

INSTITUCION EDUCATIVA JOSE CELESTINO MUTIS

APARTADO

Nit. 811023253-8

CALLE 108 N 108 82

Teléfono 8295242

Nombre o Entidad YOROVIS MARIA BARON HERNANDEZ	COMPROBANTE DE EGRESO No. 00000006
--	---

Municipio APARTADÓ	Día	Mes	Año
Cédula o NIT 50.571.442	19	3	2021
Dirección URB SEDEROS DEL VIENTO			
Teléfono 3172959447			

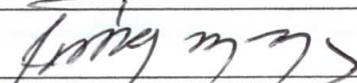
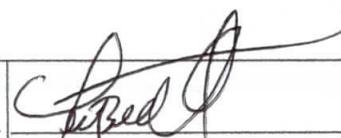
Concepto RESOLUCION 0049, PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION EN LA SECRETARIA DE LA INSTITUCION EDUCATIVA JOSE CELESTINO MUTIS

IMPUTACIÓN PRESUPUESTAL			IMPUTACIÓN CONTABLE			
Código	Nombre	Valor	Código	Nombre	Debe	Haber
211103	Remunera. servicios técnicos-ALCALDIA	918,800.00				
			111005	Cuenta corriente bancaria		863,800.00
			510106	Remuneración servicios técnicos Retenciones	918,800.00	55,000.00
VALOR \$		918,800.00	VALOR \$		918,800.00	918,800.00

DEDUCCIONES EFECTUADAS		
Código	Nombre	Valor
243605	Servicios	55,000.00
TOTAL DEDUCCIONES \$		55,000.00

IMPUTACIÓN BANCARIA	TOTAL A PAGAR
NOMBRE BANCO Cuenta GRATUIDAD	
CHEQUE N° TRANSFE	
VALOR CHEQUE \$ 863,800.00	\$ 863,800.00

VALOR EN LETRAS
Novecientos Diez Y Ocho Mil Ochocientos Pesos

 LUIS ENRIQUE MAZO MIRA 18.462.480 RECTOR	ELIZABETH BALLESTEROS BARRERA 39.410.203 TESORERA	 YOROVIS MARIA BARON HERNANDEZ Recibí Conforme
---	---	---

Referencia Bancaria

Jueves, 23 de Marzo de 2017

Señor(a)
A quien pueda interesar

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que YOROVIS MARIA BARON HERNANDEZ identificado(a) con CC 50571442, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Nombre Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA DE AHORROS	54925477322	2014/05/28	CXC PENDIENTES

*** Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia los siguientes números: Medellín - Local: (57-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (57-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (57-5) 361 88 88 - Cali - Local: (57-2) 554 05 05 - Resto del país: 01800 09 12345. Sucursales Telefónicas en el exterior: España (34) 900 995 717 - Estados Unidos (1) 1 866 379 97 14.

Carolina Giraldo Giraldo
Gerente Estrategia Canal Telefónico

le estamos poniendo el alma

Bancolombia



Institución Educativa **JOSÉ CELESTINO MUTIS**

"Avanzando en procesos educativos de calidad"

ORDENANZA 33 DE DICIEMBRE 30 DE 1968

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN NRO. 09

(Del 2 de marzo al 3 de abril de 2021)

CONTRATANTE: INSTITUCION EDUCATIVA JOSE CELESTINO MUTIS
NIT: 811.023.253-8

CONTRATISTA: YOROVIS MARIA BARON HERNANDEZ C.C
50.571.442
Dirección: URBANIZACION SENDEROS DEL VIENTO
Teléfono: 3172959447

OBJETO: PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN EN
LA SECRETARÍA DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA
JOSE CELESTINO MUTIS

VALOR: DOS MILLONES DOSCIENTOS NOVENTA Y SIETE
MIL PESOS (\$2.297.000,00). M/L

PLAZO: TREINTA Y TRES (33) DIAS

Entre los suscritos a saber, **LUIS ENRIQUE MAZO MIRA**, identificado con la cedula de ciudadanía número 18.462.480, expedida en Quimbaya obrando en su carácter de Rector de la **INSTITUCIÓN EDUCATIVA JOSE CELESTINO MUTIS** quien en adelante y para los efectos de este acto se denominará **LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA JOSE CELESTINO MUTIS**, autorizado para contratar por el Concejo Directivo de dicha Institución mediante acuerdo N° 0 1 y por la otra **YOROVIS MARIA BARON HERNANDEZ**, identificada con la cédula de ciudadanía 50.571.442 de Valencia actuando en su propio nombre, quien en lo sucesivo y para efectos del presente contrato se denominará **EL CONTRATISTA**, hemos convenido celebrar el presente contrato de **PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN**. De conformidad con lo dispuesto en el Decreto N°1075 de 2015, "Contratación de servicios técnicos y profesionales prestados para una gestión específica y temporal en desarrollo de actividades diferentes a las educativas, cuando no sean atendidas por personal planta"; podrá contratar directamente con la persona natural o jurídica que esté en capacidad de ejecutar el objeto del contrato y que haya demostrado la idoneidad y experiencia relacionada y teniendo en cuenta que la Administración Municipal no ha finalizado el proceso licitatorio para la contratación del personal de apoyo en la secretarías de las instituciones educativas oficiales. En consecuencia no se cuenta con el recurso humano necesario que apoye las actividades prioritarias para la debida atención a la población estudiantil y comunidad educativa que requiere de información complementaria de la Institución, además del apoyo del registro en los sistemas de información y archivos



Institución Educativa **JOSÉ CELESTINO MUTIS**

"Avanzando en procesos educativos de calidad"

ORDENANZA 33 DE DICIEMBRE 30 DE 1968

físicos de la institución educativa oficial, de toda la información acumulada desde el inicio del calendario escolar, con el fin de evitar el caos en la gestión administrativa. La Institución Educativa cuenta con disponibilidad presupuestal N°09 para asumir la contratación de los servicios de apoyo a la gestión que se requiere, el cual se consigna en las siguientes cláusulas: **PRIMERA: OBJETO: PRESTAR SERVICIO DE APOYO EN LA SECRETARÍA DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA JOSE CELESTINO MUTIS DEL MUNICIPIO DE APARTADÓ. SEGUNDA: OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA:** En desarrollo del objeto del contrato, el **CONTRATISTA** se obliga a: **OBLIGACIONES GENERALES:** **1).** Programar con plena autonomía técnica y administrativa las actividades que debe desarrollar para el cumplimiento del objeto del contrato. **2).** Abstenerse de divulgar la información que pueda llegar a conocer con ocasión de la ejecución de este contrato, a personal no autorizado por la INSTITUCION EDUCATIVA y a terceros en general. **3)** Solicitar a la INSTITUCION EDUCATIVA la Información que considere necesaria para cumplir las finalidades trazadas en el objeto del contrato. **4)** Realizar las gestiones dentro de la oportunidad legal o en su defecto, en la señalada por la INSTITUCION. **5)** Afiliarse a un sistema de pensiones, salud y riesgos profesionales y presentar las copias de las autoliquidaciones pagas previamente a la cancelación de los servicios prestados. **6).** Acreditar la idoneidad necesaria para la ejecución del contrato, mediante la prestación de los documentos que demuestren los conocimientos, experiencia en la materia del objeto a contratar. **7)** Dar cumplimiento a los procesos establecidos en el Sistema de Gestión Integral de Calidad.**8).** Garantizar que el servicio objeto de este contrato sea de óptima calidad y que cumplen con todas las características y especificaciones consignada en la propuesta de trabajo. **OBLIGACIONES ESPECÍFICAS:** **1)** Apoyar en el manejo e implementación de la legislación educativa en lo relacionado con la recepción, revisión, validación y expedición de certificados y demás documentación específica para asegurar la validez y confiabilidad. **2).** Apoyar en la planeación y ejecución del proceso de matrículas con el fin de asegurar la aplicación correcta de los requisitos exigidos y generar información confiable para la ubicación de los estudiantes en los grupos respectivos, a través de la verificación del cumplimiento de la norma y la generación de datos. **3).** Apoyar la gestión ante las instancias competentes el registro de libros reglamentarios, certificados de estudio, diplomas y otros documentos de orden legal con el fin de dar cumplimiento a la normatividad vigente, a través de la presentación física de dicha documentación. **4).** Apoyar en el diligenciamiento y organización de los libros reglamentarios (matrículas, calificaciones, habilitaciones, refuerzos, validaciones, asistencia, admisiones, hojas de vida de los estudiantes, asignación académica, registro escolar de valoración, registro de diplomas, libros de actas de reuniones y demás certificados expedidos por la Institución) para efectos académicos y administrativos y de control de dicha documentación según la normatividad. **5).** Apoyar en agendar y elaborar las actas del Consejo Directivo de la Institución para registrar los asuntos tratados y evidenciar las decisiones tomadas, mediante el cumplimiento del calendario



Institución Educativa **JOSÉ CELESTINO MUTIS**

"Avanzando en procesos educativos de calidad"

ORDENANZA 33 DE DICIEMBRE 30 DE 1968

general de actividades del año respectivo. **6).** Apoyar en la elaboración y diligenciamiento los informes estadísticos, académicos y demás documentos requeridos por las instancias competentes, para dar a conocer los resultados de la gestión a la coordinación, a través de la recopilación de la información de cada Gerencia Desarrollo Corporativo. **7).** Apoyar en almacenar y actualizar las bases de datos y el archivo con la información de carácter académico (estudiantes, personal docente y administrativo, libros reglamentarios, certificaciones y actas) con el fin de conservar y contar con datos confiables de la Institución para consulta o respuesta a requerimientos, de acuerdo a la normatividad y las pautas técnicas establecidas para dicho proceso. **8).** Apoyar en la generación, recepción y archivo de lo relacionado con las comunicaciones académicas de la Coordinación, con el fin de mantener actualizado el archivo para el servicio del personal del Instituto y los usuarios de los diferentes programas, a través de técnicas archivísticas de fácil manejo. **9).** Apoyar en la orientación de información a los usuarios internos y externos sobre los servicios educativos de la Institución, con el fin de facilitar el acceso al servicio, mediante la atención oportuna y personalizada. **10).** Apoyar en el registro de los diferentes sistemas de información de la Institución; así como la verificación, clasificación y archivo de los documentos físicos correspondientes a toda la información producida y acumulada desde el inicio del calendario escolar hasta la fecha final del contrato. **TERCERA: OBLIGACIONES DE LA INSTITUCION EDUCATIVA JOSE CELESTINO MUTIS:** **1).** Cancelar al contratista el valor de los honorarios previstos en el contrato que se suscriba en la oportunidad y forma que se establezca. **2).** Exigir a través de la dependencia responsable la presentación de los informes y conceptos que se soliciten en desarrollo del objeto del contrato **3).** Efectuar las retenciones de Ley y de impuestos de acuerdo a las normas vigentes y a sus posteriores modificaciones. **CUARTA: VALOR Y FORMA DE PAGO:** El Valor total del presente contrato es por la suma de **DOS MILLONES DOSCIENTOS NOVENTA Y SIETE MIL PESOS (\$2.297.000,00)**. M/L, el cual la **Institución Educativa Oficial**, pagará al contratista en dos cuotas así: Primera cuota por valor de **NOVECIENTOS DIEZ Y OCHO MIL OCHOCIENTOS PESOS (\$918.800)** el día 19 de marzo de 2021 y una última cuota por valor de **UN MILLON TRESCIENTOS SETENTA Y OCHO MIL DOSCIENTOS PESOS (\$1.378.200,00)**, al finalizar el plazo de ejecución del contrato, previa presentación de la cuenta de cobro. Para todos los pagos debe presentar informe de actividades realizadas por el contratista, autoliquidaciones canceladas de salud y pensión y ARL, sobre el 40% de lo devengado y certificado de recibo a satisfacción del Rector (a) de la institución educativa oficial. **QUINTA: IMPUTACIÓN PRESUPUESTAL: LA INSTITUCION EDUCATIVA** atenderá el pago del valor del presente contrato según Certificado de Disponibilidad Presupuestal 09 de 2021, expedido por el área de presupuesto. 211103, rubro presupuestal (**Servicios profesionales y técnicos**). **SEXTA: DURACIÓN: EL CONTRATISTA** se obliga a desarrollar las actividades descritas en el presente contrato en un plazo de **TREINTA Y TRES (33) DÍAS**, contados a partir de la firma del CONTRATO. **SEPTIMA: SUPERVISION Y VIGILANCIA DEL**



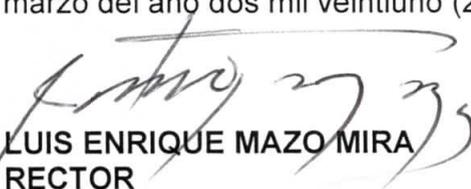
Institución Educativa **JOSÉ CELESTINO MUTIS**

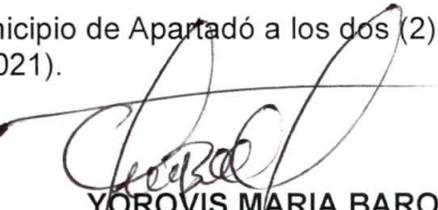
"Avanzando en procesos educativos de calidad"

ORDENANZA 33 DE DICIEMBRE 30 DE 1958

CONTRATO: La coordinación, supervisión y vigilancia de la ejecución del presente contrato y el cumplimiento de las obligaciones derivadas del mismo estarán a cargo del **RECTOR DE LA INSTITUCION**. El supervisor estará autorizado para impartir instrucciones y ordenes al contratista sobre asuntos de su responsabilidad. El contratista se obliga a suministrar la información que le sea solicitada y a cumplir las instrucciones que le imparta el supervisor. **OCTAVA: EXCLUSIÓN DE LA RELACION LABORAL:** Por cuanto el contratista presta el servicio objeto del contrato con plena autonomía técnica y administrativa, queda expresamente entendido que no habrá vínculo laboral entre la INSTITUCION EDUCATIVA OFICIAL y el CONTRATISTA por lo tanto en ningún momento se generan prestaciones sociales en beneficio de EL CONTRATISTA. **NOVENA: CADUCIDAD ADMINISTRATIVA:** la INSTITUCIÓN EDUCATIVA por medio de Resolución motivada, podrá declarar la caducidad administrativa de este contrato por hechos constitutivos, de incumplimiento de las obligaciones a cargo del contratista que afecte de manera grave y directa la ejecución del contrato, de conformidad por las causales previstas en el artículo 18 de la Ley 80 de 1993 y en el artículo 90 y 91 de la Ley 418 de 1997. **DECIMA: INCOMPATIBILIDADES E INHABILIDADES:** EL CONTRATISTA, para los efectos de éste contrato declara bajo la gravedad del juramento no estar incurso en ninguna de las inhabilidades e incompatibilidades legales previstas en el artículo 8º de la Ley 80 de 1993. **DÉCIMA PRIMERA: PERFECCIONAMIENTO:** El presente contrato se perfecciona con la suscripción de las partes. **DECIMA SEGUNDA: LIMITE DE LAS OBLIGACIONES DE LA INSTITUCION EDUCATIVA OFICIAL:** la Institución Educativa no estará obligado a asumir con recursos propios financiación alguna, derivada de los servicios prestados por el CONTRATISTA en desarrollo del presente contrato. **DECIMA TERCERA: DIRECCIONES:** a) **El Contratista:** Urbanización Senderos del Viento, Teléfono: 3172959447 b) **El Contratante:** Barrio Serranía calle 108 108 82, Apartadó - Antioquia, Teléfono: 8153075 **DECIMA CUARTA: GASTOS:** Todos los gastos de legalización de este contrato correrán por parte de EL CONTRATISTA.

Para constancia se firma en el Municipio de Apartadó a los dos (2) días del mes de marzo del año dos mil veintiuno (2021).


LUIS ENRIQUE MAZO MIRA
RECTOR
I. E. JOSE CELESTINO MUTIS
Municipio de Apartadó


YÓROVIS MARIA BARON HERNANDEZ
LA CONTRATISTA
C.C 43.147.527

CUENTA DE COBRO	FECHA DE COBRO:	DÍA	MES	AÑO	NUMERO
		19	03	2021	01

INSTITUCION EDUCATIVA JOSE CELESTINO MUTIS **NIT:811023253-8**

DIRECCIÓN: CALLE 108 108 82 BARRIO SERRANIA **TELÉFONO: 8153075**

DEBE A:

NOMBRE: **YOROVIS MARIA BARON HERNANDEZ**

INSCRITO EN EL RÉGIMEN SIMPLIFICADO DEL IVA

CEDULA O NIT: 50571442 **DV** 3 **EXPEDIDA EN:** Valencia

DIRECCIÓN RESIDENCIA: CRA 107 105 APAR 102 BARRIO SENDEROS DEL VIENTO **TELÉFONO:** 3172959447

CONCEPTO:

1) Apoyar en el manejo e implementación de la legislación educativa en lo relacionado con la recepción, revisión, validación y expedición de certificados y demás documentación específica para asegurar la validez y confiabilidad. 2). Apoyar en la planeación y ejecución del proceso de matrículas con el fin de asegurar la aplicación correcta de los requisitos exigidos y generar información confiable para la ubicación de los estudiantes en los grupos respectivos, a través de la verificación del cumplimiento de la norma y la generación de datos. 3). Apoyar la gestión ante las instancias competentes el registro de libros reglamentarios, certificados de estudio, diplomas y otros documentos de orden legal con el fin de dar cumplimiento a la normatividad vigente, a través de la presentación física de dicha documentación. 4). Apoyar cuando sea requerido por la institución educativa oficial refrendar con su firma conjuntamente con el Coordinador y (Rector o Director), los títulos académicos, los documentos, certificaciones expedidas y libros reglamentarios, con el fin de certificar la información para cualquier trámite académico, de acuerdo con la legislación vigente. 5). Apoyar en el diligenciamiento y organización de los libros reglamentarios (matrículas, calificaciones, habilitaciones, refuerzos, validaciones, asistencia, admisiones, hojas de vida de los estudiantes, asignación académica, registro escolar de valoración, registro de diplomas, libros de actas de reuniones y demás certificados expedidos por la Institución) para efectos académicos y administrativos y de control de dicha documentación según la normatividad. 6). Apoyar en agendar y elaborar las actas del Consejo Directivo de la Institución para registrar los asuntos tratados y evidenciar las decisiones tomadas, mediante el cumplimiento del calendario general de actividades del año respectivo. 7). Apoyar en la elaboración y diligenciamiento los informes estadísticos, académicos y demás documentos requeridos por las instancias competentes, para dar a conocer los resultados de la gestión a la coordinación, a través de la recopilación de la información de cada Gerencia Desarrollo Corporativo. 8). Apoyar en almacenar y actualizar las bases de datos y el archivo con la información de carácter académico (estudiantes, personal docente y administrativo, libros reglamentarios, certificaciones y actas) con el fin de conservar y contar con datos confiables de la Institución para consulta

o respuesta a requerimientos, de acuerdo a la normatividad y las pautas técnicas establecidas para dicho proceso. 9). Apoyar en la generación, recepción y archivo de lo relacionado con las comunicaciones académicas de la Coordinación, con el fin de mantener actualizado el archivo para el servicio del personal del Instituto y los usuarios de los diferentes programas, a través de técnicas archivísticas de fácil manejo. 10). Apoyar en la orientación de información a los usuarios internos y externos sobre los servicios educativos de la Institución, con el fin de facilitar el acceso al servicio, mediante la atención oportuna y personalizada. 11). Apoyar en el registro de los diferentes sistemas de información de la Institución; así como la verificación, clasificación y archivo de los documentos físicos correspondientes a toda la información producida y acumulada desde el inicio del calendario escolar hasta la fecha final del contrato. según contrato N° 009 en el periodo comprendido entre el 02/MARZO/2021 al 19/MARZO/2021

VALOR:

\$ 918.800

VALOR EN LETRAS:

NOVECIENTOS DIECIOCHO MIL PESOS.

FIRMA:
C.C



A handwritten signature in black ink, appearing to be 'C. P. R.', is written over a horizontal line.

INFORME 02 MARZO AL 19 DE MARZO

FECHA: 2 DE MARZO AL 19 DE MARZO

LUGAR: I.E JOSE CELESTINO MUTIS

RESPONSABLE: YOROVIS MARIA BARON HERNANDEZ

OBJETO DEL CONTRATO N° 009 PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN EN LA SECRETARÍA DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA JOSE CELESTINO MUTIS

PRESTACION DE SERVICIOS

OBJETIVOS:

- **1 General:**

1. 1). Programar con plena autonomía técnica y administrativa las actividades que debe desarrollar para el cumplimiento del objeto del contrato. 2). Abstenerse de divulgar la información que pueda llegar a conocer con ocasión de la ejecución de este contrato, a personal no autorizado por la INSTITUCION EDUCATIVA y a terceros en general. 3) Solicitar a la INSTITUCION EDUCATIVA la Información que considere necesaria para cumplir las finalidades trazadas en el objeto del contrato. 4) Realizar las gestiones dentro de la oportunidad legal o en su defecto, en la señalada por la INSTITUCION. 5) Afiliarse a un sistema de pensiones, salud y riesgos laborales y presentar las copias de las autoliquidaciones pagas previamente a la cancelación de los servicios prestados. 6). Acreditar la idoneidad necesaria para la ejecución del contrato, mediante la prestación de los documentos que demuestren los conocimientos, experiencia en la materia del objeto a contratar. 7) Dar cumplimiento a los procesos establecidos en el Sistema de Gestión Integral de Calidad.8). Garantizar que el servicio objeto de este contrato sea de óptima calidad y que cumplen con todas las características y especificaciones consignada en la propuesta de trabajo.

*** 2 Específicos:**

1) Apoyar en el manejo e implementación de la legislación educativa en lo relacionado con la recepción, revisión, validación y expedición de certificados y demás documentación específica para asegurar la validez y confiabilidad. 2). Apoyar en la planeación y ejecución del proceso de matrículas con el fin de asegurar la aplicación correcta de los requisitos exigidos y generar información confiable para la ubicación de los estudiantes en los grupos respectivos, a través de la verificación del cumplimiento de la norma y la generación de datos. 3). Apoyar la gestión ante las instancias competentes el registro de libros reglamentarios, certificados de estudio, diplomas y otros documentos de orden legal con el fin de dar cumplimiento a la normatividad vigente, a través de la presentación física de dicha documentación. 4). Apoyar en el diligenciamiento y organización de los libros reglamentarios (matrículas, calificaciones, habilitaciones, refuerzos, validaciones, asistencia, admisiones, hojas de vida de los estudiantes, asignación académica, registro escolar de valoración, registro de diplomas, libros de actas de reuniones y demás certificados expedidos por la Institución) para efectos académicos y administrativos y de control de dicha documentación según la normatividad. 5). Apoyar en agendar y elaborar las actas del Consejo Directivo de la Institución para registrar los asuntos tratados y evidenciar las decisiones tomadas, mediante el cumplimiento del calendario general de actividades del año respectivo. 6). Apoyar en la elaboración y diligenciamiento los informes estadísticos, académicos y demás documentos requeridos por las instancias competentes, para dar a conocer los resultados de la gestión a la coordinación, a través de la recopilación de la información de cada Gerencia Desarrollo Corporativo. 7). Apoyar en almacenar y actualizar las bases de datos y el archivo con la información de carácter académico (estudiantes, personal docente y administrativo, libros reglamentarios, certificaciones y actas) con el fin de conservar y contar con datos confiables de la Institución para consulta o respuesta a requerimientos, de acuerdo a la normatividad y las pautas técnicas establecidas para dicho proceso. 8). Apoyar en la generación, recepción y archivo de lo relacionado con las comunicaciones académicas de la Coordinación, con el fin de mantener actualizado el archivo para el servicio del personal del Instituto y los usuarios de los diferentes programas, a través de técnicas archivísticas de fácil manejo. 9). Apoyar en la orientación de información a los usuarios internos y externos sobre los servicios educativos de la Institución, con el fin de facilitar el acceso al servicio, mediante la atención oportuna y personalizada. 10). Apoyar en el registro de los diferentes sistemas de información de la Institución; así como la verificación, clasificación y archivo de los documentos físicos correspondientes a toda la información producida y acumulada desde el inicio del calendario escolar hasta la fecha final del contrato.

1 Atención al padre de familia a diario

2 Cooperar para la matriculas en plata forma simat

3 SIMAT actualizado según los requerimientos dados por la SEM sobre la caracterización de la población

4 manejo de plataformas virtuales para las clases de los estudiantes

5 Radicar informes via sac 2.0

6 Realización de llamadas a padres para matriculas

7 prestar servicio por vía wasap a los padres

8 Entrega de talleres , y recibirlos ya realizados

9 Responder auditorias de MEN

10 Constancias de estudio para subsidio, Certificados finales de estudio.

POBLACION QUE SE LE BRINDA SERVICIOS 1654

ASPECTOS POSITIVOS Satisfacción en el servicio prestado a la comunidad Educativa

ASPECTOS NEGATIVOS: NO

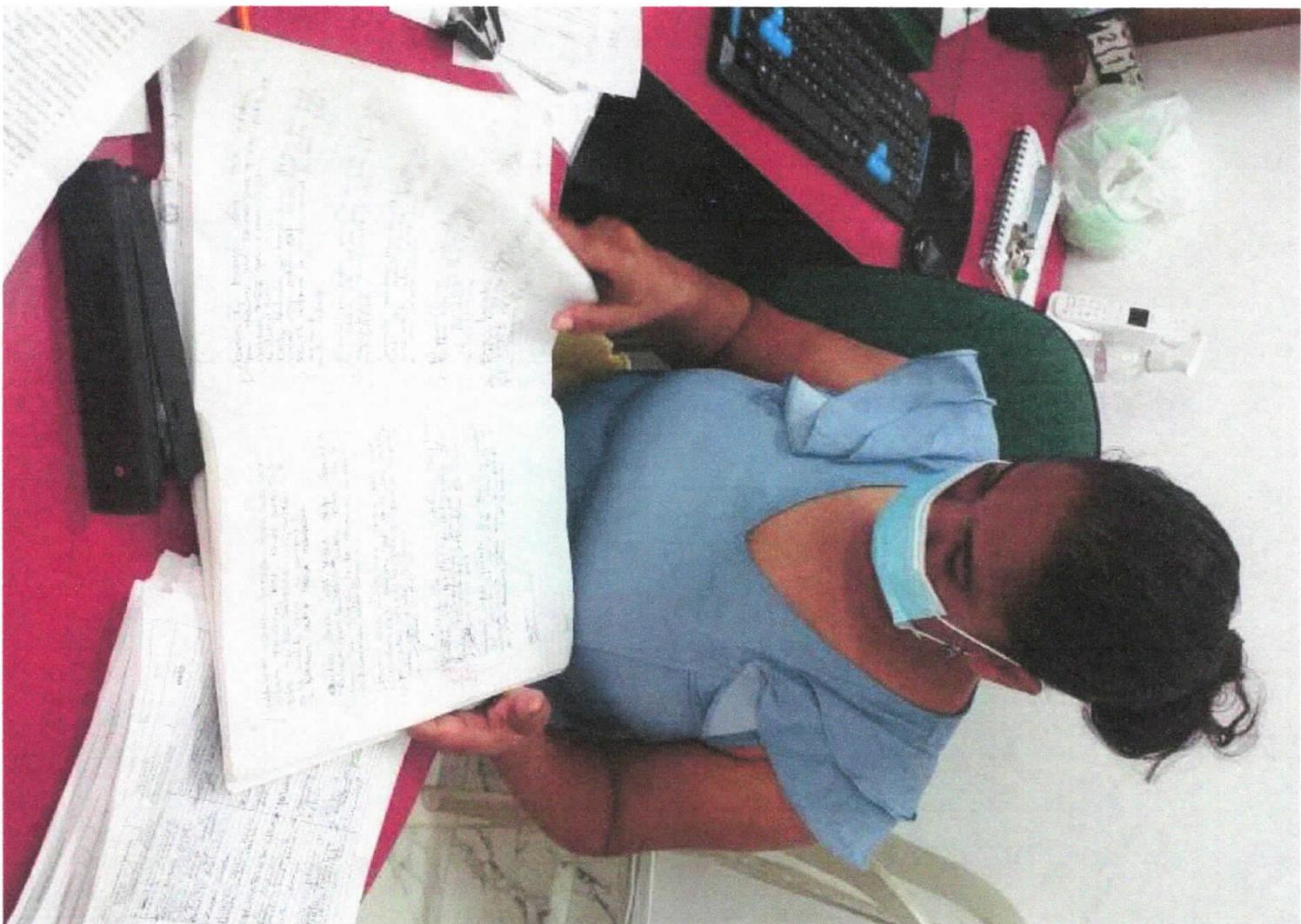


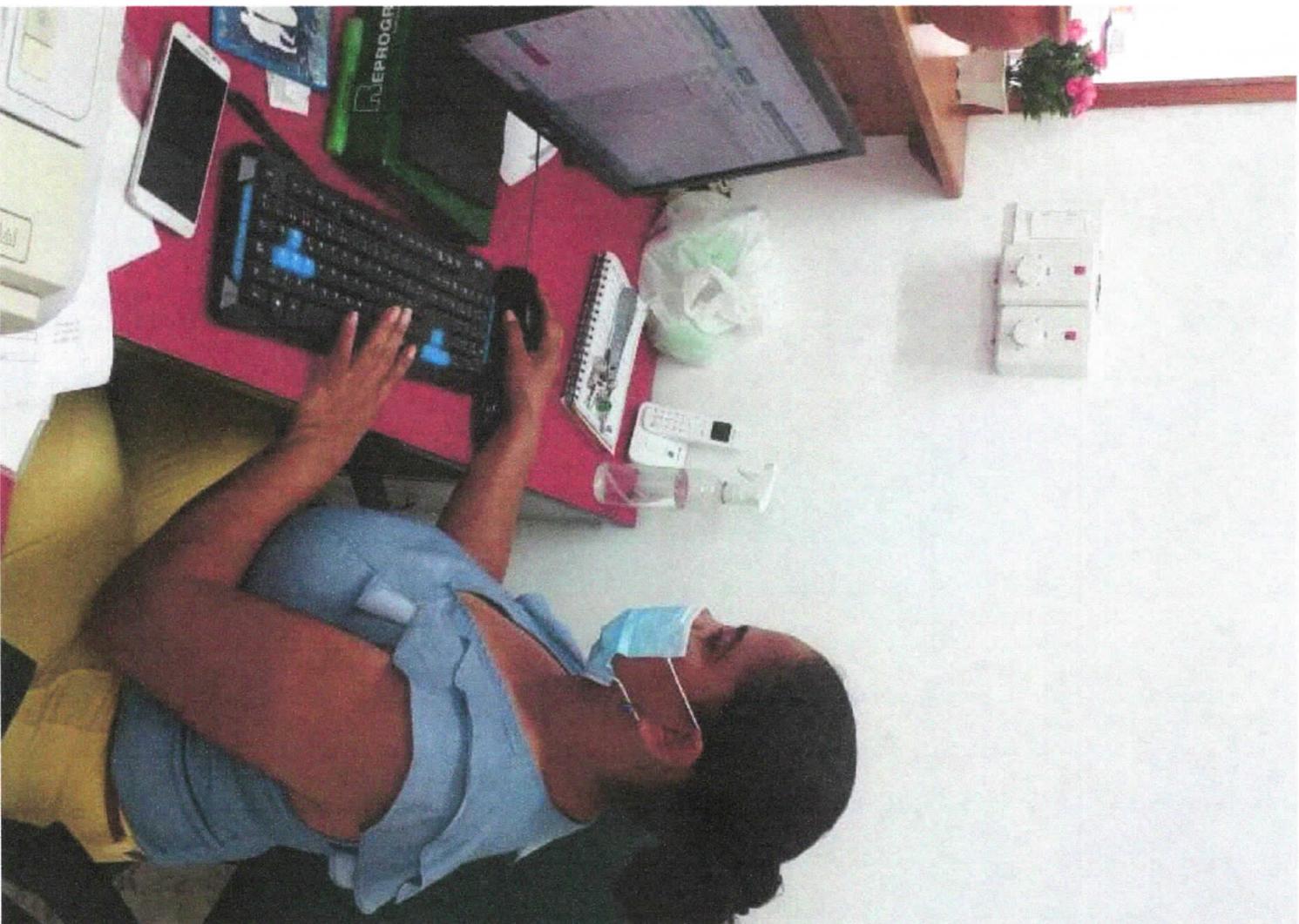
Presentado por: YOROVIS MARIA BARON HERNANDEZ

NOMBRE

C.C. 50571442 DE VALENCIA CORDOBA

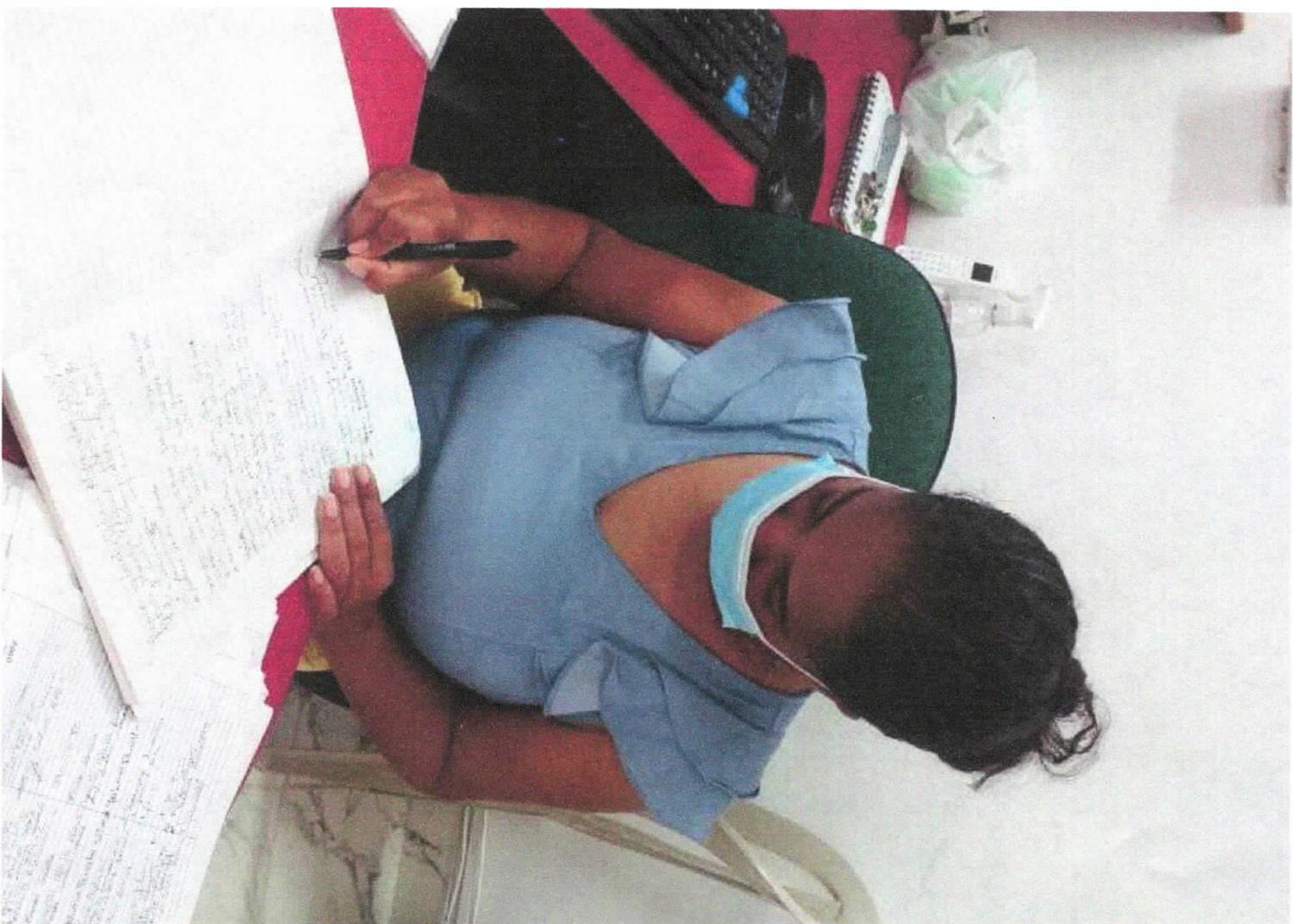












**PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO**

DATOS GENERALES DEL APORTANTE		
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 50571442
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	YOROVIS MARIA BARON HERNANDEZ BARON HERNANDEZ	
CIUDAD/MUNICIPIO:	APARTADO DEPARTAMENTO:	ANTIOQUIA
DIRECCIÓN:	OBRERO BLOQ 1 MAZ 114 CSA8 TELÉFONO:	8260000
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE: I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA: Actividades reguladoras y
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO	
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):	NO	

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA		
NÚMERO PLANILLA:	4382268014	
PERIODO COTIZACIÓN:	MES: marzo	TIPO DE PLANILLA: I-INDEPENDIENTES
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2021	PERIODO COTIZACIÓN: MES: marzo
DÍAS DE MORA:	0	AÑO: 2021
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2021/03/17	NÚMERO AUTORIZACIÓN: 9994362290

LIQUIDACIÓN GENERAL				
			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800227940	231001	231001-COLFONDOS	1	\$ 145.400
SUBTOTAL:			1	\$ 145.400
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800088702	EPS010	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	1	\$ 113.600
SUBTOTAL:			1	\$ 113.600
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800226175	14-25	14-25-COLMENA	1	\$ 4.800
SUBTOTAL:			1	\$ 4.800

TOTAL PAGADO:	\$ 263.800
----------------------	-------------------

PROPUESTA

YOROVIS MARIA BARON HERNANDEZ

C.C. 50571442

CRA 107 105 APAR 102 BARRIO SENDEROS DEL VIENTO

Teléfono: 3172959447

OBJETO: PRESTAR SERVICIO DE APOYO EN LA SECRETARÍA DE LA I.E JOSE CELESTINO MUTIS VALOR: NOVECIENTOS DIECIOCHO MIL PESOS DOSCIENTNOVENTA Y SIETE MIL PESOS (\$) POR 30 DIAS

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS

Prestación de servicios

1). Apoyo al manejar y saber implementar la legislación educativa en lo relacionado con la recepción, revisión, validación y expedición de certificados y demás documentación específica para asegurar la validez y confiabilidad. 2) Apoyo en Participar en la planeación y ejecución del proceso de matrículas con el fin de asegurar la aplicación correcta de los requisitos exigidos y generar información confiable para la ubicación de los estudiantes en los grupos respectivos, a través de la verificación del cumplimiento de la norma y la generación de datos. 3). Apoyar a gestionar ante las instancias competentes el registro de libros reglamentarios, certificados de estudio, diplomas y otros documentos de orden legal con el fin de dar cumplimiento a la normatividad vigente, a través de la presentación física de dicha documentación. 4). Apoyar en la expedición de certificados con el fin de certificar la información para cualquier trámite académico 5). Apoyar en Diligenciar y organizar los libros reglamentarios (matrículas, calificaciones, habilitaciones, refuerzos, validaciones, asistencia, admisiones, hojas de vida de los estudiantes, asignación académica, registro escolar de valoración, registro de diplomas, libros de actas de reuniones y demás certificados expedidos por la Institución) para efectos académicos y administrativos y de control de dicha documentación según la normatividad. 6). Apoyar en agendar y elaborar las actas del Consejo Directivo de la Institución para registrar los asuntos tratados y evidenciar las decisiones tomadas, mediante el cumplimiento del calendario general de actividades del año respectivo. 7). Apoyar a e la elaborar y diligenciar los informes

estadísticos, académicos y demás documentos requeridos por las instancias competentes, para dar a conocer los resultados de la gestión a la coordinación, a través de la recopilación de la información de cada Gerencia Desarrollo Corporativo. 8). Apoyar en almacenar y actualizar las bases de datos y el archivo con la información de carácter académico (estudiantes, personal docente y administrativo, libros reglamentarios, certificaciones y actas) con el fin de conservar y contar con datos confiables de la Institución para consulta o respuesta a requerimientos, de acuerdo a la normatividad y las pautas técnicas establecidas para dicho proceso. 9). Apoyar en deprecionar y archivar lo relacionado con las comunicaciones académicas de la Coordinación, con el fin de mantener actualizado el archivo para el servicio del personal del Instituto y los usuarios de los diferentes programas, a través de técnicas archivísticas de fácil manejo. 10). Apoyar en Brindar información a los usuarios internos y externos sobre los servicios educativos de la Institución, con el fin de facilitar el acceso a las actividades frente presentado por la pandemia COVIC19, mediante la atención oportuna y personalizada tanto en las herramientas tecnológicas computador celular páginas de comunicación e institucionales wasaapp correos, plataformas sinai.

El periodo comprendido entre el 02/ MARZO /2021 y al 03 / ABRIL /2021.



YOROVIS MARIA BARON HERNANDEZ

C.C 50571442 de Valencia Córdoba



FORMATO ÚNICO
HOJA DE VIDA
Persona Natural
(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO BARON	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) HERNANDEZ	NOMBRES YOROVIS MARIA
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN CC <input checked="" type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> PAS <input type="checkbox"/> No 50571442	SEXO F <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	NACIONALIDAD PAÍS COL <input type="checkbox"/> EXTRANJERO <input checked="" type="checkbox"/> COLOMBIANA
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE <input type="checkbox"/> SEGUNDA CLASE <input type="checkbox"/> NÚMERO _____ D.M. _____		
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA PAÍS DIA 0,1 MES 0,1 AÑO 1,9,8,2 DEPTO CORDOBA MUNICIPIO VALENCIA	DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA URBANIZACION SENDEROS DEL VIENTO PAÍS COLOMBIA DEPTO ANTIOQUIA MUNICIPIO APARTADO TELÉFONO 3172959447 EMAIL Yerovisbaron01@gmail.com	

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA
MARQUE CON UNA X EL ÚLTIMO GRADO APROBADO (LOS GRADOS DE 1o. A 6o. DE BACHILLERATO EQUIVALEN A LOS GRADOS 6o. A 11o. DE EDUCACIÓN BÁSICA SECUNDARIA Y MEDIA)

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO: BACHILLER CON EN FSISTEMA	
PRIMARIA			SECUNDARIA				MEDIA				FECHA DE GRADO	
1o	2o	3o	4o	5o	6o	7o	8o	9o	10	11	MES 12,	AÑO 2,0,0,0

EDUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)
DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:
TC (TÉCNICA), TL (TECNOLÓGICA), TE (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA), UN (UNIVERSITARIA),
ES (ESPECIALIZACIÓN), MG (MAESTRÍA O MAGISTER), DOC (DOCTORADO O PHD),
RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ÉSTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY).

MODALIDAD ACADÉMICA	No SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
TC	SI	X		SECRETARIO EJECUTIVO SISTEMATIZADO	12	2 0 0 4	
UN	SI	X		PROFESIONAL EN SALUD OCUPACIONAL	12	2 0 1 4	
TL	SI	X		GESTION EN TALENTO HUMANO	09	2 0 1 6	

ESPECIFIQUE LOS IDIOMAS DIFERENTES AL ESPAÑOL QUE: HABLA, LEE, ESCRIBE DE FORMA, REGULAR (R), BIEN (B) O MUY BIEN (MB)

IDIOMA	LO HABLA			LO LEE			LO ESCRIBE		
	R	B	MB	R	B	MB	R	B	MB

FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural
(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

3 EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL.				
EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE				
EMPRESA O ENTIDAD CULTIVOS DEL DARIEN S.A		PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	MUNICIPIO TURBO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD		
TELÉFONOS 4364848	FECHA DE INGRESO DÍA <input type="text" value="28"/> MES <input type="text" value="05"/> AÑO <input type="text" value="2008"/>		FECHA DE RETIRO DÍA <input type="text" value="06"/> MES <input type="text" value="09"/> AÑO <input type="text" value="2009"/>	
CARGO O CONTRATO ACTUAL SECRETARIA GENERAL	DEPENDENCIA ADMINISTRATIVA	DIRECCIÓN COMUNAL PALOS BLACO		
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR				
EMPRESA O ENTIDAD INSTITUCION EDUCATIVA JOSE CELESTINO MUTIS		PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	MUNICIPIO APARTADO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD colegiomutis1@gmail.com		
TELÉFONOS 8295674	FECHA DE INGRESO DÍA <input type="text" value="01"/> MES <input type="text" value="06"/> AÑO <input type="text" value="2014"/>		FECHA DE RETIRO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>	
CARGO O CONTRATO AUX ADMINISTRATIVA	DEPENDENCIA ADMINISTRATIVA	DIRECCIÓN CALLE 108 108 -82 SERRANIA		
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR				
EMPRESA O ENTIDAD		PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD colegiomutis1@gmail.com		
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>		FECHA DE RETIRO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>	
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN		
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR				
EMPRESA O ENTIDAD		PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD		
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>		FECHA DE RETIRO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>	
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN		

NOTA: SI REQUIERE ADICIONAR MAS EXPERIENCIA LABORAL, IMPRIMA NUEVAMENTE ESTA HOJA.

FORMATO ÚNICO
HOJA DE VIDA
Persona Natural
(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

INDIQUE EL TIEMPO TOTAL DE SU EXPERIENCIA LABORAL EN NÚMERO DE AÑOS Y MESES.

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SECRETARIA	8	2

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI NO ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOMPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS EMPLEOS PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA.

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MI ANOTADOS EN EL PRESENTE FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95).


50511442
FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN AQUÍ SUMINISTRADA HA SIDO CONSTATADA FRENTE A LOS DOCUMENTOS QUE HAN SIDO PRESENTADOS COMO SOPORTE.

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

LINEA GRATUITA DE ATENCIÓN AL CLIENTE No. 018000917770 PÁGINA WEB: www.dafp.gov.co

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **50571442**

BARON HERNANDEZ
APELLIDOS

YOROVIS MARIA
NOMBRES

Yorovis Baron
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **01-ENE-1982**

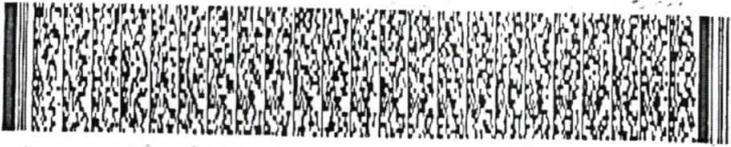
VALENCIA
(CORDOBA)

LUGAR DE NACIMIENTO

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

05-DIC-2000 VALENCIA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Ivan Duque Escobar
REGISTRADOR NACIONAL
IVAN DUQUE ESCOBAR



P-1306100-38090242-F-0050571442-20010612 0598301159A 01 098957876

2. Concepto Actualización

Espacio reservado para la DIAN



4. Número de formulario

14668378974



5. Número de Identificación Tributaria (NIT):

5 0 5 7 1 4 4 2 -

6. DV

3

12. Dirección seccional

Impuestos de Medellín

14. Buzón electrónico

IDENTIFICACION

24. Tipo de contribuyente:

Persona natural o sucesión ilíquida

25. Tipo de documento:

Cédula de ciudadanía

26. Número de identificación:

5 0 5 7 1 4 4 2

27. Fecha expedición:

2 0 0 0 1 2 0 5

Lugar de expedición

COLOMBIA

28. País:

29. Departamento:

Córdoba

30. Ciudad/Municipio:

Valencia

31. Primer apellido

BARON

32. Segundo apellido

HERNANDEZ

33. Primer nombre

YOROVIS

34. Otros nombres

MARIA

35. Razón social:

36. Nombre comercial:

37. Sigla:

UBICACION

38. País:

COLOMBIA

39. Departamento:

Antioquia

40. Ciudad/Municipio:

Apartadó

41. Dirección principal

BRR OBRERO CL 97 BL 1 MZ 88 CA 5

42. Correo electrónico:

yerovisbaron01@gmail.com

43. Código postal

44. Teléfono 1:

45. Teléfono 2:

3 1 7 2 9 5 9 4 4 7

CLASIFICACION

Actividad económica

Ocupación

Actividad principal

Actividad secundaria

Otras actividades

46. Código:

8 2 9 9

47. Fecha inicio actividad:

2 0 1 5 0 2 0 4

48. Código:

5 5 3 0

49. Fecha inicio actividad:

2 0 1 5 0 2 0 4

50. Código:

1 2

51. Código

52. Número establecimientos

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código:	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
	4	9																								

49 - No responsable de IVA

Obligados aduaneros

Exportadores

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

55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	57. Modo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		58. CPC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

60. No. de Folios:

61. Fecha:

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 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre BARON HERNANDEZ YOROVIS MARIA

985. Cargo: CONTRIBUYENTE



CERTIFICADO DE ANTECEDENTES
CERTIFICADO ORDINARIO
No. 162065211



WEB
17:19:57
Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 01 de marzo del 2021

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) YOROVIS MARIA BARON HERNANDEZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 50571442:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

ADVERTENCIA: La certificación de antecedentes deberá contener las anotaciones de providencias ejecutoriadas dentro de los cinco (5) años anteriores a su expedición y, en todo caso, aquellas que se refieren a sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes en dicho momento. Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figuren en el registro. (Artículo 174 Ley 734 de 2002).

NOTA: El certificado de antecedentes disciplinarios es un documento que contiene las anotaciones e inhabilidades generadas por sanciones penales, disciplinarias, inhabilidades que se deriven de las relaciones contractuales con el estado, de los fallos con responsabilidad fiscal, de las decisiones de pérdida de investidura y de las condenas proferidas contra servidores, ex servidores públicos y particulares que desempeñen funciones públicas en ejercicio de la acción de repetición o llamamiento en garantía. **Este documento tiene efectos para acceder al sector público, en los términos que establezca la ley o demás disposiciones vigentes.** Se integran al registro de antecedentes solamente los reportes que hagan las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información que presente el aspirante en la página web: <http://www.procuraduria.gov.co/portal/antecedentes.html>

MARIO ENRIQUE CASTRO GONZALEZ
Jefe División Centro de Atención al Público (CAP)

ATENCIÓN :
ESTE CERTIFICADO CONSTA DE 01 HOJA(S), SOLO ES VALIDO EN SU TOTALIDAD. VERIFIQUE QUE EL NUMERO DEL CERTIFICADO SEA EL MISMO EN TODAS LAS HOJAS.

LA CONTRALORÍA DELEGADA PARA RESPONSABILIDAD FISCAL ,
INTERVENCIÓN JUDICIAL Y COBRO COACTIVO

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy lunes 01 de marzo de 2021, a las 17:21:30, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	50571442
Código de Verificación	50571442210301172130

Esta Certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

De conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la Resolución 220 del 5 de octubre de 2004, la firma mecánica aquí plasmada tiene plena validez para todos los efectos legales.



SORAYA VARGAS PULIDO
CONTRALORA DELEGADA



POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 17:23:22 horas del 01/03/2021, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° 50571442

Apellidos y Nombres: **BARON HERNANDEZ YOROVIS MARIA**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

En cumplimiento de la Sentencia SU-458 del 21 de junio de 2012, proferida por la Honorable Corte Constitucional, la leyenda "NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES" aplica para todas aquellas personas que no registran antecedentes y para quienes la autoridad judicial competente haya decretado la extinción de la condena o la prescripción de la pena.

Esta consulta es válida siempre y cuando el número de identificación y nombres, correspondan con el documento de identidad registrado y solo aplica para el territorio colombiano de acuerdo a lo establecido en el ordenamiento constitucional.

Si tiene alguna duda con el resultado, consulte las [preguntas frecuentes](#) o acérquese a las [instalaciones de la Policía Nacional](#) más cercanas.



Dirección: Calle 18A # 69F--45 Zona Industrial,
barrio Montevideo. Bogotá D.C.
Atención administrativa: Lunes a viernes 7:00 am
a 1:00 pm y 2:00 pm a 5:00 pm
Línea de atención al ciudadano: 5159700 ext.
30552 (Bogotá)
Resto del país: 01 8000 910 112
E-mail: lineadirecta@policia.gov.co



Presidencia de la
República



Ministerio de Defensa
Nacional



Portal Único de
Contratación
Todos los derechos reservados.



Gobierno en Línea

LA REPUBLICA DE COLOMBIA



Y EN SU NOMBRE EL

**COLEGIO MUNICIPAL
BACHILLERATO NOCTURNO DE VALENCIA**
VALENCIA - CORDOBA

AUTORIZADO POR EL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL, SEGÚN
RESOLUCIÓN N°. 00085 DE NOVIEMBRE 19 DE 1998.

CONFIERE A:

BARON HERNANDEZ YOROVIS MARIA
IDENTIFICADA CON C.C. N° 50571442 DE Valencia cordoba

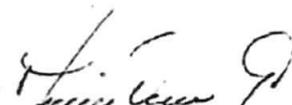
EL TITULO DE:

BACHILLER ACADEMICO

POR HABER CURSADO Y APROBADO LOS ESTUDIOS CORRESPONDIENTES
AL NIVEL DE EDUCACIÓN MEDIA ACADEMICA, SEGÚN LOS PLANES
Y PROGRAMAS VIGENTES.

Anotado al Folio 025 del Libro de Registro N°. 01

Dado en Valencia -Córdoba, a 15 de Diciembre de 2000


MOISÉS ARRIETA GÓNZALEZ
C.C. N°. 6'886.600 de Montería

Rector

COLEGIO MUNICIPAL DE BACHILLERATO
AL NIVEL DE EDUCACIÓN NOCTURNA
VALENCIA - CORDOBA
RECTOR


LIDUVINA ISABEL PACHECO VEGA
C.C. N°. 34'982.079 de Montería

Secretaria

COLEGIO MUNICIPAL DE BACHILLERATO
AL NIVEL DE EDUCACIÓN NOCTURNA
VALENCIA - CORDOBA
SECRETARIA

**CENTRO IDEOLOGICO DE SISTEMAS
" ANTONIO VILLAVICENCIO "
C.I.S**

SECRETARIADO EJECUTIVO SISTEMATIZADO

ACTA DE GRADO N° 001

En la ciudad de **Tierralta**, el día **14** del mes de **Agosto** del **2004**, se llevó a cabo el acto de graduación, presidido por el Señor Director **JUAN CARLOS PUCHE ALVAREZ** en el cual el Instituto Centro Ideológico de Sistemas **C.I.S**, autorizada por la Secretaria de Educación Departamental de Córdoba con la Resolución N° 000367 del 23 de abril de 2002. y previo el juramento de rigor, confirió el título de:

TÉCNICO EN SECRETARIADO EJECUTIVO SISTEMATIZADO

A **YOROVIS MARIA BARON HERNÁNDEZ**, identificada con Cédula de ciudadanía N° **50.571.442** expedida en **Valencia**, quien cumplió con los requisitos académicos y con las demás exigencias establecidas en los reglamentos de la Institución y las normas legales, y le otorga el Diploma N° 053 que lo acredita como tal.

En fe de lo anterior, se firma la presente Acta de Grado en la ciudad de **Tierralta**, Córdoba, a los **catorce** días del mes de **Agosto** de **2004**.

Es fiel copia del original, en lo pertinente.



La Republica de Colombia



Ministerio de Educacion Nacional
Departamento de Cordoba

y en su nombre el

CENTRO IDEOLOGICO DE SISTEMAS

"ANTONIO VILLAVICENCIO"

Educacion No Formal

Autorizada por la Secretaria de Educacion Departamental de Cordoba,

segun Resoluciones No. 000367 de 2001

Confiere a:

Dorovis Maria Baron

C.C. 50.571.442 Expedida en Valencia - Cordoba

Por haber terminado satisfactoriamente y cumplido con todos

los requisitos establecidos en la normas legales y reglamentarias,

el certificado de aptitud ocupacional como tecnico en:

Secretariado Ejecutivo Sistematizado

De acuerdo con lo expuesto en el articulo 14 del Decreto 114

del 15 de Enero de 1.996 del Ministerio de Educacion Nacional.

Anotado al Folio No. 053

Del Libro de Registro No. 01

Otorgado en Tierralta, Cordoba a los 14 dias del mes de Agosto de 2004

Luz Morillo

Secretaria General

Director

REPUBLICA DE COLOMBIA



UNIVERSIDAD DEL TOLIMA

Creada mediante Ordenanza número 005 de mayo 21 de 1945 de la Asamblea Departamental del Tolima

OTORGA EL TITULO DE Profesional en Salud Ocupacional

En convenio con la

CORPORACIÓN UNIVERSITARIA MINUTO DE DIOS

A

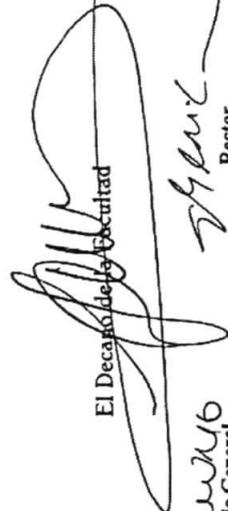
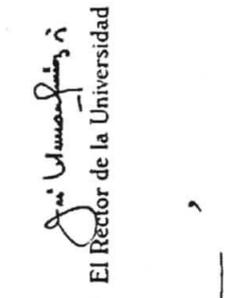
Goroviz María Barón Hernández

C.C. No. 50571442 expedida en **Balencia**

Quien cumplió satisfactoriamente los requisitos académicos exigidos.
En testimonio de ello se expide el presente

DIPLOMA

En la ciudad de Ibagué, a **Noviembre 7 de 2014**

El Decano de la Facultad  El Rector de la Universidad 
 Secretario General

Corp. Universitaria Minuto de Dios

86303

Universidad del Tolima
Libro de Registro No. 14
Folio No. 551
Registro No. C73247


El Secretario General

EXENTO Registro Depart. Artículo 62 Dec. Nal. 215095

ACTA DE GRADO NUMERO 27

Registro No. C73247

Folio No. 551

Libro No. 14

En Ibagué, a las 9:00 de la MAÑANA del viernes 7 de noviembre del año 2014, se reunieron en el Auditorio 1, Bloque 33 de la Universidad del Tolima, presididos por el doctor JOSE HERMAN MUÑOZ ÑUNGO, Rector de la Universidad del Tolima, el doctor LEONIDAS LÓPEZ HERRÁN , Rector de la CORPORACION UNIVERSITARIA MINUTO DE DIOS, el doctor LUIS ALBERTO MALAGON PLATA, Director del Instituto de Educación a Distancia y el doctor OMAR A. MEJIA PATIÑO, Secretario General de la Universidad del Tolima, la doctora LINDA LUCÍA GUARÍN GUTIÉRREZ , Secretaria General de la CORPORACION UNIVERSITARIA MINUTO DE DIOS, con el objeto de proceder a la graduación de **Barón Hernández Yorovis María**, identificado con Cédula de Ciudadanía número 50571442 expedida en Valencia, como Profesional en Salud Ocupacional.

Opción de Grado: Normas de Certificación ISO 9001, ISO 1401, OHSAS 18001 e ISO 26000. Calificación: Aprobó

El señor rector recibió el juramento al graduando y le entregó el título que lo acredita como **Profesional en Salud Ocupacional**.

A las 12:00 PM del día, se dio por terminada la ceremonia de grado.

La Secretaria General leyó la presente acta, la cual se firmó a continuación.

EL RECTOR DE LA UNIVERSIDAD DEL TOLIMA

(Fdo.) JOSE HERMAN MUÑOZ ÑUNGO

EL RECTOR DE LA CORPORACION UNIVERSITARIA MINUTO DE DIOS

(Fdo.) LEONIDAS LÓPEZ HERRÁN

EL SECRETARIO GENERAL DE LA UNIVERSIDAD DEL TOLIMA

(Fdo.) OMAR A. MEJIA PATIÑO

LA SECRETARIA GENERAL DE LA CORPORACION UNIVERSITARIA MINUTO DE DIOS

(Fdo.) LINDA LUCÍA GUARÍN GUTIÉRREZ


OMAR A. MEJIA PATIÑO
Secretario General

Es copia

Ibagué, 7 de noviembre de 2014

28206



REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994 y en atención a que

**YOROVIS MARIA BARON
HERNANDEZ**

con documento de identificación No CC.50571442

*Cursó y aprobó el programa de Formación Profesional Integral y cumplió con las condiciones
requeridas por la entidad, le confiere el*

Título de

**TECNÓLOGO EN GESTIÓN DEL TALENTO
HUMANO**

*En testimonio de lo anterior, se firma el presente Título en APARTADÓ,
a los 8 días del mes de septiembre de 2017.*

Firmado Digitalmente por
ELKIN HUMBERTO GRANADA JIMENEZ
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
Autenticidad del Documento
Bogotá - Colombia

ELKIN HUMBERTO GRANADA JIMENEZ
SUBDIRECTOR COMPLEJO TECNOLÓGICO AGROINDUSTRIAL, PECUARIO Y TURÍSTICO
REGIONAL ANTIOQUIA

27169541 - 04/09/2017
No Y FECHA REGISTRO



REGIONAL ANTIOQUIA

ACTA DE GRADO

No y Fecha de Registro: 27169541 del 04/09/2017

EL SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA

CONSIDERANDO QUE:

YOROVIS MARIA BARON HERNANDEZ

con documento de identidad No.50571442

CUMPLIÓ SATISFACTORIAMENTE LOS REQUISITOS ACADÉMICOS EXIGIDOS
POR EL SENA, RESUELVE OTORGARLE EL TÍTULO DE

TECNÓLOGO EN GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO

En constancia de lo anterior se firma la presente en APARTADÓ, a los 8 días del mes
de septiembre de 2017.

Firmado Digitalmente por
ELKIN HÚMBERTO GRANADA JIMENEZ
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

Autenticidad del Documento
Bogotá – Colombia

ELKIN HÚMBERTO GRANADA JIMENEZ

SUBDIRECTOR COMPLEJO TECNOLÓGICO AGROINDUSTRIAL, PECUARIO Y TURÍSTICO
REGIONAL ANTIOQUIA



UNIMINUTO
Corporación Universitaria Minuto de Dios
Educación de Calidad al Alcance de Todos
Seccional Bello

Certifica que

Yorovis Maria Baron Hernandez

C.C. 50.571.442

Cursó y aprobó el seminario en:

“NORMAS ISO 9001”

*con una intensidad de 40 horas
el cual se realizó desde Mayo 1 del 2014 a Junio 15 del 2014.
Acta de Certificación No 093*


Jorge Arbey Toro Ocampo
Rector (e)
UNIMINUTO Seccional Bello


Lilitiana Aristizabal Agudelo.
Secretaria Seccional
UNIMINUTO Seccional Bello



GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA

Secretaría Seccional de Salud
y Protección Social

RESOLUCION N°

Que la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia, después de revisar toda la documentación presentada por el (la) señor (a) **YOROVIS MARIA BARON HERNANDEZ**, , emitió concepto favorable para el otorgamiento de dicha licencia.

En mérito de lo anterior,

RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO: Conceder licencia de salud ocupacional para ofertar a nivel nacional, servicios de seguridad y salud en el trabajo como persona natural, a el (la) señor (a) **YOROVIS MARIA BARON HERNANDEZ** identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 50571442, como **PROFESIONAL EN SALUD OCUPACIONAL**, .

ARTICULO SEGUNDO: La licencia otorgada comprende la prestación de servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo, en las siguientes áreas o campos de acción:

1. INVESTIGACIÓN DEL ACCIDENTE DE TRABAJO DE ACUERDO CON SU COMPETENCIA
2. SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
3. DISEÑO ADMINISTRACIÓN Y EJECUCIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
4. EDUCACIÓN Y CAPACITACIÓN

ARTÍCULO TERCERO: La presente Licencia se concede por término de diez (10) años, es de carácter personal e intransferible, tendrá validez en todo el territorio nacional y puede solicitarse su renovación, por un término igual, en cualquier Secretaría Seccional o Distrital del país.

ARTICULO CUARTO: El (La) señor (a) **YOROVIS MARIA BARON HERNANDEZ** deberá cumplir en el ejercicio de sus actividades, con todas las normas legales, técnicas, éticas y de control de calidad establecidas en la legislación vigente en Salud Ocupacional.

ARTICULO QUINTO: Cuando el titular de la licencia, modifique alguna de las condiciones acreditadas en el momento de su obtención, deberá informar tal hecho con treinta (30) días de antelación, a su ocurrencia, a la Dirección de Factores de Riesgo de la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia, a fin de que se proceda a modificar la resolución por la cual se otorgó la licencia.

ARTÍCULO SEXTO: Notificar personalmente esta Resolución a el (la) señor (a) **YOROVIS MARIA BARON HERNANDEZ**, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. **50571442**, informándole contra la misma proceden los recursos de reposición y en subsidio apelación, los cuales podrá interponer ante esta Secretaría, dentro de los diez



Secretaría Seccional de Salud y Protección Social
Dirección Factores de Riesgo
Calle 42 B 52 - 106 Piso 8, oficina 816 - Tels: (4) 3839842
Centro Administrativo Dptal José María Córdova (La Alpujarra)
Medellín - Colombia - Suramérica



Radicado: S 201500281073
Fecha: 24/06/2015
Tipo: RESOLUCION
Destino: YOROVIS MARIA



GOBIERNO DEPARTAMENTAL DE ANTIOQUIA

Secretaría Seccional de Salud
Protección Social

Por medio de la cual se concede la licencia de salud ocupacional para ofertar a nivel nacional, servicios de seguridad y salud en el trabajo a una persona natural.

EL DIRECTOR DE FACTORES DE RIESGO DE LA SECRETARIA SECCIONAL DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL DE ANTIOQUIA

En ejercicio de las facultades legales que le confieren las Leyes 09 de 1979 y 1562 de 2012, la Resolución 4502 de 2012 expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social y en especial la Resolución No. 5734 de 2013 expedida por la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia, y

CONSIDERANDO:

Que el artículo 1 de la Ley 1562 de 2012, determinó que la salud ocupacional se entenderá en adelante como Seguridad y Salud en el Trabajo, definiéndola como la disciplina que trata la prevención de las lesiones y enfermedades causadas por las condiciones de trabajo, y de la protección y promoción de la salud de los trabajadores, cuyo objeto es mejorar las condiciones y el medio ambiente de trabajo, así como la salud en el trabajo, que conlleva la promoción y el bienestar físico, mental y social de los trabajadores en todas las ocupaciones.

Que el artículo 23 de la citada ley, ordenó al Ministerio de la Salud y Protección Social reglamentar en el término de seis (6) meses, contados a partir de la vigencia de la misma, el procedimiento, requisitos para el otorgamiento y renovación de las licencias en salud ocupacional a las personas naturales y jurídicas, determinando como competencia de las entidades departamentales y distritales de salud, la expedición, renovación, vigilancia y control de las licencias de salud ocupacional.

Que mediante Resolución No. 4502 de 2012, el Ministerio de Salud y Protección Social, reglamentó el procedimiento, requisitos para el otorgamiento y renovación de la licencias de salud ocupacional a las personas naturales o jurídicas, públicas o privadas, que oferten a nivel nacional, servicios de seguridad y salud en el trabajo definidos en el artículo 1 de la Ley 1562 de 2012.

Que mediante Resolución No. 5734 del 2013, la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia, delegó en cabeza del Director Administrativo de Factores de Riesgo la expedición o renovación de las licencias de salud ocupacional.

Que el (la) señor(a) **YOROVIS MARIA BARON HERNANDEZ** identificado(a) con cédula de ciudadanía No. **50571442**, solicitó la Licencia de Salud Ocupacional para ofertar a nivel nacional, servicios de seguridad y salud en el trabajo como persona natural, acreditando el cumplimiento de las condiciones y requisitos previstos en la Resolución No. 4502 de diciembre 28 de 2012.



Secretaría Seccional de Salud y Protección Social
Dirección Factores de Riesgo
Calle 42 B 52 - 106 Piso 8, oficina 816 - Tels: (4) 3839842
Centro Administrativo Dptal José María Córdova (La Alpujarra)
Medellín - Colombia - Suramérica



RESOLUCION N°

(10) días hábiles siguientes a la notificación, en la forma y términos establecidos en los artículos 74 y siguientes del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.

ARTÍCULO SÉPTIMO: La presente Resolución rige a partir de su ejecutoria.

Dado en Medellín a los

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE

RAUL ALBERTO ROJO OSPINA
Director Administrativo de Factores de Riesgo
Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia

Proyectó: María Piedad Martínez Galeano / 23 de Junio de 2015
Elaboró: Mercedes Valencia Ramírez
Revisó: Abogadas

SECRETARÍA SECCIONAL DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL
ANTIOQUIA.
16.07.2015
Jorge Bajarano
15269169
24-06.15



"Código Únicamente para dependientes y afiliaciones al Régimen Subsidiado"



* 0 1 B 1 4 0 4 0 0 2 1 *



* 0 1 0 7 9 8 5 1 8 1 *

I. DATOS DEL TRÁMITE

Lea atentamente las instrucciones antes de diligenciar este formulario

1. TIPO DE TRÁMITE		2. TIPO DE AFILIACIÓN				3. RÉGIMEN		
A. AFILIACIÓN <input checked="" type="checkbox"/>	B. REPORTE DE NOVEDADES <input type="checkbox"/>	A. Individual: a) Cotizante o cabeza de familia <input type="checkbox"/> b) Beneficiario o afiliado adicional <input type="checkbox"/>		B. Colectiva <input type="checkbox"/>	C. Institucional <input type="checkbox"/>	D. De oficio <input type="checkbox"/>	C. Contributivo <input checked="" type="checkbox"/>	S. Subsidiado <input type="checkbox"/>
4. TIPO DE AFILIADO		5. TIPO DE COTIZANTE		CÓDIGO		FECHA DE LA SOLICITUD		
CO Cotizante <input checked="" type="checkbox"/>	CF Cabeza de Familia <input type="checkbox"/>	BE Beneficiario <input type="checkbox"/>	A. Dependiente <input type="checkbox"/> B. Independiente <input type="checkbox"/> C. Pensionado <input type="checkbox"/> D. Independiente por prestación de servicio <input type="checkbox"/>			01 03 2021		

A. AFILIACIÓN							
II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)							
6. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS							
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	
Baron		Hernandez		Yorovis		Ivania	
7. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD							
R.C.	T.I.	C.C.	C.E.	P.A.	C.D.	S.C.	P.E.
8. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD				9. SEXO		10. FECHA NACIMIENTO	
50571442				F M		01 03 82	

III. DATOS COMPLEMENTARIOS									
11. ORIGEN ÉTNICO		12. DISCAPACIDAD		13. PUNTAJE Y NIVEL DEL SISBEN		14. GRUPO DE POBLACIÓN ESPECIAL		15. ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES	
		Tipo F N M Condición T P							
16. ADMINISTRADORA DE PENSIONES				17. INGRESO BASE DE COTIZACIÓN - IBC		18. UBICACIÓN O DIRECCIÓN DE RESIDENCIA		LOCALIDAD / COMUNA	
				908526		C/ 108 H 108 - 82		Sabania	
CIUDAD / MUNICIPIO				DEPARTAMENTO		ZONA		TELÉFONO FIJO	
opartobu				antioquia		U. <input checked="" type="checkbox"/> R. <input type="checkbox"/>			
TELÉFONO MÓVIL		CORREO ELECTRÓNICO		CÓDIGO IPS					
372959447		yorovisbaron01@gmail.com		1358					

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR Datos de identificación del beneficiario (Cónyuge o compañero (a) permanente del cotizante)							
19. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS							
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	
20. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD							
T.I.	C.C.	C.E.	P.A.	C.D.	P.E.		
21. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD				22. SEXO		23. FECHA NACIMIENTO	
				F M		DÍA MES AÑO	
CÓDIGO IPS							

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales																							
24. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS DE LOS BENEFICIARIOS		25. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD		26. NÚMERO DE IDENTIDAD		27. SEXO		28. FECHA DE NACIMIENTO		29. PARENTESCO		30. ETNIA		31. DISCAPACIDAD									
		CN RC TI CC CE PA SC PE				F M		DÍA MES AÑO						Tipo Condición									
1		CN RC TI CC CE PA SC PE												F <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/>									
2		CN RC TI CC CE PA SC PE												F <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/>									
3		CN RC TI CC CE PA SC PE												F <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/>									
4		CN RC TI CC CE PA SC PE												F <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/>									
32. DATOS DE RESIDENCIA								33. VALOR UPC AFILIADO ADICIONAL (Lo diligencia la EPS)		34. Nombre y código de la IPS		EXCEPCIÓN DEL TRASLADO											
Ciudad / Mpio.		Departamento		Zona		Teléfono Fijo		Teléfono Móvil				COBERTURA GEOGRÁFICA		UNIFICACIÓN GRUPO FAMILIAR		CUMPLIMIENTO TIEMPO POR CESIÓN		SERVICIO AVALADO POR SNS		NIVEL DE SISBEN		GRUPO POBLACIONAL	
1				R. <input type="checkbox"/> U. <input type="checkbox"/>																I. <input type="checkbox"/> II. <input type="checkbox"/>			
2				R. <input type="checkbox"/> U. <input type="checkbox"/>																I. <input type="checkbox"/> II. <input type="checkbox"/>			
3				R. <input type="checkbox"/> U. <input type="checkbox"/>																I. <input type="checkbox"/> II. <input type="checkbox"/>			
4				R. <input type="checkbox"/> U. <input type="checkbox"/>																I. <input type="checkbox"/> II. <input type="checkbox"/>			

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													
35. Nombre o Razón Social				36. Tipo documento de identidad		37. Número documento de identidad		DV		38. Tipo de aportante o pagador de pensiones			
				C.C. C.E. P.A. C.D. N.I. P.E.									
39. UBICACIÓN O DIRECCIÓN				CIUDAD / MUNICIPIO		DEPARTAMENTO		TELÉFONO FIJO		TELÉFONO MÓVIL		CORREO ELECTRÓNICO	
FECHA INICIO DE RELACIÓN LABORAL				CARGO		SALARIO							
01 03 2021				Independiente		908526							

B. REPORTE DE NOVEDADES							
40. TIPO DE NOVEDAD							
1. MODIFICACIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN <input type="checkbox"/>		8. EXCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES <input type="checkbox"/>		13. MOVILIDAD		A) AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO <input type="checkbox"/>	
2. CORRECCIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN <input type="checkbox"/>		9. INICIO DE RELACIÓN LABORAL O ADQUISICIÓN DE CONDICIONES PARA COTIZAR <input type="checkbox"/>		B) AL RÉGIMEN SUBSIDIADO <input type="checkbox"/>			
3. ACTUALIZACIÓN DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD <input type="checkbox"/>		10. TERMINACIÓN DE LA RELACIÓN LABORAL O PÉRDIDA DE LAS CONDICIONES PARA SEGUIR COTIZANDO <input type="checkbox"/>		14. TRASLADO		A) MISMO RÉGIMEN <input type="checkbox"/>	
4. ACTUALIZACIÓN Y/O CORRECCIÓN DE DATOS COMPLEMENTARIOS <input type="checkbox"/>		11. VINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS <input type="checkbox"/>		B) DIFERENTE RÉGIMEN <input type="checkbox"/>			
5. TERMINACIÓN DE LA INSCRIPCIÓN EN LA EPS <input type="checkbox"/>		12. DESVINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS <input type="checkbox"/>		15. REPORTE DE FALLECIMIENTO <input type="checkbox"/>			
Código <input type="checkbox"/>				16. REPORTE DEL TRÁMITE DE PROTECCIÓN AL CESANTE <input type="checkbox"/>			
6. REINSCRIPCIÓN EN LA EPS <input type="checkbox"/>				17. REPORTE DE LA CALIDAD DE PREPENSIONADO <input type="checkbox"/>			
7. INCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES <input type="checkbox"/>				18. REPORTE DE LA CALIDAD DE PENSIONADO <input type="checkbox"/>			

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD							
41. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN							
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	
42. FECHA (a partir de)							
DÍA		MES		AÑO			
43. EPS ANTERIOR				44. EXCEPCIÓN DEL TRASLADO		45. CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR O PAGADOR DE PENSIONES	
Código				COBERTURA GEOGRÁFICA <input type="checkbox"/> UNIFICACIÓN GRUPO FAMILIAR <input type="checkbox"/> CUMPLIMIENTO TIEMPO POR CESIÓN <input type="checkbox"/> SERVICIO AVALADO POR SNS <input type="checkbox"/>			

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES							
Declaración Juramentada de convivencia: Declaro que convivo con el(la) Señor(a) _____ identificado(a) con _____ No. _____ desde el día _____ del mes _____ del año _____ <input type="checkbox"/>							
46. 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. <input type="checkbox"/>							
47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción. <input type="checkbox"/>							
48. 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 <input type="checkbox"/>							
49. Declaración de no intermediación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud. <input type="checkbox"/>							
50. 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. <input type="checkbox"/>							
51. 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. <input type="checkbox"/>							
52. 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. <input type="checkbox"/>							
53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto. <input type="checkbox"/>							

VIII. FIRMAS							
54. Firma de cotizante, cabeza de familia o beneficiario				55. Firma y sello del empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio y/o independiente por prestación de servicio			
<i>Yorovis Baron</i>							

IX. ANEXOS							
56. Anexo copia del documento de identidad: <input type="checkbox"/> CN <input type="checkbox"/> RC <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> CD <input type="checkbox"/> SC <input type="checkbox"/> PE <input type="checkbox"/> Total <input type="checkbox"/>							
57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente. <input type="checkbox"/>							
58. Copia del registro civil de matrimonio o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital. <input type="checkbox"/>							
59. 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. <input type="checkbox"/>							
60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor. <input type="checkbox"/>							
61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia. <input type="checkbox"/>							
62. 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. <input type="checkbox"/>							
63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud. <input type="checkbox"/>							
64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. <input type="checkbox"/>							
65. 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. <input type="checkbox"/>							

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL													
66. Identificación de la Entidad Territorial				67. Datos del SISBEN		68. Fecha de radicación		69. Fecha de validación					
Código del Municipio		Código del departamento		Número de ficha		Puntaje		Nivel		DÍA MES AÑO		DÍA MES AÑO	
70. Datos del funcionario que realiza la validación				71. Firma del funcionario									
Primer apellido		Segundo apellido		Primer nombre		Segundo nombre							
Tipo documento de identidad		Número del documento de identidad											

OBSERVACIONES:

INSTRUCTIVO DE DILIGENCIAMIENTO FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD (SGSSS)

Diligencie el formulario en letra impresa, legible, sin borradores ni tachones. Los datos de identificación se deben diligenciar como aparece en el documento de identidad vigente. Los espacios sombreados son para el diligenciamiento por la EPS o la Entidad Territorial correspondiente. Los trámites de afiliación o novedades, puede realizarlos solamente el cotizante, el cabeza de familia, el representante institucional o el representante autorizado en afiliaciones de oficio.

DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de trámite. Marque con una X el tipo de trámite que va a realizar.
A. Afiliación. Si la persona se va a registrar por primera vez al Sistema General de Seguridad Social en Salud. Si ha estado antes en una EPS, el trámite no corresponde a una afiliación, sino a una novedad.
B. Reporte de Novedad. Si usted va a comunicar algún cambio en los datos, ya sean suyos, de sus beneficiarios, o de la condición en el aseguramiento.

2. Tipo de afiliación
A. Individual: La opción de afiliación individual aplica cuando el cotizante o el cabeza de familia realizan directamente la afiliación y el reporte de novedades, y no a través de otras personas, entidades o instituciones. Se debe colocar una X en la opción que corresponda: cotizante, cabeza de familia o beneficiario.
a) Cotizante o cabeza de familia.
b) Beneficiario o afiliado adicional
B. Colectiva: La opción aplica cuando un trabajador independiente o un miembro de una comunidad o congregación religiosa realiza afiliación, reporte de novedades y pago de aportes al SGSSS a través de asociaciones, agrupaciones o congregaciones religiosas autorizadas para realizar afiliaciones colectivas.
C. Institucional: La opción institucional aplica cuando la persona que se va a afiliar se encuentra a cargo de una institución de protección y la institución es responsable de hacer el trámite.
D. De oficio: La opción de oficio aplica cuando la afiliación es realizada por la Unidad Administrativa Especial de Gestión Pensional y Contribuciones Parafiscales de la Protección Social — UGPP, el empleador o la entidad administradora de pensiones cuando el afiliado no ha hecho la selección, la entidad territorial cuando la persona cumple los requisitos para pertenecer al régimen subsidiado y se refusa a ello, y los prestadores de servicios de salud en el caso del recién nacido de padres no afiliados. También aplica cuando la afiliación de los beneficiarios es realizada por las Comisarías de Familia, los defensores de familia, las Personerías Municipales.

3. Régimen
C. Contributiva. Cuando la operación que se va a realizar afecta a este régimen, es decir, la afiliación, la movilidad o la novedad es en el R. Contributivo.
S. Subsidiado. Cuando la operación que se va a realizar afecta a este régimen, es decir, la afiliación, la movilidad o la novedad es en el R. Subsidiado.

4. Tipo de Afiliado
CO: Cotizante. Es el afiliado que paga aportes al Sistema en el Régimen Contributivo, y es el cabeza del grupo familiar.
CF: Cabeza de familia. Es el afiliado que recibe subsidio del SGSSS, y es el cabeza de su grupo familiar.
BE: Beneficiario. Es la persona que integra el núcleo familiar y reúne las condiciones para ser inscrito como beneficiario de un cotizante en el Régimen Contributivo o de un cabeza de familia en el Régimen Subsidiado.
5. Tipo de cotizante. Corresponde a las opciones de condición del cotizante, al momento de su afiliación.
 Marque con una X la opción que corresponda:
Dependiente: Si el cotizante tiene un empleador mediante una relación laboral y comparte con éste el pago de los aportes a salud y pensiones.
Independiente: Si el cotizante no está vinculado a un empleador mediante una relación laboral y por tanto, no comparte el pago de sus aportes sino que los asume en la totalidad.
Pensionado: Si el cotizante goza de una pensión y el pago del aporte a salud se encuentra a su cargo.
Independiente por prestación de servicio: Selección este tipo de cotizante, si tiene un contrato por prestación de servicio y la empresa con la cual tiene el contrato realizará el pago de las cotizaciones; en este caso debe diligenciar la información contenida en el Capítulo V.
Código: Este espacio debe ser diligenciado por la EPS, y corresponde al código de cotizante establecido en la base de datos de afiliados vigente.
Fecha de solicitud. Debe escribir la fecha en la que se está haciendo el trámite, colocando día, mes y año.

A. AFILIACIÓN
 Si la afiliación es individual o colectiva, se debe: Diligenciar los espacios de los capítulos II y III, correspondientes a los datos básicos de identificación y complementarios del cotizante o del cabeza de familia. Diligenciar los datos del capítulo IV si el cotizante o cabeza de familia tiene beneficiarios, en el mismo trámite de afiliación. Diligenciar los datos del capítulo V, relativos al empleador si el afiliado es dependiente, y si es un trabajador independiente vinculado a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas, registrar los datos de la asociación, agrupación o congregación religiosa. Marcar con una X, en el capítulo VII, las declaraciones y autorizaciones que correspondan. Diligenciar en el capítulo VIII Firmas, los campos 54 y/o 55 según el caso. - Marcar con una X, en el capítulo IX, los documentos de identidad de las personas que se afilian y los anexos que acreditan la condición de sus beneficiarios, según corresponda.
 Si la afiliación es institucional o de oficio, la institución o entidad debe:
 - Diligenciar los espacios de los capítulos II y III con los datos de la persona que se va a afiliar, en condición de cotizante o cabeza de familia. Los niños de padres no afiliados que afilia la IPS lo hacen en condición de cabeza de familia hasta tanto sus padres realicen la afiliación.
 - Diligenciar los datos del capítulo IV si tiene información de los beneficiarios de la persona que se va a afiliar, o si la persona que se va a afiliar tiene la calidad de beneficiario de un cotizante en el caso de la afiliación de oficio en los términos del artículo 35 del Decreto 2353 de 2015.
 - Diligenciar los datos del capítulo V relativos a la entidad responsable de la afiliación institucional o de oficio. En el caso de Entidades Territoriales estas deberán registrar los datos del capítulo X.
 - Marcar con una X en el capítulo VII las declaraciones y autorizaciones que correspondan. En el caso de las afiliaciones de oficio solo podrán marcar los numerales 51, 52 y 53.
 - Diligenciar el capítulo VIII Firmas, firmando en el campo 55 "Empleador, Aportante o Entidad responsable para la afiliación colectiva, institucional o de oficio".
 - Marcar con una X, en el capítulo IX, el documento de identidad de la(s) persona(s) que se va(n) a afiliar y los anexos que correspondan.
 - Diligenciar los datos del capítulo X cuando la Entidad Territorial es la que realiza la afiliación.

CAPÍTULO II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o del cabeza de familia)
 Los datos básicos de identificación son aquellos que permiten la plena identificación del cotizante o cabeza de familia y deben coincidir con los del documento expedido por la entidad competente. Estos son:
6. Apellidos y nombres: Estos datos deben ser registrados en las casillas correspondientes, en forma idéntica a como aparecen en el documento de identidad. - Primer apellido - Segundo apellido - Primer nombre - Segundo nombre.
7. Tipo de documento de identidad: Debe colocar en el espacio el código que corresponde al documento con el cual se va a identificar, según la siguiente tabla:

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN DEL TIPO DE DOCUMENTO
CN	Corresponde al Certificado de Nacimiento Vivo, expedido por la Institución Prestadora de Servicios (IPS) donde nació el niño o niña, y solo es válido hasta máximo el tercer mes de vida, después de lo cual debe ser reemplazado por el registro civil.
RC	Corresponde al Registro Civil de Nacimiento, expedido por una notaría pública. Escriba el número del Registro Civil de 11 dígitos. NO EL NÚMERO SERIAL.
TI	Corresponde a la Tarjeta de identidad, válida hasta cumplir 18 años, cuando debe ser reemplazada por la cédula de ciudadanía. Consta de 10 números.
CC	Corresponde a la Cédula de Ciudadanía, expedida por la Registraduría Nacional del Estado Civil, a las personas que cumplen 18 años, y es obligatoria a partir de esta fecha. Consta de 10 dígitos.
CE	Corresponde a la Cédula de Extranjería expedida solo para extranjeros, por la Oficina respectiva de Migración Colombia.
PA	Corresponde al Pasaporte, y es el documento que acredita la identidad y la nacionalidad de una persona al ingresar a otro país, y es expedido por la Cancillería.
CD	Corresponde al Carné Diplomático, expedido a aquellos que cumplen funciones como personal de embajadas, legaciones, departamentos y delegaciones en representación de gobiernos extranjeros. Aplica sólo en la afiliación de este tipo de funcionarios.
SC	Corresponde al Salvo Conducto de permanencia y es un documento de carácter temporal que expide la Unidad Administrativa Especial Migración Colombia al extranjero que así lo requiera.
PE	Permiso Especial de Permanencia.

8. Número del documento de identidad: Es el número con el cual se identifica como persona física y debe registrarlo exactamente como figura en el documento de identidad. Si se trata del registro civil escriba el número NUIP que aparece en la parte superior izquierda del documento, no el indicativo serial. Verifique que lo ha registrado completo.
9. Sexo: Marque con una X, la opción: femenino o masculino, como aparece en su documento de identidad.
10. Fecha de nacimiento: Registre la fecha de nacimiento como figura en el documento de identidad: día, mes y año.

CAPÍTULO III. DATOS COMPLEMENTARIOS
Datos personales:
 Estos datos deben registrarse por el cotizante en el Régimen Contributivo y por el cabeza de familia en el Régimen Subsidiado, según corresponda.
11. Etnia: En este espacio debe registrar el código correspondiente a la etnia en caso de pertenecer a alguna de ellas, tal como aparece en la tabla:

CÓDIGO	ÉTNIA
01	Indígena
02	Rom (gitano)
03	Raizal (San Andrés y Providencia).
04	Palenquero (San Basilio de Palenque).
05	Negro(a), Afrocolombiano(a).

12. Discapacidad: Este espacio debe diligenciarse solo en el caso de que el cotizante o cabeza de familia tenga una discapacidad reconocida y calificada médicamente.
Tipo de discapacidad:
 Marque con una X la opción:
F: Física: Neuro-sensorial M: Mental
Condición de discapacidad:
 Marque con una X la opción:
T: Temporal P: Permanente.
13. Puntaje SISBEN: Este dato aplica solo para el Régimen Subsidiado. Debe registrar el puntaje obtenido en la encuesta Sisben.
14. Grupo poblacional o población especial, corresponde a la clasificación de la población que ha sido elegible para el subsidio de salud mediante el mecanismo de listado censal como lo establecen las distintas normas vigentes sobre el particular. Debe escribir el código numérico en el espacio que corresponda, según la siguiente tabla:

CODIGO	GRUPO POBLACIONAL
02	Población infantil abandonada a cargo del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar.
06	Menores desvinculados del conflicto armado, a cargo del ICBF.
08	Población desmovilizada
09	Víctimas del conflicto armado
10	Población infantil vulnerable bajo protección en instituciones diferentes al ICBF.
11	Personas incluidas en el programa de protección a testigos.
16	Adultos mayores en centros de protección.
17	Comunidad indígena.
18	Población Rom
22	Población privada de la libertad, que no esté a cargo del Fondo Nacional de Salud de las Personas Privadas de la Libertad.
23	Personas que dejen de ser madres comunitarias y sean beneficiarias del subsidio de la Subcuenta de Subsistencia del Fondo de Solidaridad Pensional.
24	Personas incluidas en el Registro Único de Damnificados por la deportación, expulsión, repatriación o retorno desde el territorio Venezolano.

Si la afiliación es individual o de oficio seleccione uno de los siguientes códigos: 08, 09, 11, 17, 18, 23, 24.
 Si la afiliación es institucional seleccione uno de los siguientes códigos: 02, 06, 10, 16, 22.
15. Administradora de Riesgos Laborales — ARL: Este dato aplica sólo para la afiliación en el Régimen Contributivo de los trabajadores dependientes. Registre el nombre de la Entidad Administradora de Riesgos Laborales, donde se encuentra afiliado.
16. Administradora de Pensiones: Este dato aplica sólo para la afiliación en el Régimen Contributivo. Registre el nombre de la Entidad Administradora de Pensiones donde se encuentra afiliado.
17. Ingreso Base de Cotización — IBC: Este dato aplica sólo para la afiliación en el Régimen Contributivo. Registre el valor del salario o del ingreso mensual sobre el cual va a pagar los aportes al SGSSS.
18. Residencia: Registre su dirección de residencia actual, de acuerdo a la nomenclatura de la DIAN o Registro Municipal.
 -Teléfono (fijo o celular, o ambos)
 - Barrio
 - Departamento
 - Zona: urbana o rural donde se ubica su residencia
 - Ciudad/comuna si existen en su ciudad, municipio o distrito.
 - Correo electrónico. Registre importante para comunicarle su estado de afiliación y otras novedades.
 - Código de IPS

CAPÍTULO IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero (a) permanente cotizante
 Estos datos deben ser registrados solo cuando el cónyuge o compañero (a) permanente también cotiza al SGSSS. Si este no cotiza debe registrarse en los espacios de "Datos de identificación de los miembros del núcleo familiar" en el capítulo IV en la fila de primer beneficiario (B1).
 Si al momento de la afiliación del cotizante el cónyuge o compañero (a) permanente está afiliado y cotiza, solo debe diligenciar sus datos básicos de identificación de estos espacios.
19. Apellidos y nombres: Estos datos deben ser registrados en forma idéntica como figuran en el documento de identidad.
 - Primer apellido
 - Segundo apellido
 - Primer nombre
 - Segundo nombre
20. Tipo de documento de identidad: Registre el código que corresponde al documento con el cual se va a identificar, según la tabla de tipos de documentos de identidad que se encuentra en el numeral 7 del capítulo II de este instructivo.
21. Número del documento de identidad: Registre el número exactamente como aparece en el documento de identidad. Verifique que lo ha registrado completo.
 Si se trata del registro civil escriba el número NUIP que aparece en la parte superior izquierda del documento, no el indicativo serial. Verifique que lo ha registrado completo.
22. Sexo: Marque con una X, la opción: femenino o masculino, como aparece en su documento de identidad.
23. Fecha de nacimiento: Registre la fecha de nacimiento como aparece en el documento de identidad: día, mes y año.
Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales
 En las filas identificadas con los códigos 1, 2, 3, y 4 registre los datos de cada uno de los beneficiarios o afiliados adicionales que vaya a incluir en el trámite.
24. Apellidos y nombres: Estos datos deben ser registrados en forma idéntica como figuran en el documento de identidad. Apellidos y nombres completos
25. Tipo de documento de identidad: Coloque en el espacio el código que corresponde al documento con el cual se va a identificar, según la tabla de tipos de documentos de identidad que se encuentra en el numeral 7 del capítulo II.
26. Número del documento de identidad: Registre el número exactamente como figura en el documento de identidad. Verifique que lo ha registrado completo.
 Si se trata del registro civil escriba el número NUIP que figura en la parte superior izquierda del documento, no el indicativo serial.
27. Sexo: Marque con una X, la opción: femenino o masculino, como aparece en su documento de identidad.
28. Fecha de nacimiento: Registre la fecha de nacimiento como aparece en el documento de identidad: día, mes y año.
Datos complementarios
29. Parentesco: En este espacio debe colocar el código que corresponde al tipo de parentesco con el cotizante o cabeza de familia y que lo identifica como beneficiario o afiliado adicional, como aparece en la siguiente tabla:

CÓDIGO	PARENTESCO	DESCRIPCIÓN PARENTESCO
CP	Compañero(a) permanente incluyendo los hijos del mismo sexo.	Con unión marital de hecho.
III	Hijos menores de veinticinco(25) años de edad.	Que dependan económicamente del cotizante.
IID	Los hijos de cualquier edad.	Si tienen incapacidad permanente y dependen económicamente del cotizante.
IC	Los hijos del cónyuge o compañero o compañera permanente del afiliado, incluyendo los de los hijos del mismo sexo.	Si son menores de 25 años y dependen económicamente del cotizante, o si presentan incapacidad permanente y dependen económicamente del cotizante.
III	Los hijos de los beneficiarios.	Son los nietos del cotizante cuyo padre o madre es beneficiario del cotizante.
MD	Los menores de veinticinco(25) años o de cualquier edad, con incapacidad permanente.	Que dependan económicamente del cotizante y se encuentran hasta el tercer grado de consanguinidad, como consecuencia del fallecimiento de los padres, la pérdida de la patria potestad o la ausencia de éstos.
PD	Padres del cotizante.	Que no estén pensionados y dependan económicamente del cotizante, cuando éste no inscribe como beneficiarios al cónyuge, o compañera (o) permanente o a los hijos.
MC	Menores de dieciocho(18) años en custodia.	Integrados en custodia legal sin otorgarse o disolverse familia, por autoridad competente.
AA	Persona de cualquier edad como afiliado adicional.	Persona de cualquier edad que dependa económicamente del cotizante y se encuentra en el 4° grado de consanguinidad o 2° de afinidad, respecto de este.

30. Etnia: Registre el código que aparece en la tabla del numeral 11 de este instructivo, correspondiente a la etnia en caso de pertenecer a alguna de ellas.
31. Discapacidad: Este espacio debe diligenciarse solo en el caso de que el beneficiario tenga una discapacidad reconocida y calificada médicamente.
Tipo de discapacidad:
 Marque con una X la opción:
F: Física: Neuro-sensorial M: Mental
Condición de discapacidad:
 Marque con una X la opción:
T: Temporal P: Permanente.
32. Datos de residencia: Estos datos aplican sólo para el Régimen Contributivo cuando los beneficiarios y afiliados adicionales residan en un municipio diferente al del cotizante.
 Ciudad / Municipio
 Departamento
 Zona: urbana, rural
 Teléfono (fijo y/o celular)
33. Valor de la UPC del afiliado adicional: Este dato debe ser diligenciado por la EPS para lo cual debe colocar el valor mensual del aporte (en millones) correspondiente.

diente a cada afiliado adicional que se haya registrado.
Selección de la Institución Prestadora de Servicios de Salud — IPS primaria
34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud — IPS: Registrar el nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud primaria que ha sido seleccionada por el cotizante o cabeza de familia, dentro del listado de la Red de Prestadores que le presente la EPS, así:
 En la fila identificada con la letra C, la IPS seleccionada en el municipio de residencia del cotizante y los beneficiarios que convivan con él en el régimen contributivo, o del cabeza de familia y sus beneficiarios en el régimen subsidiado.
 En las filas identificadas con la letra B, solo para el régimen contributivo, en la casilla vacía, registre el número del beneficiario del cotizante o afiliado adicional que reside en un municipio distinto al del cotizante y el nombre de la IPS en ese municipio.
Nivel SISBEN Y GRUPO POBLACIONAL:
 Verificar numeral 13 y tabla correspondiente a numeral 14.
CAPÍTULO V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y APORTANTES O DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO
 Estos datos aplican a:
 El Empleador cuando el afiliado que hace el trámite es un trabajador dependiente y la afiliación o el reporte de la novedad lo exige.
 Las entidades autorizadas para realizar la afiliación colectiva de trabajadores independientes o miembros de comunidades o congregaciones religiosas, entidades administradoras o pagadoras de pensiones, Cooperativas y pre cooperativas o de la Institución Prestadora de Servicios de Salud cuando se trate de cotizantes que no tienen la calidad de dependientes y la afiliación o el reporte de la novedad lo exige.
 Las Instituciones o entidades responsables de hacer la afiliación y reportar las novedades de las personas que se encuentran bajo su protección, o los empleadores, entidades e instituciones que tienen la competencia para realizar la afiliación o el reporte de novedades.
35. Nombre o Razón Social: Escriba el nombre o razón social del empleador, otro tipo de aportante, pagador de pensiones o de las entidades responsables de la afiliación colectiva, institucional o de oficio.
36. Tipo de documento de identificación: Escriba el tipo de documento con el cual se identifica como empleador, otro tipo de aportante, pagador de pensiones o como entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio, así: - TI (número de identificación tributaria), cuando se trate de personas jurídicas, públicas o privadas.
 - CC (cédula de ciudadanía), TI (tarjeta de identidad), PA (pasaporte), CE (cédula de extranjería), CD (carne diplomático) cuando se trate de personas naturales.
37. Número del documento de identificación: Escriba el número del documento de identificación.
38. Tipo de aportante o Pagador de Pensiones: Este dato debe ser diligenciado por la EPS para lo cual debe registrar el código del tipo de aportante o pagador de pensiones o de la Institución Prestadora de Servicios de Salud, según la tabla de aportantes establecida para la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes-PIIA.
39. Ubicación o Dirección
 - Ciudad o Municipio
 - Departamento
 - Teléfono (fijo o celular)
 - Correo electrónico
 En el caso de Bogotá, D.C., debe escribir como departamento Bogotá, D.C.

B. REPORTE DE NOVEDADES

El reporte de novedades no puede realizarse simultáneamente con la afiliación. La novedad es la modificación de los datos reportados en la afiliación o de la condición de la afiliación.
 El reporte de novedades solo puede ser realizado por los cotizantes y cabezas de familia.
 Los beneficiarios únicamente pueden reportar las novedades que expresamente se autorizan en este instructivo.
 Las EPS no pueden reportar a la base de datos de afiliados vigentes novedades que no hayan sido reportadas por los cotizantes, cabeza de familia o beneficiarios mediante la suscripción del Formulario Único de Afiliación y Reporte de Novedades.
40. Tipos de novedad: Marque con una X la casilla que corresponda al tipo de novedad que va a reportar según la siguiente tabla:
CAPÍTULO VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD
41. Datos básicos de identificación: Registre en el numeral 41 del capítulo VI, los datos básicos (Primer apellido, Segundo apellido, Primer nombre, Segundo nombre, Tipo de documento de identidad, Número del documento de identidad, Sexo y Fecha de nacimiento) del afiliado, únicamente para las siguientes novedades:
42. Fecha: Registre en el numeral 42 del capítulo VI, la fecha únicamente para las siguientes novedades:
Novedad 9: Inicio de la relación laboral o de adquisición de condiciones para cotizar.
Novedad 10: Terminación de la relación laboral.
Novedad 11: Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
Novedad 12: Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
Novedad 15: Reporte de fallecimiento, la que figura en el certificado de defunción.
43. EPS Anterior: Este dato solo se diligencia para la novedad 14 cuando se solicita traslado y corresponde al nombre de la EPS en la cual se encuentra inscrito el cotizante o cabeza de familia y de la cual desea trasladarse.
44. Expediente del traslado: Este campo debe seleccionarse cuando está reportando la novedad 14. Selección según corresponda: Unificación de grupo familiar; si va a realizar una inclusión a su grupo familiar, su cónyuge y/o compañero(a), Cobertura geográfica; si la EPS de donde se traslada no tiene cobertura en su nuevo municipio de residencia. Servicio avalado por SNS; por deficiente prestación de servicio en su EPS anterior previa autorización de la SNS o no haya realizado el derecho a la libre escogencia. Cumplimiento tiempo de Cesantía cuando se cotiza a otra EPS y cumple los 90 días para poder trasladarse de acuerdo al Decreto 780 Art. 2, 1, 3.
45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones: Este dato se registra únicamente en la novedad 16: "Reporte del trámite de protección al cesante" o en la novedad 18: "Reporte de la calidad de pensionado". Debe colocar el nombre de la Caja de Compensación Familiar o del Pagador de Pensiones, según el caso.
CAPÍTULO VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES
46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios o afiliados adicionales.
47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción
48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
49. Declaración de inscripción del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
50. 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.
51. 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, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
52. Autorización para que la EPS mantenga los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales de acuerdo con lo previsto en la Ley 1584 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.
53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.
CAPÍTULO VIII. FIRMAS
 Este formulario debe suscribirse por el cotizante, cabeza de familia, empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio, en los casos establecidos en este instructivo y que, conforme a la normativa vigente, tenga a su cargo la afiliación y el reporte de novedades. También será suscrito por el beneficiario sólo en el evento del reporte de fallecimiento del cotizante o cabeza de familia.
 En el espacio correspondiente debe ir la firma de:
 54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario
 55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio.
 Con la firma contenida en el numeral 54 el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el capítulo VII del formulario.
CAPÍTULO IX. ANEXOS
 Marque con una X la casilla correspondiente al documento(s) que se anexa(n), según lo requiera el trámite que realiza.
56. Documento de identidad: CN, RC, TI, CC, PA, CE, CD, SC, PE.
57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
58. Copia del registro civil de matrimonio o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
59. 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.
60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.
61. Copia de la orden judicial o del acta administrativo de custodia.
62. Copia del 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 padres.
63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.
64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
65. Copia del acta administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

CAPÍTULO X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

Estos datos aplican solo en el Régimen Subsidiado y deben diligenciarse por la entidad territorial cuando se trate de afiliación o reporte de novedades en el régimen subsidiado, cuando la respectiva novedad lo exige.
66. Identificación de la Entidad Territorial: Registre el código del municipio o distrito y del departamento, según la codificación DANE, que corresponden a la Entidad Territorial.
67. Datos del Sisben: El funcionario de la Entidad Territorial debe consultar en la base de datos Sisben y registrar:
 - Número de la ficha Sisben
 - Puntaje
 - Nivel Sisben (según el puntaje)

68. Fecha de radicación: El funcionario de la Entidad Territorial debe registrar la fecha en que la EPS entrega el formulario para validación.
69. Fecha de validación: El funcionario de la Entidad Territorial debe registrar la fecha en que consultó la base de datos de Sisben e hizo las validaciones correspondientes.
70. Datos del funcionario: El funcionario de la Entidad Territorial debe registrar sus datos personales:
 - Primer apellido
 - Segundo apellido
 - Primer nombre
 - Segundo Nombre
 - Tipo de documento de identidad
 - Número del documento de identidad

71. Firma del funcionario: El funcionario de la Entidad Territorial debe colocar su firma, como responsable de los datos registrados sobre la información y validación del Sisben.
Observaciones: En este espacio puede escribir las observaciones que considere necesarias

INSTITUCION EDUCATIVA JOSE CELESTINO MUTIS

Apartado

Vigencia 2021

RECIBIDO A SATISFACCION

EL RECTOR DE LA INSTITUCION EDUCATIVA JOSE CELESTINO MUTIS

DEL MUNICIPIO APARTADO

CERTIFICA :

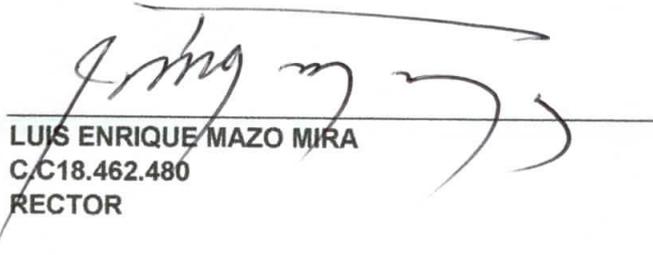
QUE SE RECIBIO A SATISFACCION LOS SIGUIENTES ARTICULOS O SERVICIOS RESOLUCION 0049, PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION EN LA SECRETARIA DE LA INSTITUCION EDUCATIVA JOSE CELESTINO MUTIS

EXPEDIDAS POR LA ENTIDAD O PERSONA NATURAL: YOROVIS MARIA BARON HERNANDEZ

IDENTIFICADO CON NIT/C.C. 50.571.442

POR UN VALOR: NOVECIENTOS DIEZ Y OCHO MIL OCHOCIENTOS PESOS (\$ 918800)

Dado en APARTADO, el viernes, 19 de marzo de 2021



LUIS ENRIQUE MAZO MIRA
C.C18.462.480
RECTOR

INSTITUCION EDUCATIVA JOSE CELESTINO MUTIS

LA TESORERIA

Nit. 811023253-8

REGISTRO PRESUPUESTAL NUMERO 00000009

CON DISPONIBILIDAD No. 00000009

El tesorero de la INSTITUCION EDUCATIVA JOSE CELESTINO MUTIS , autorizado por el Consejo Directivo y con facultades conferidas en la ley General 115 y sus decretos 1857 y 1860 , y la Ley 715 del 2001 con su decreto reglamentario 4791 de Diciembre 19/2008, se permite constituir compromisos dentro del presupuesto de la actual vigencia en los términos y por la cantidad abajo solicitada

VIGENCIA 2021

211103	Remunera. servicios técnicos-ALCALDIA	2,297,000
	Total	2,297,000

Beneficiario: YOROVIS MARIA BARON HERNANDEZ

Nit: 50.571.442

Concepto:

RESOLUCION 0049, PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION EN LA SECRETARIA DE LA INSTITUCION EDUCATIVA JOSE CELESTINO MUTIS

Dada en APARTADO, el día 2 de Marzo del 2021

ELIZABETH BALLESTEROS

TESORERA

INSTITUCION EDUCATIVA JOSE CELESTINO MUTIS

LA TESORERIA

Nit. 811023253-8

CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL NUMERO 00000009

El Tesorero de la INSTITUCION EDUCATIVA JOSE CELESTINO MUTIS , autorizado por el consejo directivo y con facultades que se confieren en la ley General 115 y su decreto 1857, y Ley 715 de 2001 con su decreto reglamentario 4791 de diciembre 19/2008, se permite certificar disponibilidad de recursos en los términos y por la cantidad solicitada; en el presupuesto de gastos de la entidad.

Vigencia 2021

El Pagador Habilitado de la INSTITUCION EDUCATIVA JOSE CELESTINO MUTIS , autorizado por el Consejo Directivo y con facultades que se confieren la Ley 715 de 2001 con su decreto reglamentario 4791 de 19 de Diciembre 2008 , se permite certificar disponibilidad de recursos en los terminos y por la cantidad solicitada ; en el presupuesto de gastos de la entidad. Este decreto rige a partir de la fecha de su publicacion y de deroga los decretos 1857 de 1994 y 992 de 2002, y todas las disposiciones que le sean contrarias.

Vigencia 2021

Rubro	Descripción	Ppto	Valor Dcto	Ejecutado	Disponible
211103	Remunera. servicios	0	2,297,000	2,297,000	0
	Adiciones del rubro:	2,297,000			
	TOTAL		2,297,000		

Concepto:

RESOLUCION 0049, PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION EN LA SECRETARIA DE LA INSTITUCION EDUCATIVA JOSE CELESTINO MUTIS

Dada en APARTADO, el día 2 de Marzo del 2021

ELIZABETH BALLESTEROS BARRERA
TESORERA