Público y radicarse ante el Instituto Nacional de Salud (INS). También podrá oponerse al momento de la afiliación a la Empresa Promotora de Salud (EPS), la cual estará obligada a informar al Instituto Nacional de Salud (INS)."

La donación es un acto voluntario por el cual una persona en vida o su familia después de la muerte autorizan la extracción de órganos y tejidos para trasplante, con el fin de ayudar a otras personas. La donación es desinteresada y altruista, ya que por ella no existe remuneración o retribución para el donante o su familia. Por cada donante de órganos y tejidos se pueden beneficiar más de 55 personas. El trasplante de órganos es un tratamiento médico por medio del cual órganos, tejidos y células enfermas son reemplazados por las de un donante. Estos procedimientos ofrecen excelentes resultados en la calidad de vida de las personas, además de prolongarla. Es importante donar para salvar y mejorar la calidad de vida de otros colombianos que necesitan un trasplante de órganos y/o tejidos, y pueden acceder al tratamiento sin importar sexo, religión o condición económica. La donación es un acto de solidaridad de la sociedad que se devuelve a ella misma.

En virtud de lo anterior, lo invitamos a manifestar si acepta o se opone a ser donante de órganos, tejidos, componentes anatómicos y líquidos orgánicos, marcando a continuación la opción por usted elegida: Yo, Vanessa Buitrago identificado (a) con el número de identificación 1052422585 en pleno uso de mis facultades mentales, libre de coacción física o moral, manifiesto mi voluntad libre, previa e informada acerca de ser donante de órganos, tejidos, componentes anatómicos y líquidos orgánicos, decisión que será informada al Instituto Nacional de Salud (INS).

ACEPTO ☒ **Después de mi fallecimiento deseo donar:**
Todos los órganos y/o tejidos, componentes anatómicos y líquidos orgánicos útiles para fines de trasplantes u otros usos terapéuticos.

Solamente los siguientes órganos o tejidos:

○ Corazón	○ Pulmón
○ Páncreas	○ Piel
○ Hígado	○ Riñones
○ Intestino	○ Hueso
○ Medula ósea	○ Cornea

NO ACERTO ☐ Firma y huella:
(La huella será válida en caso de que éste no pueda firmar)

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

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

Nivel de Escolaridad: Ninguno ☐ Preescolar ☐ Básico Primaria ☐ Secundaria ☐ Media académica o clásica (bachillerato básico) ☐ Media técnica (bachillerato básico) ☐ Normalista ☐ Técnica Profesional ☐ Tecnológica ☐ Profesional ☐ Especialización ☐ Maestría ☐ Doctorado ☐ Último Grado ☐ Aprobado _____

Posición Ocupacional: Patrón/Empleador ☐ Contratista ☐ Trabaja por su Cuenta ☐
Inicio Contrato | Fin Contrato

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

SÓLO DILIGENCIAR SI ES COTIZANTE INDEPENDIENTE PAGO POR TERCERO	Nombre del Tercero	Tipo de Identificación: NIT ☐ P.A. ☐ C.C. ☐ T.I. ☐ C.E. ☐ C.D. ☐	Identificación del Tercero que realiza el Aporte	DV

INFORMACIÓN PARA SER DILIGENCIADA POR LA EPS

Nombre del ASESOR o PROMOTOR	CÓDIGO ASESOR o PROMOTOR	Nombre de OFICINA	CIUDAD Y FECHA
Mayra Cuello	1110373335	Yopal	27-01-2026 Yopal

Powered by CamScanner

Colpensiones

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **JEYMY VANESSA BUITRAGO LIZARAZO** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1052405862,** se encuentra afiliado/a desde **28/09/2021** 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 12 de enero de 2026.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

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

Powered by CamScanner

POSITIVA
COMPAÑÍA DE SEGUROS

CER_AFI_2026012549739

LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

CERTIFICA QUE:

JEYMY VANESSA BUITRAGO LIZARAZO identificado con CC. 1052405862 registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales:

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

Nombres y/o Razón	LICEOS DE EJERCITO
Tipo y Numero de Documento	NI - 800130640

INFORMACIÓN RELACIÓN LABORAL

Fecha de inicio de cobertura	2026/01/15	**Fecha inicio contrato**	2026/01/15
Tipo de vinculación	Independiente con Contrato	**Fecha de fin contrato**	2026/11/30
Riesgo	1	**Código actividad económica**	1851301 - Educacion basica primaria, incluye los grados 1, 2, 3, 4 y 5; la educacion especial para ninos y jovenes con discapacidad o
Estado afiliación	Activa		
Fecha retiro	2026/11/30	**Estado del contrato**	Activa

Esta certificación se expide a los 26 días del mes de enero del 2026.

Tenga en cuenta que, una vez finalice la fecha de terminación del contrato, el sistema aplicará automáticamente el retiro. Si tiene un nuevo contrato o prórroga, registre la novedad en www.positivaenlinea.gov.co para mantener la cobertura.

Para verificar la autenticidad de este certificado, escanea el código QR incluido o visita nuestra página web. Selecciona la opción "Validar certificados de afiliación" e ingresa el siguiente código: **CC26012026N1052405862A3874329.** Este código es válido por un mes.

Cordialmente,

Gerencia de afiliaciones y novedades ARL
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S. A.

Powered by CamScanner

Policía Nacional de Colombia

(Default.aspx)

Portal de Servicios al Ciudadano PSC

Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

Consulta Ciudadano

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 12/01/2026 02:52:36 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **1052405862** y Nombre: **JEYMY VANESSA BUITRAGO LIZARAZO.**

NO TIENE MEDIDAS CORRECTIVAS PENDIENTES POR CUMPLIR.

De conformidad con la Ley 1801 de 2016 "Por la cual se expide el Código Nacional de Seguridad y Convivencia Ciudadana". Registro interno de validación No. **132337562** . La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando https://www.policia.gov.co, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

Nueva Busqueda | Imprimir

Powered by CamScanner

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141116848494

(415)7707212489984(8020) 000014111684849 4

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 0 5 2 4 0 5 8 6 2	1	Impuestos y Aduanas de Sogamoso 2 6	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1 0 5 2 4 0 5 8 6 2

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Boyacá 1 5	Duitama 2 3 8

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
BUITRAGO	LIZARAZO	JEYMY	VANESSA

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Boyacá 1 5	Duitama 2 3 8

41. Dirección principal: CR 3 4 70

42. Correo electrónico: jeymy.salo03@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 2 2 3 1 2 2 5 8 5	

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código 1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 5 6 0	2 0 2 2 0 8 1 9					2 3 1 2	

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 4 9

49 - No responsable de IVA

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 BUITRAGO LIZARAZO JEYMY VANESSA

985. Cargo CONTRIBUYENTE

Fecha generación documento PDF: 12-01-2026 02:43:39PM

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Powered by CamScanner

Alcaldía Municipal de Yopal

REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA (RITY)

DATOS DEL CONTRIBUYENTE					
Nombre Contribuyente:	Jeymy Vanessa Buitrago Lizarazo				Placa 40577
Cédula de Ciudadanía	1052405862	DV:	1	Naturaleza Jurídica:	Persona Natural
Regimen:	Regimen Simplificado	Establecimientos:	0	Fecha Inicio Actividades:	21/10/2024
Matricula Mercantil:		No Aplica:	☐	Fecha Registro:	01/01/1900
Dirección:	CRA 46 #33A - 14			Telefono:	3108588207
Departamento:	CASANARE			Municipio	YOPAL
Estado:	ACTIVO			Fecha Cierre:	
Email :	jeymy.salo03@gmail.com			Nombre Comercial:	

Normatividad Aplicada	
Codigo	Norma

DATOS DEL REVISOR FISCAL O CONTADOR PUBLICO			
Nombre Representante:			
		Telefono:	
Dirección:		No. Tarjeta Profesional:	
Email :			

ACTIVIDADES ECONÓMICAS		
Código	Descripción de la actividad	Principal
317-(2021-En adelante)	Actividades de servicio no clasificadas.	True

BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO MANIFIESTO QUE LA INFORMACIÓN AQUI CONSIGNADA ES REAL Y ESTA DISPUESTA A VERIFICACIÓN DE LA SECRETARIA DE HACIENDA MUNICIPAL

CONTRIBUYENTE O REPRESENTANTE LEGAL	REVISOR FISCAL O CONTADOR PUBLICO
Nombre: Jeymy Vanessa Buitrago Lizarazo CC No. 1052405862	Nombre: CC No.

Su registro de informeción tributaria RITY ha sido tramitado con éxito mediante radicado No. 996979

Recuerde que debe presentar y pagar la declaración del impuesto de industria y comercio antes de la fecha de vencimiento, el diligenciamiento de las declaraciones se debe realizar por medio de la página web dispuesta por la administración: www.yopalcasanare.gov.co

Los contribuyentes de industria y comercio deberán informar a la Secretaría de Hacienda el cese de su actividad gravable. Mientras el cintribuyente no informe el cese de actividades, estará obligado a presentar las correspondientes declaraciones tributarias (Art. 294 acuerdo 032 de 2020)

Señor contribuyente recuerde que usted es responsable por los datos diligenciados en este formulario y se tomaran como cierto toda vez que esta información es personal y provada la cual sera utilizada por la administración en sus facultades de fiscalización e investigación que tiene a cargo la oficina de rentas de la secretaria de hacienda (Art. 345 acuerdo 032 de 2020)

ESTE TRAMITE NO TIENE COSTO ALGUNO

Fecha de Creación/Modificación: 11/11/2025 7:12:50 p. m.

Powered by CamScanner