HOJA DE VIDA



Nombre: JOSE ARNUBIO DIAGO CAICEDO

Documento De Identidad: 76.237.532

Fecha De Nacimiento: 01 de Octubre de 1970

Teléfono: 3143131882

Dirección: CRA. 26 A3 # 77-28

Ciudad: Cali, Colombia

Estado civil: Soltero

E-mail: Michellcaicedo911@gmail.com

FORMACION ACADEMICA

TITULACIÓN: EL SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE **SENA**

PREPARAR ALIMENTOS DE ACUERDO CON LA SOLICITUD DEL CLIENTE.

EJECUTAR PROCESOS BÁSICOS PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE ACUERDO A LOS PROCEDIMIENTOS ESTABLECIDOS POR LA ORGANIZACIÓN.

AÑO: 14 NOVIEMBRE DEL 2016

EXPERIENCIA LABORAL

Experiencia Laboral con contracto de termino **FIJO** desde 01 de febrero de 2010 hasta el 30 mayo del 2011, desde el 01 d octubre de 2011 hasta el 30 de enero del 2013, laboro con contracto de término **INDEFINIDO** desde el 01 de junio del 2013 hasta el 15 de julio de 2019, desempeñado en el cargo de **COCINERO 2** del restaurante **CLUB COLOMBIA**.

CIUDAD: BOGOTA, COLOMBIA

TELEFONO: 3220732

REFERENCIA FAMILIARES

Nombre: NORA DIAGO CAICEDO

Cargo: AMA DE CASA

Teléfono: 3147442706

Nombre: LUIS EDUARDO DIAGO CAICEDO

Cargo: COMANDO DE FUERZAS ESPECIALES

Teléfono: 3215052499

REFERENCIA PERSONALES

Nombre: DIELA MARIA CAICEDO

Cargo: AUXILIAR DE ENFERMERIA

Teléfono: 3218017066

Nombre: JHONATAN CAICEDO

Cargo: AUXULIAR DE COCINA

EMPRESA: INVERSIONES LEAL

Teléfono: 3213844626

Firma: Jose Arnubio Diago Caicedo

C.C.: 76.237.532

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 137085095

WEB
09:28:29

Bogotá DC, 20 de noviembre del 2019

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) JOSE ARNUBIO DIAGO CAICEDO identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 76237532:

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.

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

LA CONTRALORIA DELEGADA PARA INVESTIGACIONES, JUICIOS FISCALES Y JURISDICCIÓN COACTIVA

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy miércoles 20 de noviembre de 2019, a las 09:28:10, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	76237532
Código de Verificación	76237532191120092810

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

Digitó y Revisó: WEB

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 09:16:18 horas del 20/11/2019, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía N° **76237532**
Apellidos y Nombres: **DIAGO CAICEDO JOSE ARNUBIO**

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.

Avenida el Dorado N° 75 - 25 Barrio Modelia. Bogotá DC
Atencion administrativa de lunes a viernes de 8:00 am - 12:00 pm y 2:00 pm - 5:00 pm
Línea de Atencion al Ciudadano - Bogotá D.C. 5159700 / 30555
Resto del país: 018000 910 112
Requerimientos ciudadanos 24 horas
E-mail: lineadirecta@policia.gov.co.

Modified by Héctor Quintero

Presidencia de la República
Ministerio de Defensa Nacional
Portal Único de Contratación
Gobierno en Línea
Todos los derechos reservados.

7 623753 32

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 76.237.532
DIAGO CAICEDO

APELLIDOS
JOSE ARNUBIO

NOMBRES
Arnubio Diago Caicedo

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 01-OCT-1970
EL TAMBO
(CAUCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.73 O+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO

31-MAR-1989 EL TAMBO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-3100150-00052121-M-0076237532-20080817 0002315371A 1 2790010716

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 76.237.532
DIAGO CAICEDO

APELLIDOS
JOSE ARNUBIO

NOMBRES

ARNUBIO DIAGO CAICEDO

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 01-OCT-1970
EL TAMBO
(CAUCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.73	O+	M
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

31-MAR-1989 EL TAMBO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-3100150-00052121-M-0076237532-20080817 0002315371A 1 2790010716

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 76.237.532
DIAGO CAICEDO

APELLIDOS
JOSE ARNUBIO

NOMBRES

ARNUBIO DIAGO CAICEDO

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 01-OCT-1970
EL TAMBO
(CAUCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.73	O+	M
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

31-MAR-1989 EL TAMBO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-3100150-00052121-M-0076237532-20080817 0002315371A 1 2790010716

Según la Obligación Séptima del Artículo 57 del Código Sustantivo del Trabajo

INVERSIONES LEHAL
900.016.780-1

CERTIFICA:

Que el (la) Señor(a) **DIAGO CAICEDO JOSE ARNUBIO,** identificado con la C.C. No. **76237532,** Laboró en nuestra organización con un contrato a término FIJO desde el 01 de febrero de 2010 hasta el 30 de mayo de 2011. Desde el 01 de octubre de 2011 hasta el 30 de enero de 2013, El motivo de la terminacion fue expiracion de plazo fijo pactado. Laboró en nuestra organización con un contrato a término INDEFINIDO desde el 01 de junio de 2013 hasta el 15 julio de 2019, desempeñando el cargo de **COCINERO 2,** del Restaurante **CLUB COLOMBIA.** El motivo del retiro fue **RENUNCIA VOLUNTARIA.**

En constancia de lo antes mencionado, extendemos la presente certificación, a los diecinueve (19) días del mes de julio de 2019.

Cordialmente,

JENY PATRICIA ARIZA ZARATE
Departamento de Gestión Humana

INVERSIONES LEHAL S.A.
NIT. 900.016.780-1

Libertad y orden
RÉPUBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En Cumplimiento del Decreto 933 de 2003
otorga
Certificado de Competencia Laboral a

JOSE ARNUBIO DIAGO CAICEDO

Con Cédula de Ciudadanía No. 76.237.532
Quien demostró su Competencia Laboral en la
Norma

PREPARAR ALIMENTOS DE ACUERDO CON LA SOLICITUD DEL CLIENTE

Código: 260201011

En testimonio de lo anterior, se firma el presente en Bogotá, D. C., a los catorce (14) días del mes de noviembre de dos mil trece (2013)

Firmado Digitalmente por
ADRIANA MILENA GASCA CARDOSO
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
Autenticidad del Documento
Bogotá - Colombia

SGC2013NC02258 - 14/11/2013
No Y FECHA REGISTRO

ADRIANA MILENA GASCA CARDOSO
SUBDIRECTORA Centro Nacional de Hotelería, Turismo y Alimentos
REGIONAL DISTRITO CAPITAL

VIGENCIA
14 de Noviembre de 2016

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 9406002602010111024CC76237532C

Libertad y orden
RÉPUBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En Cumplimiento del Decreto 933 de 2003
otorga
Certificado de Competencia Laboral a

JOSE ARNUBIO DIAGO CAICEDO

Con Cédula de Ciudadanía No. 76.237.532

Quien demostró su Competencia Laboral en la
Norma

EJECUTAR PROCESOS BASICOS PARA LA PRESTACION DEL SERVICIO DE ACUERDO A LOS PROCEDIMIENTOS ESTABLECIDOS POR LA ORGANIZACION

Código: 260201012

En testimonio de lo anterior, se firma el presente en Bogota, D. C., a los catorce (14) dias del mes de noviembre de dos mil trece (2013)

Firmado Digitalmente por
ADRIANA MILENA GASCA CARDOSO
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
Autenticidad del Documento
Bogotá - Colombia

SGC2013NC02259 - 14/11/2013
No Y FECHA REGISTRO

ADRIANA MILENA GASCA CARDOSO
SUBDIRECTORA Centro Nacional de Hotelería, Turismo y Alimentos
REGIONAL DISTRITO CAPITAL

VIGENCIA
14 de Noviembre de 2016

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 9406002602010121024CC76237532C.

DROGAS CAUCUTA

CARNET DE VACUNACION CONTRA EL TETANO

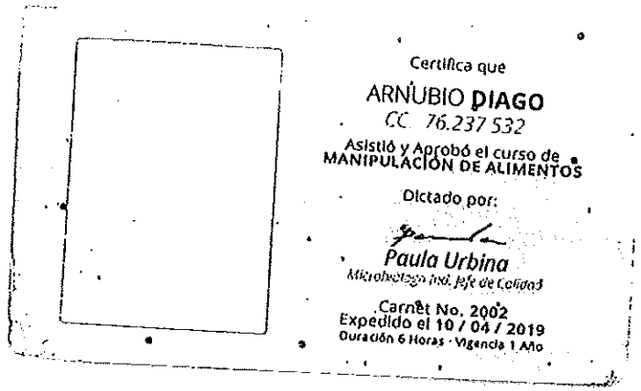
NOMBRE(S) José Arnobio

APELLIDO(S) Diago Caicedo

CC ó TI 96237532.

COMO VACUNARSE	FECHA DE APLICACIÓN	FECHA DE REFUERZO CADA 5 - 10 AÑOS
1a. DOSIS INICIAL	Nov 27 /19	5a. L 22080019
2a. 2da. DOSIS APLICAR AL MES		6a.
3a. 3ra. DOSIS APLICAR AL AÑO		7a.
4a. UN REFUERZO CADA 5 - 10 AÑOS		8a.

VÁLIDO UNICAMENTE EL ORIGINAL



Certifica que

ARNUBIO **DIAGO**

CC 76.237 532

Asistió y Aprobó el curso de
MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS

Dictado por:

Paula Urbina
Microbiologa Ind. Jefe de Calidad

Carnet No. 2002
Expedido el 10 / 04 / 2019
Duración 6 Horas - Vigencia 1 Año

Zonak®

CARNET DE MANIPULADOR DE ALIMENTOS
Resolución 2674 del 22 de Julio de 2013 del Ministerio de Salud y Protección Social

Inveticoko S.A. 860.510.363-5 • Kato S.A.S. 830.047.411-5
Inversiones Lehol S.A. 900.016.780-1 • Michellenina S.A.S. 830.063.944-4
Homoko S.A.S. 900.725.434-0 • Industria Comercial de Alimentos Nutria S.A.S. 860.504.410-0

WWW.ZONAK.COM.CO
BOGOTÁ - COLOMBIA

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de Afiliados en la Base de Datos Única de Afiliados al Sistema de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	76237532
NOMBRES	JOSE ARNUBIO
APELLIDOS	DIAGO CAICEDO
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
RETIRADO	COMPENSAR E.P.S.	CONTRIBUTIVO	01/06/2017	14/09/2019	COTIZANTE

Fecha de Impresión:	11/26/2019 13:50:20	Estación de origen:	192.168.70.1

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las Entidades en cumplimiento de la Resolución 4622 de 2016.

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.

La responsabilidad por la calidad de los datos y la información reportada a la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA, junto con el reporte oportuno de las novedades para actualizar la BDUA, corresponde directamente a su fuente de información; en este caso de las EPS, EOC y EPS-S.

Esta información se debe utilizar por parte de las entidades y los prestadores de servicios de salud, como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como motivo para denegar la prestación de los servicios de salud a los usuarios.

Si usted encuentra una inconsistencia en la información publicada en ésta página, por favor remítase a la EPS en la cual se encuentre afiliado y solicite la corrección de la información inconsistente sobre su afiliación. Una vez realizada esta actividad, la EPS debe remitir la novedad correspondiente a la ADRES, conforme lo establece la normatividad vigente.

IMPRIMIR CERRAR VENTANA

CUESTIONARIO CARTA DE DERECHOS Y DEBERES DEL AFILIADO Y DEL PACIENTE EN EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD Y DE LA CARTA DE DESEMPEÑO

compensar | eps salud

	SI	NO
¿ Previo diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y del Paciente?	X	
¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo la entrega de la carta de Desempeño donde se presenta de manera clara su puesto en el ranking?	X	
¿Leyó el contenido de la carta de derechos y deberes del afiliado y del paciente?	X	
¿Leyó el contenido de la carta de desempeño de la EPS?	X	
¿Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información fue asesorado adecuadamente por la EPS?	X	

Como cotizante y representante de mi grupo familiar, hago constar mediante mi firma que compartiré la presente carta de derechos y deberes y carta de desempeño de la EPS con mis beneficiarios.

Firma del afiliado: Jose Diago

No. Identificación: 76.237.532.

FIRMA A RUEGO (Diligenciar exclusivamente cuando el cotizante no pueda firmar)

A ruego de (la) señor (a) _____ con C.C. No. _____ lo hace en su nombre, el (la) señor(a) _____ con C.C. No. _____ mayor de edad y sin ningún impedimento para dar fe de la información que se está entregando, quien además actúa como testigo, certificando que la huella dactilar del dedo índice de la mano derecha pertenece al (la) señor(a) _____

Firma a Ruego: _____

Nombres y apellidos: _____

Identificación: _____

Edad: _____

Dirección de domicilio: _____

Nombres y apellidos de quien no sabe firmar: _____

Identificación: _____

Huella

AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Autorizo de manera voluntaria, explicita, previamente informada e inequívoca a todos los servicios de salud Compensar EPS, de acuerdo a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, Decreto 1377 de 2013 y el Decreto 886 de 2012, para tratar mi información personal, según lo establecido en su Manual de Protección de Datos Personales, disponible en: www.compensar.com / vínculo protección Datos Personales; información que será utilizada en el desarrollo de las funciones propias para:

- Dar cumplimiento a obligaciones contraídas conmigo y/o mis beneficiarios.
- Dar cumplimiento a requerimientos legales y de organismos de control.
- Proveer y/o evaluar la calidad de los productos y/o servicios requeridos por mí.
- La realización de estudios internos sobre fines estadísticos y analíticos de los datos, para mejoras de nuestros servicios o programas especializados de atención en salud; información sobre la cual podré, en cualquier momento, ejercer mis derechos de Habeas Data, para solicitar que no se me envíe información de los servicios en los casos que sea pertinente, y que no afecte el servicio de salud prestado por Compensar EPS.
- Transmitir mis datos personales a las administradoras encargadas de la seguridad social, con el fin de actualizar el estado de mi afiliación y/o traslado en el sistema.
- Compartir mis datos personales con la Caja de Compensación Familiar Compensar para efectos de la prestación de servicios de salud.

Cabe anotar, que la protección de los datos personales se efectúa a través de proveedores tecnológicos, con los cuales se tienen firmados contratos de transmisión de información, en aras de cumplir a cabalidad con los principios de acceso de la ley, así como de tomar las medidas técnicas y tecnológicas necesarias para el aseguramiento de los datos.

Como titular de la información personal sobre la que Compensar EPS ejerce el tratamiento, se me informa sobre los canales a través de los cuales puedo ejercer mis derechos a conocer, actualizar, rectificar, suprimir mis datos personales, entre ellos el correo electrónico protecciondedatos@compensar.com, y la central telefónica de la EPS.

La protección de datos personales efectuada por Compensar EPS, cumple con los principios de finalidad, necesidad, circulación restringida, confidencialidad y seguridad señalados en la Ley 1581 de 2012 y manifiesto expresamente que conozco dónde consultar la información sobre protección de datos personales, así como los efectos y alcance de la presente autorización y que estoy libre de todo vicio del consentimiento en el momento de otorgarla.

Firma del afiliado: Jose Diago **No. Identificación:** 76.237.532

VIGILADO SuperSubsidio

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

compensar | eps salud

No. de Radicación

Fecha de Radicación D D M M A A A A

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

1. Tipo de trámite: A. Afiliación [X] B. Reporte de Novedades [ ]

2. Tipo de Afiliación: A. Individual: • Cotizante o cabeza de Familia [X] • Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]

3. Régimen: A. Contributivo [X] B. Subsidiado [ ]

4. Tipo de afiliado: A. Cotizante [X] B. Cabeza de familia [ ] C. Beneficiario [ ]

5. Tipo de cotizante: A. Dependiente [X] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]

Código (a registrar por la EPS)

A. AFILIACIÓN II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)

6. Apellidos y nombres			
Primer Apellido: Diago	Segundo Apellido: Caicedo	Primer Nombre: Jose	Segundo Nombre: Arnubio

7. Tipo de documento de identidad: CC

8. Número de documento de identidad: 76.237.532

9. Sexo: Femenino [X] Masculino [ ]

10. Fecha de nacimiento: D D 1 0 M M 1 9 7 0

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia

12. Discapacidad: Tipo F N M Condición T P

13. Puntaje SISBÉN

14. Grupo de población especial

15. Administradora de riesgos laborales - ARL: Axa Colpatria

16. Administradora de pensiones: Proteccion

17. Ingreso base de cotización - IBC: $28.116

18. Residencia: Cra 26 A # 77-28C

Teléfono: 3143218892.

Código Departamento: No tiene

Código Municipio: Cali

Zona: Urbana [X] Rural [ ]

Localidad / Comuna: 4

Departamento: Valle

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR (Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante)

19. Apellidos y nombres			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

20. Tipo de documento de identidad

21. Número de documento de identidad

22. Sexo: Femenino [ ] Masculino [ ]

23. Fecha de nacimiento: D D M M A A A A

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

	24. Apellidos y nombres: Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	25. Tipo de documento de identidad	26. Número de documento de identidad	27. Sexo: Femenino	Masculino
B1								
B2								
B3								
B4								
B5								

	28. Fecha de nacimiento: D D M M A A A A	29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad: Tipo F	Tipo N	Condición M	Condición T	Condición P	32. Datos de residencia: Municipio / Distrito	Zona Urbana	Zona Rural	Departamento	Teléfono fijo y/o celular	33. Valor de la UPC afiliado adicional (a registrar por la EPS)
B1														
B2														
B3														
B4														
B5														

Selección de la IPS Primaria

	34. Nombre de la institución prestadora de servicios de salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
Cot.		
B		1059
B		
B		

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

35. Nombre o razón social: Easyclean SAS

36. Tipo de documento de identificación: NIT

37. Número del documento de identificación: 860522931

38. Tipo de aportante o pagador pensiones (a registrar por la EPS)

39. Ubicación: CR 69 BIS #208-29 | TEL: 2060 | Correo electrónico | Bogotá | Bogotá

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

1. Modificación datos básicos de identificación [ ]
2. Corrección datos básicos de identificación [ ]
3. Actualización documento de identidad [ ]
4. Actualización y corrección de datos complementarios [ ]
5. [illegible]nación de la inscripción en la EPS [ ] Código [ ]
6. Reinscripción en la EPS [ ]
7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales [ ]
8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales [ ]
9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar [ ]
10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando [ ]
11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas [ ]
12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas [ ]
13. Movilidad: A. Régimen Contributivo [ ] B. Régimen Subsidiado [ ]
14. Traslado: A. Mismo Régimen [ ] B. Diferente Régimen [ ]
15. Reporte por fallecimiento [ ]
16. Reporte del trámite de protección al cesante [ ]
17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado [ ]
18. Reporte de la calidad de Pensionado [ ]

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad | Número de documento de identidad | Sexo: Femenino [ ] Masculino [ ] | Fecha de nacimiento: D D M M A A A A | 42. Fecha: 0 1 1 2 2 0 1 9

43. EPS anterior

44. Motivo de traslado Código

45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y 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 no internación 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 del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran. [ ]
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 [ ]
53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto. [ ]

VIII. FIRMAS

54. El cotizante, cabeza de familia, beneficiario: Jose Diago

55. El empleador, aportante, pagador o responsable de la afiliación colectiva institucional o de Oficio: easyclean NIT: 860522931-2

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad: CN [ ] Cant. [ ] RC [ ] Cant. [ ] TI [ ] Cant. [ ] CC [ ] Cant. [ ] PA [ ] Cant. [ ] CE [ ] Cant. [ ] CD [ ] Cant. [ ] SC [ ] Cant. [ ] Total [ ]

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 acto administrativo de custodia. [ ]
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. [ ]
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 acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio. [ ]

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la entidad Territorial: Código del municipio | Código del departamento

67. Datos del SISBÉN: Número de la ficha | Puntaje | Nivel

68. Fecha de radicación: D D M M A A A A

69. Fecha de validación: D D M M A A A A

70. Datos del funcionario que realiza la validación: Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad | Número de documento de identidad

71. Firma del funcionario

OBSERVACIONES:

Recuerde que con la firma del formulario, el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el capítulo VII del formulario.

VIGILADO Supersalud
VIGILADO SuperSubsidio

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

compensar | eps salud

No. de Radicación

Fecha de Radicación D D M M A A A A

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

1. Tipo de trámite: A. Afiliación [X] B. Reporte de Novedades [ ]

2. Tipo de Afiliación: A. Individual: • Cotizante o cabeza de Familia [X] • Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]

3. Régimen: A. Contributivo [X] B. Subsidiado [ ]

4. Tipo de afiliado: A. Cotizante [X] B. Cabeza de familia [ ] C. Beneficiario [ ]

5. Tipo de cotizante: A. Dependiente [X] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]

Código (a registrar por la EPS)

A. AFILIACIÓN II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)

6. Apellidos y nombres: Primer Apellido: [illegible] | Segundo Apellido: Caicedo | Primer Nombre: Jose | Segundo Nombre: Antonio

7. Tipo de documento de identidad: CC

8. Número de documento de identidad: 76.237.532

9. Sexo: Femenino [X] Masculino [ ]

10. Fecha de nacimiento: D D 1 0 M M 0 4 A A 1 9 7 0

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia:

12. Discapacidad: Tipo F N M Condición T P

13. Puntaje SISBÉN:

14. Grupo de población especial:

15. Administradora de riesgos laborales - ARL: AXA COLPATRIA

16. Administradora de pensiones: PROTECCION

17. Ingreso base de cotización - IBC: 828.116

18. Residencia: CRA 26 A 3A 77 Bis 282

Teléfono fijo: 3143122882

Correo electrónico: [illegible]

Municipio / Distrito: Cali

Zona Urbana [X] Rural [ ]

Localidad / Comuna: [illegible]

Departamento: Valle

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR (Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante)

19. Apellidos y nombres: Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre

20. Tipo de documento de identidad

21. Número de documento de identidad

22. Sexo: Femenino [ ] Masculino [ ]

23. Fecha de nacimiento: D D M M A A A A

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

	24. Apellidos y nombres: Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	25. Tipo de documento de identidad	26. Número de documento de identidad	27. Sexo: Femenino	Masculino
B1								
B2								
B3								
B4								
B5								

	28. Fecha de nacimiento D D M M A A A A	29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad Tipo F N M Condición T P	32. Datos de residencia: Municipio / Distrito	Zona Urbana	Rural	Departamento	Teléfono fijo y/o celular	33. Valor de la UPC afiliado adicional (a registrar por la EPS)
B1										
B2										
B3										
B4										
B5										

Selección de la IPS Primaria

	34. Nombre de la institución prestadora de servicios de salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
Cot.		
B		1059
B		
B		

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

35. Nombre o razón social: FONDERIA SYE SAS

36. Tipo de documento de identificación: NIT

37. Número del documento de identificación: 8605229421

38. Tipo de aportante o pagador pensiones (a registrar por la EPS)

39. Ubicación: CR 44 B 15 #2128-29 | 7413060 | Correo electrónico | Bogotá | Distrito | Bogotá | Departamento

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

1. Modificación datos básicos de identificación [ ]
2. Corrección datos básicos de identificación [ ]
3. Actualización documento de identidad [ ]
4. Actualización y corrección de datos complementarios [ ]
5. [illegible]nación de la inscripción en la EPS [ ] Código [ ]
6. Reinscripción en la EPS [ ]
7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales [ ]
8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales [ ]
9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar [ ]
10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando [ ]
11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas [ ]
12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas [ ]
13. Movilidad: A. Régimen Contributivo [ ] B. Régimen Subsidiado [ ]
14. Traslado: A. Mismo Régimen [ ] B. Diferente Régimen [ ]
15. Reporte por fallecimiento [ ]
16. Reporte del trámite de protección al cesante [ ]
17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado [ ]
18. Reporte de la calidad de Pensionado [ ]

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación: Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad | Número de documento de identidad | Sexo: Femenino [ ] Masculino [ ] | Fecha de nacimiento: D D M M A A A A

42. Fecha: D D 1 2 M 1 2 2 0 1 9

43. EPS anterior

44. Motivo de traslado Código

45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y 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 no internación 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 del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran. [ ]
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 [ ]
53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto. [ ]

VIII. FIRMAS

54. El Cotizante, Cónyuge de Familia o Beneficiario: Jose Caico

55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva Institucional o de Oficio

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad: CN [ ] Cant. [ ] RC [ ] Cant. [ ] TI [ ] Cant. [ ] CC [ ] Cant. [ ] PA [ ] Cant. [ ] CE [ ] Cant. [ ] CD [ ] Cant. [ ] SC [ ] Cant. [ ] Total [ ]

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 acto administrativo de custodia. [ ]
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. [ ]
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 acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio. [ ]

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la entidad Territorial: Código del municipio | Código del departamento

67. Datos del SISBÉN: Número de la ficha | Puntaje | Nivel

68. Fecha de radicación: D D M M A A A A

69. Fecha de validación: D D M M A A A A

70. Datos del funcionario que realiza la validación: Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad | Número de documento de identidad

71. Firma del funcionario

OBSERVACIONES:

Recuerde que con la firma del formulario, el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el capítulo VII del formulario.

VIGILADO Supersalud
VIGILADO SuperSubsidio

Cód.	Parentesco	Descripción Parantesco
PD	Padres del cotizante.	Que no estén pensionados y dependan económicamente del cotizante, cuando este no inscribe como beneficiarios al cónyuge o compañera(o) permanente o a los hijos.
MC	Menores de dieciocho (18) años en custodia.	Entregados en custodia legal al cotizante o cabeza de familia, por autoridad competente.
AA	Persona de cualquier edad como afiliada adicional.	Persona de cualquier edad que depende económicamente del cotizante y se encuentra en el 4° grado de consanguinidad o 2° de afinidad, respecto de éste.

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 **N:** Neuro-sensorial **M:** Mental
Condición de discapacidad:
Marque con una X: **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.
- Municipio/Distrito
- Zona: urbana, rural
- Departamento
- 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 números) correspondiente a cada afiliado adicional que se haya registrado.
Selección de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS primaria
Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS:
Registre 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 la(s) fila(s) identificada(s) con la letra B, sólo para el régimen contributivo, en la casilla vacía, registre el número del beneficiario del cotizante o afiliado adicional que resida en un municipio distinto al del cotizante y el nombre de la IPS en ese municipio.

La EPS debe registrar el código de la IPS primaria seleccionada por el afiliado.

CAPÍTULO V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS 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 precooperativas de trabajo asociado, cajas de compensación familiar 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 razon 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:
- NIT (número de identificación tributaria), cuando se trate de personas jurídicas, públicas o privadas.
- CC (cedula de ciudadanía), TI (tarjeta de identidad), PA (pasaporte), CE (cédula de extranjería), CD (carné diplomático) cuando se trate de personas naturales.

37. Número del documento de identificación:
Escriba el número del documento de identificacion.
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 que corresponda según la tabla de aportantes establecida para la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes-PILA.
39. Ubicación:
- Dirección
- Teléfono (fijo o celular)
- Correo electrónico
- Municipio/Distrito
- Departamento

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 vigente 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:

Número	Nombre
1	Modificación de datos básicos de identificación
2	Corrección de datos básicos de identificación
3	Actualización del documento de identidad
4	Actualización y corrección de datos complementarios
5	Terminación de la inscripción en la EPS
6	Reinscripción en la EPS
7	Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
8	Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
9	Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar
10	Terminación de relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando
11	Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
12	Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
13	Movilidad
14	Traslado
15	Reporte de fallecimiento
16	Reporte del trámite de protección al cesante
17	Reporte de la calidad de pre-pensionado
18	Reporte de la calidad de pensionado

DESCRIPCIÓN Y DILIGENCIAMIENTO DE LAS NOVEDADES
Novedad 1: Modificación de datos básicos de identificación
Esta novedad se reporta cuando el cotizante, el cabeza de familia o la institución modifica uno o varios de los datos básicos de el documento de identificación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales, para lo cual debe presentar el documento de identidad, en el que consten tales modificaciones. Para reportar esta novedad el cotizante o cabeza de familia debe:
- Marcar con una X la casilla de la novedad 1, del numeral 40 "Tipo de novedad".
- Diligenciar en el capítulo II los datos básicos de identificación como figuran en el documento de identidad antes de la modificación, si la novedad aplica al cotizante o al cabeza de familia.
- Registrar los datos del cotizante o del cabeza de familia en el capítulo II y los datos del beneficiario o del afiliado adicional, de los numerales 24, 25, 26, 27 y 28 del capítulo IV, como están en el documento de identidad actual, es decir antes de la modificación, si la novedad corresponde a un beneficiario o afiliado adicional.
- Registrar en los espacios del numeral 41 del capítulo VI, los datos de identificación del cotizante, cabeza de familia, beneficiario o afiliado adicional respecto del cual se esté reportando la novedad, después de la modificación.
- Diligenciar el capítulo VIII de Firmas.
- Seleccionar en el numeral 56 del capítulo IX el tipo de documento de identidad donde constan las modificaciones realizadas y anexe copia.

Novedad 2: Corrección de datos básicos de identificación
Esta novedad se reporta cuando los datos básicos de identificación del cotizante, el cabeza de familia, el beneficiario o el afiliado adicional quedaron mal registrados en la base de datos de afiliados vigente y no coinciden con los del documento de identidad, para lo cual se deberá presentar el documento de identidad. Para reportar esta novedad el cotizante o el cabeza de familia debe:
- Marcar con una X la casilla de la novedad 2, del numeral 40 "Tipo de novedad".
- Diligenciar en el capítulo II los datos básicos de identificación como figuran en la base de datos de afiliados vigente, es decir, los datos errados si la novedad aplica al cotizante o al cabeza de familia.
- Registrar los datos del cotizante o de cabeza de familia en el capítulo II y los datos de los numerales 24, 25, 26, 27 y 28 del capítulo IV como figuran en la base de datos de afiliados vigente, es decir, los datos errados y que van a ser corregidos si la novedad corresponde a un beneficiario.
- Registrar en los espacios del numeral 41 del capítulo VI, los datos básicos de identificación del cotizante, cabeza de familia, beneficiario o afiliado adicional respecto del cual se esté reportando la novedad, tal como debe ser corregidos.
- Diligenciar el capítulo VIII de Firmas.
- Seleccionar en el numeral 56 del capítulo IX el tipo de documento de identidad que corresponda, con los datos correctos y anexe copia.

Novedad 3: Actualización del documento de identidad
Esta novedad se reporta cuando el cotizante, cabeza de familia, beneficiario o afiliado adicional actualiza el documento de identidad por el que corresponda a su edad, es decir, el RC por la TI, o la TI por la CC, o en el caso de los extranjeros por pérdida de vigencia de los documentos de identificación, según las normas de migración. Para reportar esta novedad el cotizante o el cabeza de familia debe:
- Marcar con una X la casilla de la novedad 3, numeral 40 "Tipo de novedad".
- Diligenciar en el capítulo II los datos básicos de identificación del documento que se encuentra en la base de datos de afiliados vigente si la novedad aplica al cotizante o al cabeza de familia.
- Registrar los datos del cotizante o de cabeza de familia en el capítulo II y los datos del beneficiario de los numerales 24, 25, 26, 27 y 28 del capítulo IV del documento que se encuentra en la base de datos de afiliados vigente.
- Registrar, en los espacios del numeral 41 del capítulo VI, los datos de identificación del cotizante, cabeza de familia o beneficiario o afiliado adicional del cual se esté reportando la novedad del nuevo documento.
- Diligenciar el capítulo VIII de Firmas.
- Seleccionar en el numeral 56 del capítulo IX el tipo de documento de identidad que se actualiza y anexe copia.

Novedad 4: Actualización y corrección de datos complementarios
Esta novedad se reporta cuando los datos complementarios del cotizante, cabeza de familia, beneficiario o afiliado adicional se actualizan o modifican. Para reportar esta novedad el cotizante o el cabeza de familia debe:
- Marcar con una X la casilla de la novedad 4, del numeral 40 "Tipo de novedad".
- Registrar los datos básicos de identificación del capítulo II del cotizante o del cabeza de familia.
- Registrar los datos complementarios del capítulo III, en los numerales a actualizar o corregir si la novedad corresponde al cotizante o cabeza de familia.
- Registrar en los numerales 24 al 32 del capítulo IV, los datos básicos de identificación y complementarios del beneficiario o afiliado adicional si la novedad corresponde a los beneficiarios o afiliados adicionales.
- Diligenciar el capítulo VIII de Firmas.

Novedad 5: Terminación de la inscripción en la EPS
Esta novedad solo aplica para el Régimen Contributivo y se reporta cuando el cotizante cumple alguna de las condiciones que se señalan en la tabla siguiente:

Código	Condición
01	El trabajador dependiente termina su relación laboral y no reúne las condiciones para seguir cotizando en el SGSSS como independiente, ni se reporta como beneficiario o como afiliado adicional por otro cotizante dentro de la misma EPS, ni cumple las condiciones para pertenecer al régimen subsidiado; o el cotizante independiente no reúne las condiciones para seguir cotizando ni se reporta como beneficiario o como afiliado adicional por otro cotizante dentro de la misma EPS, ni cumple las condiciones para pertenecer al régimen subsidiado.
02	El afiliado informa que va a fijar su residencia en el exterior.
03	El afiliado va a pertenecer a un régimen exceptuado o especial.
04	Cuando el INPEC ha reportado el ingreso del cotizante o cabeza de familia como beneficiario del Fondo Nacional de Salud de las Personas Privadas de la Libertad

Para reportar esta novedad en el caso de las condiciones 01, 02 y 03 el cotizante debe:
- Marcar con una X la casilla de la novedad 5, del numeral 40 "Tipo de novedad".
- Registrar en la casilla código de la tabla anterior que corresponde a la condición por la cual termina la inscripción en la EPS.
- Registrar los datos básicos de identificación del capítulo II.
- Registrar la fecha a partir de la cual termina la inscripción en la EPS, en el numeral 42 del capítulo VI.
- Diligenciar el capítulo VIII de Firmas.

Si se trata de las condiciones 01 y 03, además se reportará la novedad 10, "terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando". Si la condición es de terminación de la relación laboral se deben registrar los datos del capítulo V y esta suscrita por el empleador.
La novedad por la condición del código 04 no exige el diligenciamiento del formulario, pero informada por el INPEC a la base de datos de afiliados vigente.
Novedad 6: Reinscripción en la EPS
Esta novedad aplica cuando el cotizante que ha reportado o ha sido objeto de reporte de la novedad de terminación de la inscripción en una EPS debe realizar una nueva en la misma EPS, por modificación de la condición que originó la terminación de la inscripción. Para reportar esta novedad el cotizante debe:
- Marcar con una X la casilla de la novedad 6, del numeral 40 "Tipo de novedad".
- Registrar los datos básicos de identificación del numeral II.
- Registrar los numerales 24, 25, 26, 27 y 28 del capítulo IV, si tiene beneficiarios que reinscribir.
- Diligenciar el capítulo VIII de Firmas.

Esta novedad se puede reportar simultáneamente con la novedad 4 si desea modificar complementarios y registrar los datos correspondientes a dicha novedad.
Si se trata de una persona que inicia una relación laboral además reportará la novedad 9 y registrar los datos de esta novedad. Si se trata de un trabajador dependiente, también debe diligenciar los datos del capítulo V y suscribirse por el empleador en el campo 56 del Capítulo VIII.
Novedad 7: Inclusión de beneficiarios o de Afiliados Adicionales
Esta novedad se reporta para incluir un miembro del núcleo familiar que cumple las condiciones para ser beneficiario. También aplica para la inscripción de otros familiares como afiliados adicionales cuando cumplan las condiciones para ello, en el régimen contributivo. Para esta novedad el cotizante o cabeza de familia debe:
- Marcar con una X la casilla de la novedad 7, del numeral 40 "Tipo de novedad".
- Registrar los datos básicos de identificación del capítulo II
- Registrar los datos básicos de identificación y complementarios de los numerales 24 al 32 del capítulo IV del beneficiario o afiliado adicional que va a incluir.
- Registrar en el numeral 34 del capítulo IV, el nombre de la IPS primaria seleccionada para el beneficiario o afiliado adicional del cotizante que resida en un municipio distinto al de éste.
- Marcar con una X la casilla 46 del capítulo VII cuando corresponda.
- Diligenciar el capítulo VIII de Firmas.
- Marcar con una X en las casillas del capítulo IX los documentos que va a anexar.
- Anexar copia de los soportes que acreditan la condición de beneficiario o afiliado adicional: copia del documento de identidad correspondiente, copia del registro civil de matrimonio o de escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital, copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor, copia de la orden judicial o acto administrativo de custodia, según corresponda al tipo de beneficiario o afiliado adicional que esté incluyendo.

Novedad 8: Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
Esta novedad se reporta para excluir del núcleo familiar a un beneficiario que ha perdido las condiciones para serlo, tales como superar la edad exigida, inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar, pérdida de la condición de cónyuge o compañera (o) permanente, o cuando el beneficiario va a integrar otro núcleo familiar. También aplica para la exclusión de un afiliado adicional. Para esta novedad el cotizante o cabeza de familia debe:
- Marcar con una X la casilla de la novedad 8, del numeral 40 "Tipo de novedad".
- Diligenciar los datos básicos de identificación del capítulo II.
- Registrar en los numerales 24 al 28 del capítulo IV, los datos básicos de dentificación del beneficiario o afiliado adicional que se va a excluir.
- Diligenciar el capítulo VIII de Firmas.
- Marcar con una X en las casillas del capítulo IX los documentos que anexa.
- Anexar: copia del documento de identidad correspondiente, copia de 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, según corresponda al tipo de beneficiario que esté excluyendo.

Novedad 9: Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar.
Esta novedad se reporta cuando el afiliado cotizante o el cabeza de familia inicia una relación laboral o adquiere condiciones para cotizar. Si se trata del cabeza de familia deberá marcar la **novedad 13: Movilidad.** También se reporta cuando el beneficiario o el afiliado adicional inicia una relación laboral o adquiere condiciones para cotizar. Si se trata de un beneficiario en el Régimen Subsidiado además debera marcar la **novedad 13: Movilidad.** Si se trata de un beneficiario o un afiliado adicional en el Régimen Contributivo también podrá marcar la **novedad 14: Traslado** si cumple las condiciones para ello.
El cotizante o cabeza de familia del beneficiario o afiliado adicional que inicia una relación laboral o adquiere condiciones para cotizar, deberá reportar la **novedad 8: exclusión de beneficiarios** de dicho beneficiario o afiliado adicional, en otro formulario.
Para esta novedad el cotizante o cabeza de familia debe:
- Marcar con una X la casilla de la novedad 9, del numeral 40 "Tipo de novedad".
- Diligenciar los datos básicos de identificación del capítulo II.
- Diligenciar los datos complementarios del capítulo III.
- Diligenciar los datos básicos de identificación y complementarios correspondientes a los numerales 24 al 32 del capítulo IV de sus beneficiarios, si los tuviere.
- Diligenciar el capítulo V correspondiente a los datos de identificación del empleador o de la entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- Registrar en el numeral 42 del capítulo VI, fecha en la cual inicia la relación laboral o adquiere las condiciones para cotizar.
- Marcar con una X la casilla 46 del capítulo VII cuando corresponda.
- Diligenciar el capítulo VIII de Firmas en los numerales 54 y 55, según corresponda.
- Marcar con una X en las casillas del capítulo IX los documentos que va a anexar.
- Anexar copia de los soportes que acreditan la condición de beneficiarios o afiliado adicional: copia del documento de identidad correspondiente, copia del registro civil de matrimonio o de escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital, copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor, copia de la orden judicial o acto administrativo de custodia, según corresponda al tipo de beneficiario que este incluyendo.

Cuando esta novedad es reportada por el beneficiario o afiliado adicional que inicia una relación o adquiere condiciones para cotizar, además de diligenciar lo anterior deberá:
- Diligenciar en el numeral 41 del Capítulo VI, los datos básicos de identificación del cotizante o cabeza de familia del núcleo familiar del cual hacia parte.

Novedad 10: Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando.

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

compensar | eps salud

No. de Radicación	Fecha de Radicación (D D M M A A A A)

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

1. Tipo de trámite	2. Tipo de Afiliación		3. Régimen	4. Tipo de afiliado	5. Tipo de cotizante	Código (a registrar por la EPS)
A. Afiliación	A. Individual: • Cotizante o cabeza de Familia	B. Colectiva	A. Contributivo	A. Cotizante	A. Dependiente	
B. Reporte de Novedades	• Beneficiario o afiliado adicional	C. Institucional	B. Subsidiado	B. Cabeza de familia	B. Independiente	
		D. De oficio		C. Beneficiario	C. Pensionado	

A. AFILIACIÓN II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)

6. Apellidos y nombres				
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	
7. Tipo de documento de identidad	8. Número de documento de identidad	9. Sexo Femenino	Masculino	10. Fecha de nacimiento (D D M M A A A A)

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia	12. Discapacidad Tipo (F N M) Condición (T P)	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial	15. Administradora de riesgos laborales - ARL	16. Administradora de pensiones

17. Ingreso base de cotización - IBC	18. Residencia				
	Dirección			Teléfono fijo	Teléfono celular
Correo electrónico	Municipio / Distrito	Zona Urbana	Rural	Localidad / Comuna	Departamento

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR (Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante)

19. Apellidos y nombres			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
20. Tipo de documento de identidad	21. Número de documento de identidad	22. Sexo Femenino / Masculino	23. Fecha de nacimiento (D D M M A A A A)

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

	24. Apellidos y nombres				25. Tipo de documento de identidad	26. Número de documento de identidad	27. Sexo	
	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre			Femenino	Masculino
B1								
B2								
B3								
B4								
B5								

	28. Fecha de nacimiento (D D M M A A A A)	29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad Tipo F	N	Condición M	T	P	32. Datos de residencia: Municipio / Distrito	Zona Urbana	Rural	Departamento	Teléfono fijo y/o celular	33. Valor de la UPC afiliado adicional (a registrar por la EPS)
B1														
B2														
B3														
B4														
B5														

Selección de la IPS Primaria

	34. Nombre de la institución prestadora de servicios de salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
Cot.		
B		
B		
B		

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

35. Nombre o razón social		36. Tipo de documento de identificación
37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador pensiones (a registrar por la EPS)	

39. Ubicación				
Dirección	Teléfono	Correo electrónico	Municipio y Distrito	Departamento

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

1. Modificación datos básicos de identificación
2. Corrección datos básicos de identificación
3. Actualización documento de identidad
4. Actualización y corrección de datos complementarios
5. Cancelación de la inscripción en la EPS — Código
6. Reinscripción en la EPS
7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar
10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando
11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
13. Movilidad: A. Régimen Contributivo / B. Régimen Subsidiado
14. Traslado: A. Mismo Régimen / B. Diferente Régimen
15. Reporte por fallecimiento
16. Reporte del trámite de protección al cesante
17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado
18. Reporte de la calidad de Pensionado

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación				
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	
Tipo de documento de identidad	Número de documento de identidad	Sexo Femenino / Masculino	Fecha de nacimiento (D D M M A A A A)	42. Fecha (D D M M A A A A)
43. EPS anterior	44. Motivo de traslado Código	45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones		

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y 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 no internación 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 del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.
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
53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.

VIII. FIRMAS

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario	55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva Institucional o de Oficio

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad: CN ( ) Cant. ( ) RC ( ) Cant. ( ) TI ( ) Cant. ( ) CC ( ) Cant. ( ) PA ( ) Cant. ( ) CE ( ) Cant. ( ) CD ( ) Cant. ( ) SC ( ) Cant. ( ) Total ( )
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 acto administrativo de custodia.
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.
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 acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la entidad Territorial	67. Datos del SISBÉN	68. Fecha de radicación (D D M M A A A A)	69. Fecha de validación (D D M M A A A A)
Código del municipio / Código del departamento	Número de la ficha / Puntaje / Nivel		

70. Datos del funcionario que realiza la validación			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
Tipo de documento de identidad	Número de documento de identidad	71. Firma del funcionario	

OBSERVACIONES:

Recuerde que con la firma del formulario, el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el capítulo VII del formulario.

VIGILADO Supersalud
PROHIBIDA LA VENTA, COMERCIALIZACIÓN O DISTRIBUCIÓN
VIGILADO SuperSubsidio

tenor de los principios éticos y las normas que determinan las acciones y el comportamiento del personal de salud.

Consulta médica: es la valoración y orientación brindada por un médico en ejercicio de su profesión a los problemas relacionados con la salud. La valoración es realizada según los principios de la ética médica y las disposiciones de práctica clínica vigentes en el país, y comprende anamnesis, toma de signos vitales, examen físico, análisis, definición de impresión diagnóstica, plan de tratamiento. La consulta puede ser programada o de urgencia según la temporalidad; general o especializada, según la complejidad; intramural o ambulatoria según el sitio de realización.

Consulta odontológica: valoración y orientación brindada por un odontólogo a las situaciones relacionadas con la salud oral. Comprende anamnesis, examen clínico, análisis, definición de impresión diagnóstica y plan de tratamiento. La consulta puede ser programada o de urgencia según la temporalidad; general o especializada, según la complejidad; intramural o ambulatoria según el sitio de realización.

Demanda inducida: es entendida como la acción de organizar, incentivar y orientar a la población hacia la utilización de los servicios de protección específica y detección temprana y la adhesión a los programas de control.

Enfermedad de alto costo: aquellas que representan una alta complejidad técnica en su manejo, alto costo, baja ocurrencia y bajo costo efectividad en su tratamiento.

Inscripción a la EPS: es la manifestación de voluntad libre y espontánea del afiliado de vincularse a una EPS a través de la cual recibirá la cobertura en salud.

Interconsulta: es la solicitud expedida por el profesional de la salud responsable de la atención de un paciente a otros profesionales de la salud, quienes emiten juicios, orientaciones y recomendaciones técnico-científicas sobre la conducta a seguir con el paciente.

Movilidad: es el cambio de pertenencia a un régimen dentro de la misma EPS para los afiliados en el SGSSS focalizados en los niveles I y II del SISBÉN y algunas poblaciones especiales.

Novedades: son los cambios que afectan el estado de la afiliación, la condición del afiliado, la pertenencia a un régimen o a la inscripción a una EPS y las actualizaciones de los datos de los afiliados.

Patologías de tipo catastrófico: Son patologías catastróficas aquellas que representan una alta complejidad técnica en su manejo, alto costo, baja ocurrencia y bajo costo efectividad en su tratamiento. Se consideran dentro de este nivel, los siguientes procedimientos: transplante renal, de hígado, corazón, médula ósea y córnea; diálisis peritoneal y hemodiálisis, manejo quirúrgico para enfermedades del corazón, manejo quirúrgico para enfermedades del sistema nervioso central, reemplazos articulares, manejo médico quirúrgico del paciente gran quemado, manejo del trauma mayor, diagnóstico y manejo del paciente infectado por el VIH-SIDA, quimioterapia y radioterapia para el cáncer, manejo de pacientes en Unidad de cuidado intensivo, manejo quirúrgico de enfermedades congénitas. Estos eventos se encuentran exonerados del cobro de copago.

Plan de beneficios: es el conjunto de tecnologías en salud a que tienen derecho los afiliados al SGSSS definido conforme a la normatividad vigente, el cual será modificado y tendrá el alcance que se determine en la reglamentación que expida el Ministerio de Salud y Protección Social.

Prevención de la enfermedad: medidas destinadas a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de los factores de riesgo, a detener su avance y a atenuar sus consecuencias una vez establecida.

Procedimiento: acciones que suelen realizarse de la misma forma, con una serie común de pasos claramente definidos y una secuencia lógica de un conjunto de actividades realizadas dentro de un proceso de promoción y fomento de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación o paliación.

Promoción de la salud: son todas las estrategias educativas, comunicacionales y de información, dirigidas a todos los afiliados, con el fin de promover en ellos prácticas y comportamientos saludables, su compromiso en la contribución de niveles de salud esperados y la adecuada y oportuna utilización de los servicios de salud contribuyendo al uso racional y sostenible. La información suministrada por los diversos canales básicamente es sobre factores protectores (ej. vacunas) y de riesgo (ej. tabaquismo) en la población general o por ciclo vital.

Referencia y contrareferencia: conjunto de procesos, procedimientos y actividades técnico administrativas que permiten prestar adecuadamente los servicios de salud a los pacientes garantizando la calidad, accesibilidad, oportunidad, continuidad en la atención, incluyendo la cooperación entre todas las instituciones prestadoras del servicio que puedan estar implicadas en su diagnóstico, tratamiento y cuidado, integralidad de los servicios, en función de la organización de la red de prestación de servicios definida por la entidad responsable de pago. La referencia es el envío del paciente o elementos de ayuda diagnóstica por parte de un prestador de servicios de salud a otro prestador para la atención en salud o complementación diagnóstica que, de acuerdo, con el nivel de resolución, dé respuesta a las necesidades en salud del usuario. La contrareferencia es la respuesta que el prestador de servicios en salud, receptor de la referencia, da al prestador que remitió.

Régimen Contributivo: es un conjunto de normas que rigen la vinculación de los individuos y las familias al Sistema General de Seguridad Social en Salud, cuando tal vinculación se hace a través del pago de una cotización, individual y familiar, o un aporte económico previo financiado directamente por el afiliado o en concurrencia entre éste y su empleador.

Régimen subsidiado: Es un conjunto de normas y procedimientos que rigen la vinculación de la población pobre y vulnerable al Sistema General de Seguridad Social en Salud, con recursos de la Nación y Entidades Territoriales.

Tecnología de salud: concepto que incluye todas las actividades, intervenciones, insumos, medicamentos, dispositivos, servicios y procedimientos usados en la prestación de servicios de salud, así como los sistemas organizativos y de soporte con los que se presta esta atención en salud.

Telemedicina: es la provisión de servicios de salud a distancia, en los componentes de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación, por profesionales de salud que utilizan tecnologías de la información y la comunicación que les permiten intercambiar datos con el propósito de facilitar el acceso de la población a los servicios que presenten limitaciones de oferta o de acceso a los servicios en su área geográfica.

Traslado: son los cambios de inscripción de EPS dentro de un mismo régimen o los cambios de inscripción de EPS con cambio de régimen dentro del SGSSS.

Triage: en los servicios de urgencia es un Sistema de Selección y Clasificación de pacientes, basado en sus necesidades terapéuticas y los recursos disponibles que consiste en una valoración clínica breve que determina la prioridad en que un paciente será atendido. Con el triage se busca:

- Asegurar una valoración rápida y ordenada de todos los pacientes que llegan a los servicios de urgencias, identificando a aquellos que requieren atención inmediata.
- Seleccionar y clasificar los pacientes para su atención según su prioridad clínica y los recursos disponibles en la institución,
- Disminuir el riesgo de muerte, complicaciones o discapacidad de los pacientes que acuden a los servicios de urgencia.
- Brindar una comunicación inicial con información completa que lleve al paciente y a su familia a entender en qué consiste su clasificación de Triage, los tiempos de atención o de espera que se proponen y así disminuir su ansiedad.

Urgencia: es la alteración de la integridad física y/o mental de una persona, causada por un trauma o por una enfermedad de cualquier etiología que genere una demanda de atención médica inmediata y efectiva tendiente a disminuir los riesgos de invalidez y muerte.

2 Servicios de salud a los que tiene derecho como afiliado a la EPS

El Plan de Beneficios en Salud, es el conjunto de prestaciones asistenciales y económicas en salud, definidas por ley, que todas las Entidades Promotoras de Salud, deben prestar a sus afiliados en el Régimen Contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Las coberturas en salud han sido definidas por el Ministerio de Salud y Protección Social mediante la Resolución 6408 de 2016 dentro de la cual se encuentran:

- Servicios de puerta de entrada: consulta médica y odontológica no especializada, pediatría y obstetricia, urgencias y medicina familiar.
- Prestaciones económicas (solo cotizantes)

VIGILADO Supersalud
VIGILADO SuperSubsidio

- Recibir un trato digno en el acceso a servicios de salud que respete sus creencias y costumbres, su intimidad, así como las opiniones personales que tenga, sin recibir trato discriminatorio.
- Recibir los servicios de salud en condiciones de habitabilidad, higiene, seguridad y respeto a su intimidad.
- Recibir información sobre los canales formales para presentar reclamaciones, quejas, sugerencias y en general para comunicarse con la administración de las instituciones, así como a recibir una respuesta oportuna.
- Agotar las posibilidades razonables de tratamiento efectivo para la superación de su enfermedad y a recibir, durante todo el proceso de la enfermedad, la mejor asistencia médica disponible por el personal competente y autorizado para su ejercicio.
- Elegir libremente el asegurador, el médico y en general los profesionales de la salud, como también a las instituciones de salud que le presten la atención requerida dentro de la oferta disponible. Los cambios en la oferta de prestadores por parte de las entidades promotoras de salud no podrán disminuir la calidad o afectar la continuidad en la provisión del servicio y deberán contemplar mecanismos de transición para evitar una afectación de la salud del usuario. Dicho cambio no podrá eliminar alternativas reales de escogencia donde haya disponibilidad. Las eventuales limitaciones deben ser racionales y proporcionales.
- Recibir o rehusar apoyo espiritual o moral cualquiera sea el culto religioso que profesa o si no profesa culto alguno.
- Ser respetado en su voluntad de participar o no en investigaciones realizadas por personal científicamente calificado, siempre y cuando se le haya informado acerca de los objetivos, métodos, posibles beneficios, riesgos previsibles e incomodidades que el proceso investigativo pueda implicar.
- Ser respetado en su voluntad de aceptar o rehusar la donación de sus órganos para que estos sean trasplantados a otros enfermos.
- Morir con dignidad y respeto de su voluntad de permitir que el proceso de la muerte siga su curso natural en la fase terminal de su enfermedad.
- Recibir una segunda opinión por parte de un profesional de la salud en caso de duda.
- Recibir la valoración científica y técnica por parte de la entidad promotora de salud, cuando del concepto médico externo de un profesional de la salud reconocido, se considere que la persona requiere dicho servicio.
- Recibir las prestaciones económicas por licencia o incapacidad, aún ante la falta de pago o cancelación extemporánea de las cotizaciones cuando la entidad promotora de salud no ha hecho uso de los diferentes mecanismos de cobro que se encuentran a su alcance para lograr el pago de los aportes atrasados.
- Recibir protección especial a los afiliados con enfermedades catastróficas o de alto costo. Esto implica el acceso oportuno a los servicios de salud y la prohibición de que 'bajo ningún pretexto' se pueda dejar de atender a la persona, ni puedan cobrársele copagos.
- Acceder a los bienes y servicios de salud con continuidad. El acceso a un servicio de salud debe ser continuo y en ningún caso puede ser interrumpido súbitamente.
- Toda persona tiene derecho a que las entidades promotoras de salud o autoridades públicas no obligadas a autorizar un servicio de salud solicitado, adopten las medidas adecuadas para, por lo menos, (i) suministrar la información que requiera para saber cómo funciona el sistema de salud y cuáles son sus derechos, (ii) entregarle al afiliado por escrito las razones por las cuales no se autoriza el servicio, (iii) indicar específicamente cuál es la institución prestadora de servicios de salud que tiene la obligación de realizar las pruebas diagnósticas que requiere y una cita con un especialista, y (iv) acompañarla durante el proceso de solicitud del servicio, con el fin de asegurar el goce efectivo de sus derechos.
- Recibir por escrito, del prestador de servicios de salud, las razones por las cuales el servicio no será prestado, cuando se presente dicha situación.
- Acceder a los servicios de salud sin que la entidad promotora de salud pueda imponer como requisito de acceso a un servicio de salud el cumplimiento de cargas administrativas propias de la entidad. Toda persona tiene derecho a que su entidad promotora de salud autorice y tramite internamente los servicios de salud ordenados por su médico tratante. El médico tratante tiene la carga de iniciar dicho trámite.
- Para la verificación de derechos se solicitará únicamente el documento de identidad o cualquier otro mecanismo tecnológico que permita demostrar el derecho. No podrá exigirse al afiliado copia, fotocopias o autenticaciones de documentos.
- Acceder a los servicios de salud de acuerdo con el principio de integralidad.
- Las siguientes personas, pueden pertenecer al Régimen Contributivo como cotizantes: personas nacionales o extranjeras, residentes en Colombia, vinculadas mediante contrato de trabajo que se rija por las normas colombianas, incluidas aquellas personas que presten sus servicios en las sedes diplomáticas y organismo internacionales acreditados en el país; los servidores públicos; los pensionados por jubilación, vejez, invalidez, sobrevivientes, sustitutos o pensión gracia tanto del sector público como del sector privado; los trabajadores independientes, los rentistas, los propietarios de las empresas y en general todas las personas residentes en el país, que no tengan vínculo contractual y reglamentario con algún empleador y cuyos ingresos mensuales sean iguales o superiores a un salario mínimo mensual legal vigente.
- Las siguientes personas, pueden pertenecer al Régimen Contributivo como beneficiarios: miembros del núcleo familiar del cotizante, de conformidad con el Artículo 2.1.4.1 del Decreto 780 de 2016, siempre y cuando no cumplan con alguna de las condiciones para ser cotizante.

al DEBER :

- Propender por su autocuidado, el de su familia y el de su comunidad.
- Atender oportunamente las recomendaciones formuladas por el personal de salud y las recibidas en los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.
- Actuar de manera solidaria ante las situaciones que pongan en peligro la vida o la salud de las personas.
- Respetar al personal responsable de la prestación y administración de los servicios de salud.
- Usar adecuada y racionalmente las prestaciones ofrecidas por el sistema de salud, así como los recursos del mismo.
- Cumplir las normas del sistema de salud.
- Actuar de buena fe frente al sistema de salud.
- Suministrar de manera voluntaria, oportuna y suficiente la información que se requiera para efectos de recibir el servicio.
- Contribuir al financiamiento de los gastos que demande la atención en salud y la seguridad social en salud, de acuerdo con su capacidad de pago.
- Suministrar información veraz, clara, completa, suficiente y oportuna sobre su identificación, novedades, estado de salud e ingreso.
- Cuando los cónyuges, compañeros (as) permanentes, incluidas las parejas del mismo sexo de un mismo núcleo familiar, tengan la calidad de cotizantes, estos y sus beneficiarios deberán estar inscritos en la misma EPS. Se exceptúa de esta regla cuando uno de los cotizantes no resida en la misma entidad territorial y la EPS en la que se encuentre afiliado el otro cotizante y los beneficiarios no tenga cobertura en la misma y no haga uso del derecho a la portabilidad. Si uno de los cónyuges, compañera (o) cotizantes dejare de ostentar tal calidad, tanto esté como los beneficiarios quedarán inscritos en cabeza del cónyuge que continúe cotizando.
- El trabajador dependiente debe reportar la afiliación al SGSSS, si aun no se encuentra afiliado, y registrar las novedades de ingreso como trabajador dependiente y de movilidad si se encontraba afiliado en el régimen subsidiado. También debe reportar las novedades de traslado y de movilidad, inclusión o exclusión de beneficiarios, actualización de datos a través de los medios que disponga el Ministerio de Salud para tal fin. El empleador debe registrar las novedades de la vinculación y desvinculación laboral de un trabajador y las novedades de la relación laboral que puedan afectar su afiliación.
- El trabajador independiente debe realizar su afiliación y registrar las novedades.
- Los trabajadores dependientes e independientes deben registrar todas las novedades que se presenten en la condición de sus beneficiarios y afiliados adicionales; los beneficiarios deben registrar la novedad de fallecimiento del afiliado cotizante.
- Para los casos de movilidad, el afiliado debe registrar la solicitud expresa de la movilidad en el formulario físico o electrónico, de su núcleo familiar. Esta novedad debe ser registrada por el afiliado al día siguiente de la terminación de la vinculación laboral o de la perdida de las condiciones para seguir cotizando como independiente y a mas tardar el último día calendario del respectivo mes o al día siguiente del vencimiento del periodo de protección laboral o del mecanismo de protección al cesante, en caso de tener derecho a estos. La novedad de movilidad del régimen subsidiado al régimen contributivo debe ser registrada por el afiliado el día en que adquiere una vinculación laboral o las condiciones para cotizar como independiente.

A. Causales de suspensión (Decreto 780 de 2016):

Se suspende la afiliación por las siguientes causales:

- Mora de 2 meses en cotizante dependiente o independiente o el afiliado adicional (Artículo 2.1.9.1 y 2.1.9.3 del Decreto 780 de 2016)
- Si no se presentan los soportes requeridos que acrediten la condición de beneficiarios durante los 3 meses siguientes a partir del primer requerimiento al cotizante, excepto gestantes y menores de edad.

B. Causales de terminación de la inscripción en una EPS (Decreto 780 de 2016):

- Cuando el afiliado se traslada a otra EPS.
- Cuando el empleador reporta la novedad de retiro laboral del trabajador de-

VIGILADO Supersalud
VIGILADO SuperSubsidio

USS	Dirección	Citas Médicas	Nivel
ZONA CENTRO			
Calle 42	Cll. 42 No. 13 - 19	4441234	Medio Bajo
Calle 67	Cll. 67 No. 10 - 06	4441234	
Facatativá	Cra. 7 No. 11 - 14	4441234	
Fontibón	Diag. 16 No. 104 - 51	4441234	
Avenida El Dorado Carrera 32	Cll. 26 No. 32 - 23	4441234	
ZONA SUR			
Av. Primero de Mayo	Av. Primera de Mayo No. 10 Bis - 22 Sur	4441234	Medio Bajo
Kennedy	Transv. 78H No. 41C - 48 Sur	4441234	
Kennedy II	Carrera 78K No. 33 A - 39 Sur	4441234	
Kennedy III	Transv. 73D No. 39A - 62 Sur piso 3 y 4	4441234	
Ciudad Bolivar	Av. Ciudad de Villavicencio No. 45D - 14 Sur	7300200	
Soacha	Diag. 7 No. 8 - 21	7300200	
Carrera 30 Calle 22 Sur	Av. Primero de Mayo No. 34 - 27 Sur	4441234	
Autopista Sur	Avenida Calle 57R Sur No. 73I – 55	4441234	

9 Atención de urgencias

Como afiliado a Compensar EPS usted puede escoger la Institución para la atención de urgencias, dentro de las IPS contratadas que hacen parte de la red.

Ingrese a http://www.compensar.com/salud/redUrgPOS.aspx para conocer la red de urgencias acorde a sus necesidades y modelo de redes definido por Compensar EPS.

IPS	Dirección	Teléfono	Nivel de complejidad	Tipo de atención
UT Compensar - Cruz Roja Sede Calle145	Av. Carrera 45 No. 145 - 64, Bogotá D.C.	7460909	Media	Urgencias: Generales / Pediatría (Interconsulta)
Cruz Roja Colombiana Seccional Cundinamarca y Bogotá Sede Calle 68	Av. Carrera 68 No. 68B - 31, Bogotá D.C.	7460909	Media	Urgencias: Generales / Pediatría (Interconsulta)
UT Compensar - Cruz Roja Sede Alquería	Av. Carrera 68 No. 31 - 41 Sur, Bogotá D.C.	7460909	Media	Urgencias: Generales / Pediatría (Interconsulta)
Clínica Universidad de la Sabana	Autopista Norte Km. 21 Vía La Caro, Chía - Cundinamarca	8617777	Alta	Urgencias: Generales
Clínica Juan N. Corpas Ltda	Carrera 111 No. 159 A - 61	3078023	Media	Urgencias: Maternidad
Hospital Universitario Mayor - Méderi	Calle 24 No. 29 - 45, Bogotá D.C.	4877070	Alta	Urgencias Maternas y Cardiovasculares
Eusalud S.A	Diag. 54 No. 16 A - 16, Bogotá D.C.	4320870	Media	Maternidad (Consulta Prioritaria)
Hospital Universitario San Ignacio	Carrera 7 No. 40 - 62, Bogotá D.C.	4227722	Alta	Urgencias Cardiovasculares
Clínica de Nuestra Señora de la Paz	Calle 13 No. 68 F - 25, Bogotá D.C.	2921277 Ext. 138/139	Alta	Urgencias: Psiquiatría

De acuerdo a lo establecido en la Resolución 5596 de 2015, en sus artículos 5 y 7, es importante que usted como afiliado conozca las categorías del Triage, a través de las cuales las instituciones prestadoras de servicios de salud determinan la prioridad en la atención de los pacientes en el servicio de urgencias, las cuales se encuentran organizadas de mayor a menor riesgo:

Triage 1: requiere de una atención inmediata y se conoce como urgencia vital, el paciente presenta una situación que amenaza su vida o la integridad de un órgano o extremidad.

Triage 2: su atención debe darse dentro de los primeros 30 min, debido a que el paciente presenta un riesgo de entrar en inestabilidad circulatoria, respiratoria, neurológica, metabólica o la pérdida de órgano o extremidad.

Triage 3: la condición clínica requiere de medidas diagnósticas y terapéuticas en urgencias, dado que se encuentran estables desde el punto de vista fisiológico, pero su situación puede empeorar si no se interviene.

Triage 4: presenta condiciones médicas que no comprometen su estado general de salud, ya que ni su vida, ni la funcionalidad de algún órgano o extremidad se encuentra en riesgo.

Triage 5 la condición clínica está relacionada con problemas agudos o crónicos que no representan un riesgo en la vida del paciente, ni comprometen el estado general del mismo.

Consulta Prioritaria Odontológica Diurno

Prestador	Dirección	Teléfono	Nivel de Complejidad	Horario
Unidad de Servicios Avenida El Dorado Carrera 32	Cll. 26 No. 32 - 23	4441234	Baja	Lun a Vie: 7:00 a.m. a 7:00 p.m. Sáb: 7:00 a.m. a 1:00 p.m.
Unidad de Servicios Calle 13	Cll. 13 No. 28 - 61	4441234	Baja	Lun a Vie: 7:00 a.m. a 7:00 p.m. Sáb: 7:00 a.m. a 1:00 p.m.
Unidad de Servicios Ciudad Bolívar	Av. Ciudad de Villavicencio No. 45D - 14 Sur	7300200	Baja	Lun a vie: 7:00 a.m. a 7:00 p.m. Sáb: 7:00 a.m. a 12:00 m.
Unidad de Servicios Kennedy II	Cra. 78K No. 33A - 39 Sur	4441234	Baja	Lun a vie: 7:00 a.m. a 4:00 p.m. Sáb: 7:00 a.m. a 1:00 p.m.
Unidad de Servicios Kennedy III	Transv. 73D No. 39A - 62 Sur piso 3 y 4	4441234	Baja	Lun a vie: 7:00 a.m. a 6:00 p.m.
Unidad de Servicios Soacha	Diag. 7 No. 8 - 21	7300200	Baja	Lun a vie:7:00 a.m. a 7:00 p.m. Sáb: 7:00 a.m. a 12:00 m.
Unidad de Servicios Calle 26	Av. Cll. 26 No. 66A - 48 Piso 2	4441234	Baja	Lun a vie: 7:00 a.m. a 6:30 p.m. Sáb: 7:00 a.m. a 5:00 p.m.
Unidad de Servicios Calle 42	Cll 42 No. 13 - 19	4441234	Baja	Lun a vie:7:00 a.m. a 6:30 p.m. Sáb: 7:00 a.m. a 5:00 p.m.
Avda. Rojas	Cll. 36 Sur No. 78A - 23 piso 2 (sin ascensor)	2731129 4505312	Baja	Lun a vie:7:00 a.m. - 12:00 m. y 1:00 p.m. - 6:00 p.m. Sábados: 7:00 a.m. - 1:00 p.m.

VIGILADO Supersalud
VIGILADO SuperSubsidio

USS	Dirección	Horario
Kennedy III	Transv. 73D No. 39A - 62 Sur piso 3 y 4	Lun a vie de 6:00 a.m. a 7:00 p.m. Sáb de 6:00 a.m. a 3:00 p.m.
Calle 118	Carrera 45 No. 118 - 59	Lun a vie de 7:00 a.m. a 7:00 p.m. Sáb de 7:00 a.m. a 4:00 p.m.
Suba	Cll. 139 No. 94 - 55 Pisos 1-5-6	Lun a vie de 6:30 a.m. a 7:00 p.m. Sáb de 6:30 a.m. a 2:00 p.m.
Chía	Cra. 3 Este No. 20 - 84,	Lun a vie de 6:00 a.m. a 8:00 p.m. Sáb de 6:00 a.m. a 1:00 p.m.
Facatativá	Cra. 7 No. 11 - 14,	Lun a vie de 7:00 a.m. a 7:00 p.m. Sáb de 7:00 a.m. a 1:00 p.m.
Soacha	Diag. 7 No. 8 - 21,	Lun a vie de 6:30 a.m. a 8:00 p.m. Sáb de 6:30 a.m. a 1:00 p.m.
Zipaquirá	Cll. 1 No. 10 - 04 Piso 3 C.C.	Lun a vie de 6:00 a.m. a 6:00 p.m. Sáb de 7:00 a.m. a 1:00 p.m.

13 Libre elección:

Compensar EPS garantiza a sus afiliados la libertad de elección de las instituciones prestadoras de servicios y de los profesionales, entre las opciones que como Entidad Promotora de Salud ofrece, dentro de su red de servicios.

Así mismo, garantiza la libre escogencia y traslado de EPS de conformidad con s procedimientos, tiempos, límites y demás condiciones previstas en la ley.

Frente a la libertad de escogencia de IPS: los afiliados podrán elegir la IPS o profesional de la salud del listado publicado en la presente carta; teniendo en cuenta las novedades y actualizaciones realizadas en el sitio web de Compensar EPS: www.compensar.com. Y los mecanismos de referencia y contra referencia definidos para el acceso a cada uno de los servicios por niveles de complejidad.

Frente a la libertad de escogencia y traslado de EPS:

- La solicitud de traslado por parte del cotizante o cabeza de familia se podrá efectuar en cualquier día del mes.
- Cumplir un período mínimo de 360 días continuos o discontinuos contados a partir del momento de la inscripción. En el régimen contributivo se contará el tiempo previsto a partir del momento de la inscripción del afiliado cotizante y en el régimen subsidiado se contará a partir del momento de la inscripción del cabeza de familia. Si se trata de un beneficiario que adquiere las condiciones para ser cotizante, este término se contará a partir de la fecha de su inscripción como beneficiario. Cuando el afiliado cotizante o el cabeza de familia haya registrado diferentes calidades como cotizante, beneficiario, afiliado adicional o afiliado al régimen subsidiado, se sumarán todos los días de inscripción en la misma EPS. El período mínimo se contabilizara desde la fecha de inscripción inicial, teniendo en cuenta todos los días de inscripción en la misma EPS del afiliado cotizante o cabeza de familia, descontando los días de suspensión de la afiliación o de terminación de la inscripción, en caso que el afiliado se inscriba nuevamente en la EPS por efecto de la terminación de la inscripción o cuando se levanta la suspensión por mora en el pago de los aportes, el nuevo término se acumulará al anterior.
- No estar el afiliado cotizante o cualquier miembro de su núcleo familiar internado en una IPS.
- Estar el cotizante independiente a paz y salvo en el pago de las cotizaciones al SGSSS.
- Inscribir en la solicitud de traslado a todo el núcleo familiar.
- Cuando se trate de traslado de EPS entre regímenes diferentes, si no se cumplen la totalidad de las condiciones, los afiliados que puedan realizar la movilidad deberán permanecer en la misma EPS y reportar dicha novedad. Una vez cumplan las condiciones, podrán trasladarse a una EPS de otro régimen. Si el afiliado del régimen subsidiado adquiera la condición de cotizante con posterioridad a los 5 primeros días del mes, el traslado de EPS entre regímenes diferentes podrá efectuarse con posterioridad a dicho término, hasta tanto se haga efectivo el traslado, se deberá registrar la novedad de movilidad. En caso que este afiliado adquiera un vínculo laboral con una duración inferior a 12 meses y la EPS del régimen contributivo a la cual quiere trasladarse no tiene red prestadora en el municipio en el cual le practicaron la encuesta SISBEN al afiliado, éste deberá permanecer en la misma EPS del régimen subsidiado y registrar la novedad de movilidad. Las condiciones de permanencia para el traslado, no será exigida cuando se presente alguna de las siguientes situaciones:
- Revocatoria total o parcial de la habilitación o de la autorización de la EPS.
- Disolución o liquidación de la EPS.
- Cuando la EPS, se retire voluntariamente de uno o mas municipios o cuando la EPS disminuya su capacidad de afiliación, previa autorización de la Superintendencia Nacional de Salud.
- Cuando el usuario vea menoscabado su derecho a la libre escogencia de IPS o cuando se haya afiliado con la promesa de obtener servicios en una determinada red de prestadores y ésta no sea cierta.
- Por casos de deficiente prestación o suspensión de servicios por parte de la EPS o de sus red prestadora debidamente comprobados.
- Por unificación del núcleo familiar cuando los cónyuges o compañeros (as) permanente (s) se encuentren afiliados en EPS diferentes; o cuando un beneficiario cambie su condición a la de cónyuge o compañero (a) permanente.
- Cuando la persona ingrese a otro núcleo familiar en calidad de beneficiario o en calidad de afiliado adicional.
- Por cambio de lugar de residencia y la EPS donde se encuentra afiliado no tiene cobertura geográfica.
- Cuando la inscripción del trabajador ha sido efectuada por su empleador o la del pensionado ha sido realizada por la entidad administradora de pensiones.
- Cuando el afiliado ha sido inscrito por la entidad territorial en el régimen subsidiado según el Artículo 2.1.5.1 del Decreto 780 de 2016.

La EPS de la cual se retira el afiliado tendrá a su cargo la prestación de los servicios y el reconocimiento de prestaciones económicas, tanto del cotizante o del cabeza de familia como de su núcleo familiar, hasta el día anterior en que se haga efectivo el traslado con la nueva EPS.
Si se presenta una internación en una IPS, antes de la efectividad del traslado o del inicio de la inscripción con la EPS que recibe el traslado, la efectividad del traslado se suspenderá hasta el primer día calendario del mes siguiente a aquel en que debía hacerse efectivo, en cuyo caso la EPS de la cual se traslada deberá comunicar la novedad a mas tardar el último día del mes.
Los trabajadores dependientes tienen la obligación de informar a su empleador la novedad de traslado, y los empleadores la obligación de consultar la EPS en la cual se encuentra inscrito el trabajador una vez se tramite el traslado.
Cuando sea efectivo el traslado y existan sentencias de tutela que obliguen la prestación de servicios de salud no incluidos en el plan de beneficios, es obligación de la EPS receptora continuar con la prestación de los servicios al afiliado.

14 ¿Quiere participar en el control de gestión pública en el sistema de salud?

Participación social en salud: es el proceso de interacción social para intervenir en las decisiones de salud respondiendo a intereses individuales y colectivos para la gestión y dirección de sus procesos, basada en los principios constitucionales de solidaridad, equidad y universalidad en la búsqueda de bienestar humano y desarrollo social. La participación social comprende la participación ciudadana y comunitaria.

Asociaciones de usuarios o ligas de usuarios de la EPS: se define como una agrupación de afiliados del Sistema General de Seguridad Social en Salud, que tiene derecho a utilizar unos servicios de salud de acuerdo con su sistema de afiliación, y que velará por la calidad del servicio y la defensa del usuario. Los usuarios de Compensar EPS han creado la Asociación de Usuarios cuya razón social es ASUCOM EPS, organismo cívico sin ánimo de lucro registrado y reconocido por las entidades competentes, integradas voluntariamente por personas naturales afiliadas a Compensar EPS que se denominan usuarios, quienes aunando esfuerzos y recursos procuran dar soluciones a las necesidades de los asociados y velan por la calidad del servicio y la defensa del usuario.
Para comunicarse con la Asociación de Usuarios de Compensar EPS, o para asociarse a la misma, puede acudir a Sede Calle 26 Avenida Calle 26 No. 66 A - 48 torre A , comunicarse al 4285088 ext 25697 o al correo electrónico asucom@aseguramientosalud.com.

Audiencias Públicas: Compensar EPS, una vez al año programa, organiza, convoca y, desarrolla la rendición de cuentas a través de las Audiencias Públicas, en la da información a los afiliados y la comunidad en general.

Consultas ciudadanas: es un espacio de interacción que promueve la Superintendencia Nacional de Salud Delegada, para la protección al usuario y la participación ciudadana, en donde todos los actores del sistema confluyen para dar a conocer propuestas de planes de mejoramiento en la prestación del servicio y/o irregularidades que se estén presentando en la gestión administrativa, presupuestal, disciplinaria y de funcionamiento, entre otras, que se encuentren vulnerando los derechos de los usuarios en salud. A estas consultas ciudadanas acuden obligatoriamente un representante de servicio al cliente de la EPS, quien atenderá los requerimientos que haga el usuario y procurará en tiempo real darle solución definitiva a su petición.

Rendición de cuentas: es un espacio de interlocución entre los afiliados y la comunidad en general, y la EPS, en la cual ésta presenta su informe del año inmediatamente anterior, sobre la prestación de los servicios de Salud, manejo presupuestal, financiero y administrativo los avances y los logros obtenidos como producto de las reuniones concertadas con la Asociación de Usuarios y las acciones correctivas tomadas por el ejercicio del proceso veedor.

VIGILADO Supersalud
VIGILADO SuperSubsidio

Indicadores de calidad IPS	Unidad de medida	Compensar II SEM 2015	Nacional II SEM 2015
Oportunidad de la asignación de citas en la consulta de cirugía general	Días	10,74	12,6
Oportunidad de la asignación de citas en la consulta de ginecobstetricia	Días	10,06	9,61
Oportunidad de la asignación de citas en la consulta de medicina interna	Días	11,94	12,41
Oportunidad de la asignación de citas en la consulta de pediatría	Días	7	7,44
Oportunidad de la asignación de citas en la consulta médica general	Días	3,71	3,44
Oportunidad en la atención en servicios de imagenología	Días	4,13	4,96
Oportunidad en la atención en consulta de odontología general	Días	5,69	3,3
Oportunidad en la realización de cirugía programada	Días	14,29	13,25
Proporción de cancelación de cirugía programada	Porcentaje	5,47%	5,77%
Proporción de pacientes con hipertensión arterial controlada	Porcentaje	83,56%	67,66%
Proporción de vigilancia de eventos adversos	Porcentaje	93,70%	24,87%
Tasa de infección intrahospitalaria	Porcentaje	1,75%	0,94%
Tasa de mortalidad intrahospitalaria después de 48 horas	Tasa por mil	16,63	21,31
Tasa de reingreso de pacientes hospitalizados	Porcentaje	1,81%	1,57%
Tasa de satisfación global	Porcentaje	93,70%	78,93%

3. Posición en el ordenamiento (Ranking) EPS:

Los resultados del Ranking de EPS se componen de tres dimensiones: oportunidad, satisfacción y acceso, y se ubican de 1 a 12 según posición obtenida en relación con las demás EPS.
En el ranking 2016, Compensar EPS obtuvo la siguiente calificación:

Ranking Oportunidad	7
Ranking Satisfacción	4
Ranking Acceso	5
Total Ranking	**4**

https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/evaluacion-calificacion-actores-ranking-eps-2016.pdf

4. Acreditación
Dentro de la Red de proveedores contratada por Compensar EPS para la prestación de servicios de urgencias, hospitalarios y ambulatorios, las siguientes instituciones cuentan con certificado de Acreditación vigente expedido por ICONTEC por cumplir con estándares superiores de calidad:

En Bogotá y Cundinamarca:
- Clínica Nueva
- Fundación Cardioinfantil - Instituto de Cardiología
- Fundación Santa Fe de Bogotá
- Hospital de San José - Sociedad de Cirugía de Bogotá
- Hospital Infantil Universitario de San José
- Hospital Pablo VI Bosa
- Instituto de Ortopedia Infantil Roosevelt
- Javesalud IPS – USS Calle 125
- Clínica Juan N. Corpas
- Clínica del Occidente
- Clínica Universidad de la Sabana
- Clínica Chía
- Hospital Universitario San Ignacio
- Clínica del Country
- Fundación Clínica Shaio

Fuera de Bogotá y Cundinamarca:

- Fundación Oftalmológica de Santander-Clínica Carlos Ardila Lülle
- Fundación Valle del Lili
- Laboratorio Clínico Continental Ltda.
- Hospital Pablo Tobón Uribe
- Hospital Universitario Departamental de Nariño

El 100% de la red contratada por Compensar se encuentra habilitada y su información se encuentra publicada en el "Registro especial de prestadores de servicios de salud" del Ministerio de Salud y Protección Social. El listado de la totalidad de instituciones acreditadas puede ser consultado en la siguiente dirección: http://www.acreditacionensalud.org.co/Paginas/IPSAcr.aspx.

5. Comportamiento como pagador de servicios

Los resultados de los indicadores financieros que reflejan la oportunidad y eficacia de Compensar EPS frente a sus obligaciones como responsable del pago de los servicios de salud, son reportados a la Superintendencia Nacional de Salud y se encuentran disponible en el sitio web de la misma.

Cuentas por pagar, corte 2do trimestre de 2016

EPS Compensar / Régimen contributivo / Cifras en miles de pesos

Concepto	CXP 1 a 30 días	CXP 31 a 60 días	Total
Cuentas por pagar	746.750	0	746.750

6. Sanciones

En el transcurso del año 2016, la Superintendencia Nacional de Salud impuso a Compensar una sanción de tipo económico, por considerar que incumplió lo establecido en los numerales 130.7, 130.12, 130.13 del artículo 130 de la ley 1438 de 2011 y el artículo 5 del decreto 1281 de 2002. Frente a esta sanción, que ya se encuentra en firme y debidamente ejecutoriada, Compensar EPS ya adoptó las medidas correctivas y preventivas necesarias.

Fuente: https://www.supersalud.gov.co/es-co

En Compensar EPS,
eres saludable

VIGILADO Supersalud
VIGILADO SuperSubsidio

SANTIAGO DE CALI 05 DE ENERO DE 2020

EASY CLEAN

CORDIAL SALUDO

Me dirijo a ustedes respetuosamente para comunicarles que, yo **JOSÉ ARNUBIO DIAGO CAICEDO** identificado con cedula de ciudadanía n° **76.236.532** del Tambo Cauca, autorizo que me afilien al régimen social de salud **SURA**, debido a que la eps compensar en la que me encontraba afiliado anteriormente, no se encuentra en la ciudad de Cali.

Agradezco su amable atención y pronta gestión.

Jose Arnubio Diago Caicedo

Jose Arnubio Diago Caicedo

C.C 76.237.532

TEL 314 313 18 82

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES
AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A.
NIT. 800.088.702-2

EPS | sura

I. DATOS DEL TRÁMITE No. U 17537492 — Fecha de Radicación (a registrar por la EPS): D C M M A A A A —

1. Tipo de Trámite (a registrar por la EPS): A. Afiliación [ ] B. Reporte de Novedades [X]
2. Tipo de Afiliación: A. Individual: Cotizante o Cabeza de Familia [X] B. Colectiva [ ] D. Oficio [ ] — Beneficiario o afiliado adicional [ ] C. Institucional [ ]
3. Régimen: A. Contributivo [X] S. Subsidiado [ ]
4. Tipo de afiliado: A. Cotizante [X] B. Cabeza de familia [ ] C. Beneficiario [ ]
5. Código Tipo de Cotizante (Ver tabla de códigos que se encuentra en instructivo de diligenciamiento): 1 — 1 DEPENDIENTE
Código Tipo de Pensionado:

A. AFILIACIÓN

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

6. Apellidos y nombres: Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	7. Tipo de doc
DIAGO	CAICEDO	JOSE	ARNUBIO	CC

8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento	Estado civil	EPS anterior
76237532	Femenino [ ] Masculino [X]	1 0 1 0 1 9 7 0	SOLTERO (A)	EPSS08

III. DATOS COMPLEMENTARIOS Datos personales

11. Etnia	12. Discapacidad: Tipo F N M — Condición T P	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotización -IBC
AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.	PROTECCION	877,803

18. Residencia Dirección	Teléfono fijo	Teléfono Célular	Correo electrónico
CR 26 # 77 - 28		3143131882	MICHELLCAICEDO911@GMAIL.COM

Municipio/Distrito	Zona: Urbana [X] Rural [ ]	Localidad/Comuna	Departamento	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
CALI			VALLE DEL CAUCA	1030 IPS VIVIR

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante

19. Apellidos y nombres: Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	20. Tipo de doc

21. Número del documento de identidad	22. Sexo: Femenino [ ] Masculino [ ]	23. Fecha de nacimiento	Dirección

Municipio/Distrito	Zona: Urbana [ ] Rural [ ]	Departamento	Código IPS (a registrar por la EPS)	Teléfono fijo	Teléfono Celular

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

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

	25. Tipo de doc	26. Número de documento de identidad	27. Sexo	28. Fecha de nacimiento	Correo electrónico
B1					
B2					
B3					
B4					
B5					

Datos complementarios	29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad	33. Valor de la UPC (a registrar por la EPS)
B1			Tipo F N M — Condición T P	
B2			Tipo F N M — Condición T P	
B3			Tipo F N M — Condición T P	
B4			Tipo F N M — Condición T P	
B5			Tipo F N M — Condición T P	

	32. Datos de residencia Dirección	Zona U R	Municipio / Distrito	Departamento	Teléfono fijo	Celular
B1		U R				
B2		U R				
B3		U R				
B4		U R				
B5		U R				

	34. Selección de la IPS Primaria	Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

easyclean
NIT 860.522.931-2
No.
FECHA: 2/01/20 HORA:
RECIB
APLICA A

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de doc	37. Número de documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador pensiones (a registrar por la EPS)
EASYCLEAN GYE S.A.S	NI	860522931	

39. Ubicación Dirección	Teléfono	Correo electrónico	Municipio/Distrito	Departamento
CR 47 # 128 B 30 DG 74 BIS 20 B 74	7432060	DIRECTORDERECURSOSHU	BOGOTA D.C.	DISTRITO

apotema

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES
AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A.
NIT. 800.088.702-2

EPS | sura

I. DATOS DEL TRÁMITE No. U 17537492 | Fecha de Radicación (a registrar por la EPS) 28/01/2020 | PÁGINA 1 DE 2

1. Tipo de Trámite (a registrar por la EPS) A. Afiliación [ ] B. Reporte de Novedades [X]
2. Tipo de Afiliación A. Individual: Cotizante o Cabeza de Familia [X] Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. Oficio [ ]
3. Régimen A. Contributivo [X] B. Subsidiado [ ]
4. Tipo de afiliado A. Cotizante [X] B. Cabeza de familia [ ] C. Beneficiario [ ]
5. Código Tipo de Cotizante (Ver tabla de códigos que se encuentra en instructivo de diligenciamiento) 1 DEPENDIENTE
Código Tipo de Pensionado

A. AFILIACIÓN

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

6. Apellidos y nombres				7. Tipo de doc
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	
DIAGO	CAICEDO	JOSE	ARNUBIO	CC

8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento	Estado civil	EPS anterior
76237532	Femenino [ ] Masculino [X]	10 10 1970	SOLTERO (A)	EPSS08

III. DATOS COMPLEMENTARIOS Datos personales

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial
	Tipo [F][N][M] Condición [T][P]		

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotización -IBC
AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.	PROTECCION	877.803

18. Residencia Dirección	Teléfono fijo	Teléfono Celular	Correo electrónico
CR 26 # 77 - 28		3143131882	MICHELLCAICEDO911@GMAIL.COM

Municipio/Distrito	Zona	Localidad/Comuna	Departamento	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
CALI	Urbana [X] Rural [ ]		VALLE DEL CAUCA	1030 IPS VIVIR

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante

19. Apellidos y nombres				20. Tipo de doc
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	

21. Número del documento de identidad	22. Sexo	23. Fecha de nacimiento	Dirección
	Femenino [ ] Masculino [ ]		

Municipio/Distrito	Zona	Departamento	Código IPS (a registrar por la EPS)	Teléfono fijo	Teléfono Celular
	Urbana [ ] Rural [ ]				

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

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

	25. Tipo de doc	26. Número de documento de identidad	27. Sexo	28. Fecha de nacimiento	Correo electrónico
B1					
B2					
B3					
B4					
B5					

Datos complementarios	29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad	33. Valor de la UPC (a registrar por la EPS)
B1			Tipo [F][N][M] Condición [T][P]	
B2			Tipo [F][N][M] Condición [T][P]	
B3			Tipo [F][N][M] Condición [T][P]	
B4			Tipo [F][N][M] Condición [T][P]	
B5			Tipo [F][N][M] Condición [T][P]	

	32. Datos de residencia Dirección	Zona	Municipio / Distrito	Departamento	Teléfono fijo	Celular
B1		U R				
B2		U R				
B3		U R				
B4		U R				
B5		U R				

	34. Selección de la IPS Primaria	Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

easyclean
NIT: 860.522.931-2
No. 66699
FECHA: 28/01/20 HORA:
FIRMA:
NO IMPLICA ACEPTACIÓN

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de doc	37. Número de documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador pensiones (a registrar por la EPS)
EASYCLEAN GYE S.A.S	NI	860522931	

39. Ubicación Dirección	Teléfono	Correo electrónico	Municipio/Distrito	Departamento
CR 47 # 128 B 30 DG 74 BIS 20 B 74	7432060	DIRECTORDERECURSOSHU	BOGOTA D.C.	DISTRITO

aportesnet

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES
AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A.
NIT. 800.088.702-2

EPS | sura

No. U 17537492

B. REPORTE DE NOVEDADES — 40. Tipo de Novedad

- [ ] 1. Modificación de datos básicos de identificación.
- [ ] 2. Corrección de datos básicos de identificación.
- [ ] 3. Actualización del documento de identidad.
- [ ] 4. Actualización y corrección de datos complementarios.
- [ ] 5. Terminación de la inscripción en la EPS.
  Código [ ]
- [ ] 6. Reinscripción en la EPS.
- [ ] 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
- [ ] 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
- [ ] 9. Inicio de relación laboral o adquisición de las condiciones para cotizar.
- [ ] 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando.
- [ ] 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [ ] 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [ ] 13. Movilidad: [ ] A. Régimen Contributivo [ ] B. Régimen Subsidiado
- [X] 14. Traslado: [/] A. Mismo Régimen [X] B. Diferente Régimen
- [ ] 15. Reporte de fallecimiento.
- [ ] 16. Reporte del trámite de protección al cesante.
- [ ] 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado.
- [ ] 18. Reporte de la calidad de Pensionado.

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD — 41. Datos básicos de identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo de doc	Número del documento de identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	42. Fecha
		Femenino [ ] Masculino [ ]		01 12 2019

43. EPS anterior	44. Motivo de traslado	45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones
EPSS08 COMPENSAR	Código 5	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- [ ] 46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- [X] 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.
- [X] 49. Declaración de no interdicción del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
- [X] 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.
- [X] 51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades o la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.
- [X] 52. Actuando en nombre propio y de mis beneficiarios, bajo su encargo, autorizo a Suramericana S.A, filiales y subsidiarias a contactarnos para el ofrecimiento de productos y servicios y las demás finalidades contenidas en su política de privacidad, que puede ser consultada en www.epssura.com e igualmente para adelantar los procesos de relacionamiento con el cliente (soportados o no en tecnología), para un abordaje integral con todos los productos y soluciones por nosotros contratadas dentro del grupo de compañías pertenecientes a Suramericana S.A.
- [X] 53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensaje de texto.

VIII. FIRMAS

54. El cotizante o cabeza de familia	55. El empleador, aportante o representante de la afiliación colectiva, institucional o de Oficio	Código Asesor
Jose Aiubio	easyclean NIT. 860.522.993-2 Recursos Humanos	

IX. ANEXOS

	CN	RC	TI	CC	PA	CE	CD	SC	Total
56. Anexo copia del documento de identidad: Cantidad:	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	

- [ ] 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 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 acto administrativo de custodia.
- [ ] 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 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 acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

EPS | sura
27 ENE 2020
RECIBIDO PANORAMA

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		

70. Datos del funcionario que realiza la validación			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	71. Firma del funcionario

OBSERVACIONES:

Recuerde que con la firma del formulario, el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el capítulo VII del formulario

Exportar a PDF

La salud es de todos Minsalud

Afiliaciones de una Persona en el Sistema

INFORMACIÓN BASICA Fecha de Corte: 2019-11-15

Número de Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Sexo
CC 78237532	JOSE	ARNUBIO	DIAGO	CAICEDO	M

AFILIACIÓN A SALUD Fecha de Corte: 2019-11-16

Administradora	Régimen	Fecha Afiliacion	Estado de Afiliación	Tipo de Afiliado	Departamento -> Municipio
COMPENSAR E.P.S.	Contributivo	01/06/2017	Retirado	COTIZANTE	BOGOTA D.C.

AFILIACIÓN A PENSIONES Fecha de Corte: 2019-11-15

Régimen	Administradora	Fecha de Afiliación	Estado de Afiliación
PENSIONES: AHORRO INDIVIDUAL	ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIA PROTECCION SA	2009-09-08	Activo cotizante

AFILIACIÓN A RIESGOS LABORALES Fecha de Corte: 2019-11-15

Administradora	Fecha de Afiliación	Estado de Afiliación	Actividad Economica	Municipio Labora
CIA DE SEGUROS BOLIVAR SA	2013-06-01	Activa	EXPENDIO A LA MESA DE COMIDAS PREPARADAS, EN RESTAURANTES	Bogotá, D.C.- BOGOTÁ

AFILIACIÓN A COMPENSACIÓN FAMILIAR Fecha de Corte: 2019-11-15

No se han reportado afiliaciones para esta persona

AFILIACIÓN A CESANTIAS Fecha de Corte: 2019-10-31

No se han reportado afiliaciones para esta persona

PENSIONADOS Fecha de Corte: 2019-11-15

No se han reportado pensiones para esta persona.

VINCULACIÓN A PROGRAMAS DE ASISTENCIA SOCIAL Fecha de Corte: 2019-10-31

No se han reportado vinculaciones para esta persona.

EL CONTENIDO DE ESTE INFORME ES RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DE LAS ADMINISTRADORAS QUE REPORTAN LA INFORMACIÓN AL MINISTERIO CUALQUIER INCONSISTENCIA DEBE SER REPORTADA A LA ADMINISTRADORA RESPECTIVA, QUIEN DEBE RESOLVERLA.

Conmutador: (57-1) 330 5000 - Central de fax: (57-1) 330 5050
Punto de atención presencial: Carrera 13 No. 32-76 piso 1, Bogotá, código postal 110311
Lunes a viernes de 8:00 a.m. a 4:00 p.m. en jornada continua
Línea de atención de desastres: (57-1) 330 5071 - 24 horas
Notificaciones judiciales: notificacionesjudiciales@minsalud.gov.co (mailto:notificacionesjudiciales@minsalud.gov.co)
Términos y Condiciones de uso. (/Documents/Ministerio/Terminos%20y%20Condiciones%20de%20uso%20del%20portal%20web_Octubre%202012x.pdf)
Ultima Actualización : martes, 26 de noviembre de 2019

Atención telefónica a través del Centro de Contacto:
En Bogotá: (57-1) 589 3750 Resto del pais: 018000960020
Horario de atención: lunes a viernes de 7:00 a.m. a 6:00 p.m. y sábados de 8:00 a.m. a 1:00 p.m. en jornada continua.

Versión 2.4
(https://www.minsalud.gov.co/Paginas/MinSalud.aspx?OdtCodPrnt=sa)
(https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Encuesta-de-satisfaccion-en-linea.aspx)

Comfandi
Tu mano amiga

FORMULARIO PARA AFILIACIÓN Y NOVEDADES DE TRABAJADOR Y PERSONAS A CARGO

INTERLOCUTOR COMERCIAL (BP)

I. TIPO DE NOVEDAD

☐ RECTIFICACIÓN DE TRABAJADOR | ☐ ADICIÓN DE PERSONA(S) A CARGO | ☐ REINGRESO DE TRABAJADOR | ☐ SOCIO NO APORTANTE

II. DATOS DEL EMPLEADOR

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL: Easyclean SAS | TIPO DOCUMENTO: ☒ NIT ☐ CC ☐ CE ☐ TI ☐ PA ☐ PE

NÚMERO DOCUMENTO: 860522931 | NOMBRE SUCURSAL: | TELÉFONO FIJO: 7432060

DIRECCIÓN CORRESPONDENCIA: CRA 81 #20B-29 | DEPARTAMENTO: Bogota | CIUDAD: Bogotá

III. DATOS DEL TRABAJADOR

PRIMER NOMBRE: Jose | SEGUNDO NOMBRE: Arnubio | PRIMER APELLIDO: Diago | SEGUNDO APELLIDO: Cabrera

TIPO DOCUMENTO: ☒ CC ☐ CE ☐ TI ☐ PA ☐ PE | NÚMERO DOCUMENTO: 76237532 | FECHA DE NACIMIENTO: 01 10 70 | SEXO: ☐ F ☒ M

ESTADO CIVIL: ☒ SOLTERO ☐ CASADO ☐ UNIÓN LIBRE ☐ VIUDO ☐ SEPARADO | NIVEL EDUCATIVO: ☐ NINGUNO ☐ PRIMARIA ☐ SECUNDARIA ☐ TÉCNICO ☐ PROFESIONAL ☐ POSTGRADO

DIRECCIÓN RESIDENCIA: Cra 26 A 3#77-28 | BARRIO: | CIUDAD: Cali | DEPARTAMENTO: Valle del Cauca

SECTOR: ☐ RURAL ☒ URBANO | TELÉFONO MÓVIL: 3146313188 2 | TELÉFONO FIJO: | EMAIL PERSONAL:

IV. DATOS LABORALES DEL TRABAJADOR

FECHA DE INGRESO A LA EMPRESA: 01 12 19 | HORAS CONTRATADAS: DIARIAS: 8 | TOTAL MES: 240 | SALARIO BÁSICO: $ 828.116 | COMISIONES: $

TOTAL SALARIO: $ 828.116 | TIPO SALARIO: ☒ FIJO ☐ VARIABLE ☐ INTEGRAL | TIPO DE CONTRATO: ☐ INDEFINIDO ☐ FIJO ☒ LABOR U OBRA

TIPO ACTIVIDAD / CARGO: ☐ DIRECTIVO ☐ ADMINISTRATIVO ☒ OPERATIVO ☐ COMERCIAL ☐ SERVICIOS DE SALUD ☐ SERVICIOS EDUCATIVOS ☐ SERVICIOS GENERALES ☐ SERVICIOS DOMÉSTICOS

PERTENECE AL SECTOR AGROPECUARIO: ☐ SI ☒ NO | NOMBRE DEL CARGO: Asistente Auxiliar Cocina

V. DATOS DE OTROS EMPLEADORES DEL TRABAJADOR

TRABAJA EN OTRA EMPRESA: ☐ SI ☐ NO | NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:

TIPO DOCUMENTO: ☐ NIT ☐ CC ☐ CE ☐ TI ☐ PA ☐ PE | NÚMERO DOCUMENTO: | HORAS CONTRATADAS: | DIARIAS: | TOTAL MES:

SALARIO MES: BÁSICO $ | COMISIONES $ | TOTAL SALARIO: $

VI. DATOS CONYUGE O COMPAÑERO (A)

PRIMER NOMBRE: | SEGUNDO NOMBRE: | PRIMER APELLIDO: | SEGUNDO APELLIDO:

TIPO DOCUMENTO: ☐ CC ☐ CE ☐ TI ☐ PA ☐ PE | NÚMERO DOCUMENTO: | FECHA DE NACIMIENTO: | SEXO: ☐ F ☐ M

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL: | TIPO DOCUMENTO: ☐ NIT ☐ CC ☐ CE ☐ TI ☐ PA ☐ PE

NÚMERO DOCUMENTO: | HORAS CONTRATADAS: | DIARIAS: | TOTAL MES: | SALARIO MES: | BÁSICO $

COMISIONES $ | TOTAL SALARIO $ | RECIBE SUBSIDIO: ☐ SI ☐ NO | CAJA POR LA CUAL RECIBE SUBSIDIO:

VII. DATOS PERSONAS A CARGO

NOMBRES COMPLETOS DE LOS HIJOS, HIJASTROS, PADRES O HERMANOS HUÉRFANOS QUE CONVIVAN Y DEPENDAN ECONÓMICAMENTE DEL TRABAJADOR

PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	TIPO DE DOCUMENTO (CC CE TI RC PA PE)	NÚMERO DOCUMENTO	FECHA DE NACIMIENTO (DD MM AAAA)	SEXO (M F)	PARENTESCO (HIJO HIJASTRO PADRE HERMANO)	DISCAPACIDAD	NIVEL EDUCATIVO (PREESCOLAR PRIMARIA SECUNDARIA TÉCNICO UNIVERSITARIO ESPECIAL)

VIII. DECLARACIÓN JURAMENTADA

"Manifiesto libre y voluntariamente que la(s) persona(s) relacionada(s) como núcleo familiar dependiente económicamente de mí, y donde mi(s) padre/madre(s), relacionada(s), también como parte del núcleo familiar, no recibe(n) salario, renta o pensión alguna, no está(n) afiliada(s)(o) a otra Caja de Compensación Familiar". Artículos 27,28,29,30,31 y 32 de la Ley 21/82"Declaro bajo la gravedad de juramento que toda la información aquí suministrada es verídica. Cumplo con las condiciones para ser afiliado al Subsidio Familiar. Autorizo que por cualquier medio se verifiquen los datos aquí contenidos y en caso de falsedad, que se apliquen las sanciones contempladas en la ley".

Jose Diago
FIRMA ORIGINAL DEL TRABAJADOR

FIRMA Y SELLO DE LA EMPRESA

CIUDAD Y FECHA DE RADICACION

PARA USO EXCLUSIVO DE COMFANDI

REGISTRO DE DOCUMENTOS

- ☐ FOTOCOPIA DOCUMENTOS DE IDENTIDAD
- ☐ REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO
- ☐ REGISTRO CIVIL DE DEFUNCION
- ☐ CERTIFICADO ESCOLAR
- ☐ CARTA LABORAL CONYUGE O COMPAÑERO (A)
- ☐ CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD
- ☐ CERTIFICADO EPS
- ☐ FORMATO DECLARACION JURAMENTADA EXPEDIDA POR EL MINISTERIO DE TRABAJO
- ☐ FOTOCOPIA CUSTODIA LEGAL

OBSERVACIONES:

FIRMA Y SELLO DE RECIBIDO

OBSERVACIONES:

easyclean
NIT: 860.522.931-2
No.
FECHA: 10/12/19 HORA:
RECIBI:
NO IMPLICA ACEPTACION

FECHA DE GRABACION

CCF020089

Vigilado Supersubsidio

Original - Comfandi
Copia - Empresa Afiliada

La Caja de Compensación Familiar Comfandi, miembro de la Asociación de Cajas de Compensación Familiar (ASOCAJAS), le ofrece Atención Integral a los trabajadores de menores ingresos y a sus familias.

Comfandi
Tu mano amiga
NIT. 890 303 208-5

Departamento del Valle del Cauca, Enero 21 de 2020

CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL VALLE DEL CAUCA

COMFAMILIAR ANDI - COMFANDI

HACE CONSTAR QUE:

JOSE DIAGO CAICEDO identificado con Cédula de Ciudadanía 76237532 se encuentra afiliado (a) en la Caja de Compensación Familiar del Valle del Cauca - Comfamiliar Andi - Comfandi, por la empresa EASYCLEAN G&E S.A.S con Nit 8605229312 , desde el 12 de Diciembre de 2019 .

Cordialmente,

Pilar Rocio Calero Sanchez
Gerente de Nuevos Productos y Canales de Atención

VIGILADO SuperSubsidio

EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN	Gestiones & Estrategias en servicios	VERSIÓN:	4
		FECHA DE VIGENCIA:	AGOSTO 1 DE 2017

CALI 25 NOVIEMBRE

Ciudad y fecha:	Cargo: COLINERO M2
Nombres: JOSE ARNUBIO	Cedula: CALI

En las preguntas del 1al 6, marque con una X la opción que considere es la correcta:

1. Qué se prohíbe en la política de no alcohol, drogas y no fumadores:
   a. La posesión, uso y venta de alcohol y drogas en las instalaciones y puesto de trabajo.
   b. Tomar medicamentos cuando se sienta enfermo
   c. Presentarse a trabajar bajo efectos de alcohol, drogas y/o sustancias alucinógenas.
   d. a y c

2. A cuál de estos riesgos está usted expuesto en su puesto de trabajo:
   a. Riesgo locativo
   b. Riesgo ergonómico
   c. Riesgo psicosocial
   d. Todos los anteriores

3. Qué derechos adquiere desde el primer día de trabajo en seguridad social
   a. Afiliación a EPS.
   b. Afiliación a Caja de Compensación
   c. Fondo de pensión
   d. Todas las anteriores

4. Es obligación suya:
   a. Procurar el cuidado integral de su salud.
   b. Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones de los programas de Salud Ocupacional de la empresa.
   c. Usar de forma correcta los elementos de protección personal que le sean suministrados.
   d. Evitar realizar actos inseguros.
   e. Todas las anteriores.

5. En cada una de líneas escriba una de las siguientes palabras para formar la MISION de GYE.

Cultura organizacional	Misión	Servicios generales	integrales

Nuestra _____ es ofrecer soluciones DE de alta calidad en SERVICIO y logística a través del compromiso y el fomento de la PERSONA, para la satisfacción del cliente.

6. En cada una de líneas escriba una de las siguientes palabras para formar la Política de Gestión Integral de GYE

Eficiente	Satisfacción	Medio ambiente	Cumplimiento

TEMAS DICTADOS EN INDUCCIÓN	Gestores & Estrategas en servicios	VERSIÓN:	4
		FECHA DE VIGENCIA:	AGOSTO 1 DE 2017

GENERALIDADES DE LA EMPRESA	SI	NO	NO APLICA
Reseña histórica.	✓		
Misión	✓		
Visión	✓		
Organigrama	✓		
Política de gestión integral	✓		
Objetivos de gestión integral	✓		
Política de No Alcohol, drogas y no fumadores	✓		

RECURSOS HUMANOS	SI	NO	NO APLICA
Clase de contrato a firmar	✓		
Formas de terminación del contrato	✓		
Derechos adquiridos (vacaciones, prima, salario, etc.)	✓		
Seguridad Social (EPS)	✓		
Ley 100 (Pensión)	✓		
Reglamento interno de trabajo	✓		

SEGURIDAD , SALUD EN EL TRABAJO Y MEDIO AMBIENTE	SI	NO	NO APLICA
Roles y Responsabilidades en Seguridad y Salud en el Trabajo	✓		
Conceptos básicos de Seguridad y Salud en el Trabajo	✓		
Uso y cuidados – Elementos de protección personal	✓		
Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo	✓		
Accidente de trabajo y enfermedad laboral	✓		
Procedimiento de reporte, atención de incidentes, accidentes de trabajo y enfermedades laborales	✓		
Qué hacer en caso de accidente de trabajo	✓		
Manejo de residuos sólidos	✓		
Atención de emergencias	✓		
Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial	✓		
Riesgos principales a los que está expuesto en el cargo	✓		
Aspectos ambientales	✓		
Responsabilidades en Seguridad y Salud en el Trabajo y medio ambiente	✓		

PRESTACIÓN DEL SERVICIO PROPIO A LAS ACTIVIDADES A EJECUTAR	SI	NO	NO APLICA
Compromisos del trabajador del grupo GYE ESTRATEGIA SAS	✓		
Horarios de trabajo	✓		
Certifico que conozco las funciones de mi cargo a desempeñar	✓		
Aspectos disciplinarios	✓		
Certifico que recibo Carnet de Empresa y ARL	✓		

Nombre del Empleado HAROLD VIAFARA Firma: _____

Ciudad y fecha CALI 25 DE NOVIEMBRE

Gestores & tramitadores en servicios

ACTUALIZACIÓN DE DATOS

NOMBRES Y APELLIDOS : JOSE ARNUBIO VIASUCA CEDO

CARGO : CORINERO

C.C. No. : 76237532 DE TAMBOC

L.M. No. : _____ CLASE Y DISTRITO Y

LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO : 1 OCTUBRE DEL 1970

EDAD : 49 ESTATURA : 171

PESO : 75

CORREO ELECTRONICO: _____ CELULAR: 3143137882

DIRECCION : CARE 26 A3 7798

BARRIO : ALIRONO TELEFONO : _____

R.H. : _____ ESTADO CIVIL : _____

NIVEL DE ESTUDIOS: CUARTO PRIMARIA

EPS: COMPENSAR FONDO DE PENSION: PROTECCION

DATOS FAMILIARES

NOMBRE	TELÉFONO	VIVE CON EL? SI	VIVE CON EL? NO	PARENTESCO
AURORA	3218253561			
		X		

FIRMA : ARNUBIO FECHA: 25 DE 19

Gestores & Estrategas en servicios

COMPROMISOS LABORALES FIJADOS

Compromisos adquiridos por parte de los nuevos empleados de GyE (EASYCLEAN, EASYMAIL Y ULTRACLEAN), con el fin de dar a conocer toda la información relacionada con el proceso de cambio de EPS, AFP y Seguridad y Salud en el Trabajo.

- **Dicha acta de compromiso establece lo siguiente:**

1. A partir de la fecha de ingreso del empleado a la empresa, deberá esperar 3 meses para poder hacer su proceso de cambio de EPS, si así lo desea.
2. Los procesos de cambio de EPS y AFP deben ser llevados únicamente por el personal administrativo de GyE.
3. Todo traslado se debe solicitar mediante una carta firmada y radicada en la cual aclare a que Eps desea hacer el cambio.
4. El hecho de informar por medio de carta, no quiere decir que el traslado se va a efectuar, ya que depende únicamente de las políticas de cada EPS, después de hacer la respectiva verificación del posible traslado exitoso.
5. Si el empleado decide hacer el cambio de su EPS primaria, se hará responsable de los efectos que esto conlleva, por ejemplo: la no atención en su eps primaria, el no traslado exitoso de eps, el estado de la persona generara mora impidiendo la atención del cotizante y su grupo familiar por dos o más meses aproximadamente.
6. Reportar los accidentes laborales a tiempo, así como las condiciones inseguras que se evidencien dentro del lugar de trabajo.
7. Suministrar a la compañía la documentación necesaria referente a incapacidades médicas y procesos de medicina laboral como recomendaciones médicas, notificaciones de EPS, AFP y demás.
8. Mantener en orden y aseo su lugar de trabajo así como usar debidamente las herramientas suministradas para la prestación del servicio.
9. Acoger todas y cada una de las políticas de la compañía, así como los reglamentos, procedimientos y colocar en práctica las recomendaciones divulgadas en la cartilla de reglas de oro para la prevención de riesgos.

El cumplimiento de estos compromisos es de carácter obligatorio, con el fin de brindar la información oportuna en cuanto al tema de traslado de EPS, sus implicaciones, y respetar las políticas de la compañía para su debida implementación.

FECHA: 01 / 12 / 2019

NOMBRE: ARNUBIO DIAGO **CEDULA:** 76237532

FIRMA: ARNUBIO DIAGO

ACTA DE COMPROMISO PARA EL CUMPLIMIENTO DEL CÓDIGO DE ÉTICA Y DE BUEN GOBIERNO EN GYE

Yo JOSE ARNULFO VIAGO en mi calidad de colaborador o funcionario de GYE, me comprometo a:

TRABAJO

1.- Acoger el Código de Ética y de Buen Gobierno de la empresa y expreso que los valores relacionados a continuación (honestidad, compromiso, trabajo en equipo, uso eficiente de los recursos, paz, vocación de servicio) guiarán el desarrollo de mis funciones y mi quehacer cotidiano.

2.- Desempeñarme como colaborador, acorde con los valores éticos anotados y claramente descritos en el Código de Ética y de Buen Gobierno de la empresa GYE.

3.- Apropiar, interiorizar y aplicar en todo mí actuar el Código de Ética y de Buen Gobierno de GYE.

4.- Promover y estimular permanentemente a mis compañeros de trabajo para que estos Valores Éticos, formen parte del trabajo diario de los colaboradores de GYE.

5.- Abstenerme de negociar la observancia de los valores que conforman este decálogo y exigir su fiel cumplimiento.

6.- Erradicar de mis actividades toda práctica contraria al presente Código de Ética y de Buen Gobierno construido y adoptado por la empresa GYE,

JOSE ARNULFO VIAGO

FIRMA COLABORADOR

AUTORIDAD COMPETENTE

GYE

ENTREVISTA		VERSION:	3
		FECHA DE VIGENCIA:	AGOSTO 1 DE 2017

Fecha: 25 DE/ 9/19 Hora: _____

Nombre del Aspirante: ARNUBIO

Cargo al que aspira: ODONTOLOGO

Aspiración salarial: 10 MILLONES

Disponibilidad de tiempo Completo

Nombre del entrevistador: Vanessa Cabezón

Verificar que:	SI	NO	OBSERVACIONES
1. Es puntual al llegar a la entrevista:	✓		
2. Su presentacion personal es acorde al cargo al que aspira:	✓		
3. Su hoja de vida tene una presentacion adecuada:	✓		
4. Cumple con los requisitos academicos exigidos para la ocupacion del cargo:	✓		
5. Cumple con la experiencia exigida para la ocupacion del cargo:	✓		
6. Domuestra seguridad en sus respuestas:	✓		
7. Buena comunicaciónb verbal:	✓		
8. Actitud frente al entrevistador (comportamientos, modales)	✓		

Puntaje Obtenido: 8

Nota: El aspirante debe obtener minimo 7 puntos para continuar con el procesos de selección y contratación

Aprobado: ✓ Rechazado: _____

Observaciones:

_____

_____

_____

Firma del entrevistador: _____

NOMBRE DEL ENTREVISTADOR:	
NOMBRE DEL ASPIRANTE:	Anubis A.
PUESTO SOLICITADO:	
FECHA	

ENTREVISTA DE SELECCIÓN

easyclean
un aliado impecable

SALUDO

Preguntar/ indagar: saludo, presentacion. Breve explicación del objetivo de la entrevista, pregunta inical formal:

	CONCEPTO	SI	NO	OBSERVACIONES
FORMACIÓN	¿ Que nivel educativo tiene, hasta que curso?			Tecnico
	¿ Donde realizo los estudios?			Sena
PASADO PROFESIONAL	Hableme de sus experiencias profesionales. ¿ Que cargo es el ultimo que a desempeñado?			Cocinero
	¿Por qué dejo el ultimo empleo?			voluntario
	¿ De todo lo que a hecho hasta ahora, que es lo que , mas le gusta y porque?			cocinar
MOTIVO DE SOLICITUD	¿ porque le gustaria trabajar en este establecimiento y no en otro?			porque quiero conocer otros ambitos laborales
	¿ Que le llamo la atencion de la empresa?			su reconocimiento.
	¿Cuál cree que puede ser su aporte?			
COMPORTAMIENTO EN EL TRABAJO	¿Qué experiencias tiene en el trabjo?			cocina en bar
	¿ Que opina de sus directores anteriores? ¿Qué aspectos positivos tenian? ¿Qué aspectos negativos?			son buenos
	¿Tuvo problemas con alguien? Si el evaluado responde si, preguntar ¿como lo soluciono? Si el evaluado responde no, preguntar ¿Qué hacia para tener buenas relaciones interpersonales?		X	
POTENCIAL DE DESARROLLO	¿Cree usted que es la persona idonea para el cargo? ¿Por qué?	X		porque tengo la experiencia en el cargo.
	¿Cómo persona admitida al cargo que nos puede aportar a la empresa?			los mejores platos.
	Si usted fuera seleccionado, ¿ como se proyecta de aquí a un año?			con mis cosas y proyectos organizados.
CONDICIONES PERSONALES	¿Tiene usted alguna actividad extemporanea? ¿Es formal? ¿Hace cuanto tiempo?		X	
	¿Puede incorporarse inmediatamente a este puesto?	X		
	¿A que se dedica en su tiempo libre?		X	
	¿Tiene otras aficiones que no a podido desarrolar y aspira hacerlo en el futuro?		X	
	Digame 2 fortalezas y 2 Debilidades			comprometido orgulloso
SITUACIÓN FAMILIAR	¿Cuál es su estado civil? Si es casado ¿Tiene Hijos? Edad Si es soltero ¿Tiene proyectos, de conformar una familia?		X	
	Si, esta casado ¿su conyugue trabaja?		X	
SEGURIDAD	¿Ha estado en grupos subersivos al margen de la ley?		X	
	¿Ha estado en la carcel o retenido? ¿Por qué motivo?		X	
	¿Tiene o ha tenido parientes en la carcel?		X	
ESTADO DE SALUD	¿Considera que su estado de salud es bueno?	X		
	¿Tiene algun tratamiento medico actual?		X	
	¿Esta embarazada?		X	

FIRMA DEL ENTREVISTADOR

Gestores & Estrategas en servicios

CIRCULAR INFORMATIVA

GESTORES Y ESTRATEGAS DE SERVICIOS (EASYCLEAN, EASYMAIL Y ULTRACLEAN) le da la bienvenida a nuestro grupo de trabajo; somos una empresa comprometida con la calidad de vida de las personas y del medio ambiente, por tal razón y mediante la presente circular queremos que usted sea parte de nuestros procesos y se comprometa a cumplirlos a cabalidad; para ello, es necesario que a partir de la fecha y cuando inicie la relación contractual con la compañía, presente todas las incapacidades con la documentación original y pertinente para el cobro de las mismas y así no presentar contratiempos ni malos entendidos, recuerden que es un deber como trabajador velar por sus propios intereses y aportar a la compañía todo lo que sea necesario para la ejecución de procedimientos que le compete directamente y disposición necesaria para no entorpecer los procesos de la compañía.

Nota: *en caso tal de no enviar la documentación pertinente dentro del tiempo estipulado, la incapacidad no será cobrada por ende tampoco pagada debido a la falta de recursos físicos para gestión de la misma.*

Atentamente,

Departamento de Seguridad y Salud en el Trabajo
GESTORES Y ESTRATEGAS DE SERVICIOS (EASYCLEAN, EASYMAIL Y ULTRACLEAN)

Recibí y entendí satisfactoriamente:

ARNUBIO DIAZ

Nombres y Apellidos:

Fecha: 25 NOVIEMBRE 2019

GESTORES Y ESTRATEGAS EN SERVICIOS
EASYCLEAN GYE S.A.S., ULTRACLEAN S.A.S., EASYMAIL S.A.S.
AUTORIZACIÓN FIRMAS SEGURIDAD SOCIAL

FECHA: ____/____/____ **Ciudad** Cali

Señores
GYE Grupo Y Estratégia S.A.S

Yo ARNUBIO Con cédula de ciudadanía N° _____
De: _____ Autorizo a la empresa GYE Grupo y Estratégia S.A.S para que firmen a mi nombre las correspondientes afiliaciones a la seguridad social como son ARL, EPS Y Caja de Compensación Familiar esto para los fines pertinentes de mi vinculación laboral con ustedes.

Nota: Doy fe que en la inducción se me explicó y soy consciente que para afiliar a mis beneficiarios a la EPS tengo que llevar la documentación directamente a la EPS correspondiente e incluirlos en mi núcleo familiar.

Nombre: ARNUBIO
Firma: _____
Cédula: 76 237 532 **De:** ARNUBIO

FORMATO ENTREGA DE DOTACIÓN		VERSION:	3
		FECHA DE VIGENCIA:	AGOSTO 1 DE 2017

Reclamar en: HERVALCO **Calle 79 No. 69P - 48 Ferias**

Autorizamos al Sr. (a): JOSE ARNUBIO DIAGO CAICEDO

Cedula de Ciudadania No: 76237532

Contrato/Sede: **AVIACION CALI**

Fecha: 1/12/2019

Articulo	Color	Talla	Cantidad
Uniforme	**AZUL CLARO**	**34**	**2**
Overol Hombre Dos Piezas			
Delantal Nuevo			
Bota Caucho Caña Baja			
Zapato Evacol	**BLANCO**	**38**	**1**
Bota Caucho Caña Alta			
Camisa Polo Manga Larga			
Bota Cuero Hombre			
Gorra		**UNICA**	**1**
Cofia		**UNICA**	**1**

Firma Jefe de Compras

Firma de quien Autoriza

easyclean
NIT: 860.522.931-2
Recursos Humanos

2 UNIFORME 1 ZAPATO EVACOL
Cantidad de dotación autorizada en letras y numero

Jose ARNUBIO DIAGO CAICEDO
Firma y Cedula Empleado

CARTA DE COMPROMISO		VERSIÓN:	01
		FECHA DE VIGENCIA:	08 NOVIEMBRE 2018

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

CARTA DE COMPROMISO DE EVALUACIONES MEDICAS OCUPACIONALES

Yo, JOSE ARNUBIO DIAGO CAICEDO identificad@ con cédula de ciudadanía **No, 76237532** desempeñándome en el cargo de **LOGISTICO ASISTENCIAL COCINA,** me comprometo a cumplir estrictamente con las recomendaciones médico laborales emitidas por la IPS, EPS, ARL o cualquier otra entidad a la que corresponda.

Lo anterior, en cumplimiento al artículo 22 del Decreto 1295 de 1994, y del Decreto 1443 de 2014 respecto de las responsabilidades en materia de seguridad y salud en el trabajo, que señala:

"Artículo 10. Responsabilidades de los trabajadores: Los trabajadores, de conformidad con la normatividad vigente tendrán entre otras, las siguientes responsabilidades:

1. Procurar el cuidado integral de su salud;
2. Suministrar información Clara, veraz y completa sobre su estado de salud;
3. Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo de la empresa;
4. Informar oportunamente al empleador o contratante acerca de los peligros y riesgos latentes en su sitio de trabajo;
5. Participar en las actividades de capacitación en seguridad y salud en el trabajo definido en el plan de capacitación del SG-SST; y
6. Participar y contribuir al cumplimiento de los objetivos del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST".

Recomendaciones:

- Las recomendaciones de salud se describen en el examen médico ocupacional realizado y el cual se le brinda una copia al trabajador para su debido tratamiento; por lo tanto es su obligación y deber consultar con su medico tratante de la IPS para seguir con el tratamiento indicado de su molestia o patología según corresponda.

Atentamente,

JOSE ARNUBIO

Firma
C.C: 76 237 532
Fecha: 26/11/2019

PREVER SST SAS
NIT 901.154.429 - 5
Soluciones Integrales en Seguridad y Salud Laboral
Calle 42 Norte No 5n-08 La Flora Cali - Colombia
Cel. 3183973263 - 315 3401091 Tel. 5142000
gerencia@preversst.com.co



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 2.347

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
22 DÍA	11 MES	2019 AÑO	CALI (VALLE DEL CAUCA, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MEDICA OCUPACIONAL DE INGRESO CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR PARA MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

EASYCLEAN G&E SAS	EASYCLEAN G&E SAS
Nombre de la empresa	Empresa en misión

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

DIAGO CAICEDO JOSE ARNUBIO	Genero	Edad	Documento de Identificación	
Apellidos y Nombres	MASCULINO	49 AÑOS 1 MESES 21 DÍAS	CC (Tipo)	76237532 (Número)

Cargo
LOGÍSTICO ASISTENCIAL COCINA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APLAZADO POR CONDICIÓN MÉDICA (REMITIDO A):

Observaciones: *NO APLICA*

APLAZADO	PARA MANIPULAR ALIMENTOS Y CUMPLE CON LOS REQUISITOS

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL	✓	KOH DE UÑAS	✓
FROTIS DE GARGANTA (SIN CULTIVO)	✓	COPROLÓGICO	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	USO DE EPP	HABITOS SALUDABLES
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	HACER DEPORTE
	OTROS : CUMPLIR CON LOS PROTOCOLOS Y NORMAS DEL SISTEMA DE GESTION EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO DE LA EMPRESA. HIGIENE POSTURAL, HIGIENE Y SEGURIDAD EN EL TRABAJO	DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

APLAZADO. PACIENTE CON PARASITISMOS INTESTINAL.
SE INICIA MANEJO+CONTROL CON COPROLOGICO POSTTO

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las empresas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico	Aspirante o Trabajador
Firma:	Firma:
Nombre: VIVEROS OBANDO ANGELA ARCENE	Nombre: DIAGO CAICEDO JOSE ARNUBIO
R. M.: 520610 L.S.O.: 0946/20MAYO2019	CC: 76237532

Software para el sector salud - www.biofile.com.co

AXA COLPATRIA
reinventando / los seguros

AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.
ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
Nit. 860.002.183 – 9

CERTIFICA

Que los afiliados relacionados a continuación se encuentran vinculados con nuestra compañía bajo la afiliación No. 213422 correspondiente a la empresa Easyclean Gye S.a.s.

Nombre	T. I	Número de Identificacion	Fecha de inicio cobertura	Clase de Riesgo	Tasa de Riesgo Centro de trabajo	Centro de trabajo
JOSE ARNUBIO DIAGO CAICEDO	C.C.	76.237.532	01/12/2019	RIESGO-III	2.436	SUCURSAL 2.436

Cordialmente,

Ma. Consuelo Peñuela R.

MARIA CONSUELO PEÑUELA RAMOS
GERENCIA DE OPERACIONES
AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.

La presente se expide a través de la página de internet www.axacolpatria.co, el miércoles 11 de diciembre de 2019 a las 10:05:28 a.m.

Cualquier información adicional que requieran sobre el particular, pueden solicitarla a través de nuestra línea nacional 018000-512620 ó en Bogotá 4235757.

CONTRATO DE TRABAJO POR LA DURACIÓN DE UNA OBRA O LABOR CONTRATADA

EMPLEADOR	**EASYCLEAN GYE SAS**
TRABAJADOR	JOSE ARNUBIO DIAGO CAICEDO
DOCUMENTO DE IDENTIDAD	76237532
CARGO	LOGISTICO ASISTENCIAL COCINA
LUGAR DONDE PRESTARÁ EL SERVICIO	RANCA
FECHA DE INICIO	1 DE DICIEMBRE DEL 2019
OBRA O LABOR	ENTRE EASYCLEAN GYE SAS Y MINISTERIO DE DEFENSA- FUERZA AÉREA COLOMBIANA ESCUELA MILITAR DE AVIACIÓN CTO 180-00-J-EMAVI-GRUAL-2019 con la NACIÓN
PERIODO DE PRUEBA	Una quinta parte del contrato inicial

Entre los suscritos, **EASYCLEAN GYE S.A.S**, representada por **SUSANA VERONICA CASTRILLO SAYAS** , mayor de edad, domiciliado en la ciudad de Bogotá, identificado con la cédula de ciudadanía N° **1.096.201.677** quien, , para los efectos del presente documento se denominará el EMPLEADOR o LA COMPAÑÍA y, JOSE ARNUBIO DIAGO CAICEDO identificado(a) con Cédula de Ciudadanía No 76237532 de las condiciones arriba anotadas, quien para los efectos del presente documento se denominará el TRABAJADOR, han celebrado el presente contrato de trabajo por obra o labro el cual se regirá por las siguientes cláusulas.

PRIMERA: OBLIGACIONES GENERALES: EL EMPLEADOR contrata los servicios personales de EL TRABAJADOR y este se compromete a:

1. Incorporar a su servicio toda su capacidad normal de trabajo, en forma exclusiva, ejecutando de buena fe y personalmente su labor, acorde con las funciones y las responsabilidades inherentes al cargo, las conexas y complementarias que se originen del mismo cargo, todo de conformidad con las normas e instrucciones que en forma verbal o estricta le imparta EL EMPLEADOR o sus representantes. Igualmente se obliga a no prestar directa ni indirectamente servicios laborales a otros empleadores, ni a trabajar por cuenta propia en el mismo oficio.
2. El servicio antes dicho lo prestará personalmente EL TRABAJADOR en el lugar mencionado al inicio del presente contrato. Las partes convienen que EL EMPLEADOR queda facultado para asignar a EL TRABAJADOR oficios o trabajos diferentes o para asignarle otras funciones. Siempre que el cambio no implique desmejora de la remuneración y categoría de EL TRABAJADOR.
3. Guardar en el desempeño de sus funciones y fuera de ellas, la discreción, confidencialidad, respeto y lealtad que debe a EL EMPLEADOR.
4. Responder por todos y cada uno de los elementos de trabajo que le entregue EL EMPLEADOR para el desempeño de su cargo.
5. Devolver oportunamente los equipos, valores, documentos, carpetas, sumas de dinero y demás elementos de trabajo que le entregue EL EMPLEADOR para el desempeño de su cargo.
6. Entregar oportunamente todos los equipos, valores, documentos, sumas de dinero y demás, que reciba de EL EMPLEADOR o de terceros en ejercicio de su cargo.
7. Observar en el desempeño de sus funciones la diligencia y el cuidado necesario, absteniéndose de ejecutar labores u ocupaciones que puedan entorpecer dicho desempeño o menoscabar su rendimiento personal, así como todas aquellas que emanen de la naturaleza de la labor contratada.
8. Conservar y restituir en buen estado, salvo el deterioro natural, los instrumentos, maquinas, útiles y demás elementos que se le hayan facilitado.
9. Guardar rigurosamente la moral con sus superiores y demás compañeros de trabajo.
10. Comunicar oportunamente a EL EMPLEADOR las observaciones que estime conducentes para evitarle daños y perjuicios.
11. Prestar la colaboración posible en caso de siniestro o de riesgos inminentes que amenacen las personas y las cosas de EL EMPLEADOR.

SEXTA: PROHIBICIONES. Además de las prohibiciones determinadas en la ley y en las normas internas de la empresa, se prohíbe especialmente:

1. Recibir o pedir regalos, atenciones y cualquier clase de dádivas en dinero o en especie, por parte de funcionarios de los clientes o proveedores del EMPLEADOR y/o de sus familiares.
2. Igualmente opera esta prohibición, en cuanto a que EL TRABAJADOR no podrá dar regalos, ofrecer atenciones o cualquier clase de dádivas en dinero o en especie a funcionarios de los clientes o proveedores del EMPLEADOR y/o a sus familiares. Como regla general se aplican estas prohibiciones al trabajador, pero excepcionalmente dejarán de aplicarse en los casos en que por razón del cargo que desempeña se encuentre debidamente autorizado para ello.
3. Atender durante la jornada de trabajo asuntos u ocupaciones distintas a los que la Empresa le encomiende;
4. Autorizar o ejecutar sin ser de su competencia, operaciones que afecten los intereses de la Empresa, o negociar bienes, servicios y/o mercancías del empleador en provecho propio.
5. Prestar directa o indirectamente servicios laborales a otros empleadores, salvo autorización previa y expresa de la Empresa, por efectos de negocios realizados por esta;
6. Faltar al trabajo, abandonar el sitio de trabajo, a menos que exista justa causa plenamente comprobada,
7. Efectuar cualquier actividad insegura que exponga su salubridad, mientras se encuentre incapacitado;
8. Retener dinero o hacer efectivos cheques recibidos para el EMPLEADOR.
9. Incurrir en perdida deliberada o injustificada de tiempo;
10. Ceder total o parcialmente a terceros la ejecución de las obligaciones derivadas de este contrato;
11. Retener o modificar injustificadamente información (en cualquier medio, sea físico, electrónico o archivos) o solicitudes que haya recibido para el normal desempeño de sus funciones;
12. Suministrar a terceros información sobre la que tiene acceso o sobre la que llegare a tener a conocimiento, salvo cuando actué en conocimiento de sus funciones, en especial cualquier tipo de información relacionada con los clientes;
13. Copiar, distribuir o transferir electrónicamente o por cualquier otro medio, programas, archivos, software o manuales de propiedad bajo licencia de la Empresa.
14. Presentar cuentas de gastos ficticias o reportar como cumplidas labores o tareas no efectuadas.
15. Cualquier actitud o conducta incurrida por el TRABAJADOR en los compromisos comerciales, personales o en las relaciones sociales, que pueda afectar en forma nociva la reputación del EMPLEADOR.
16. Distorsionar la verdad o faltar a ella en aspectos que afecten sus funciones como trabajador.
17. Retirar de las instalaciones donde funcione la empresa elementos, máquinas, y útiles de propiedad del empleador sin su autorización.

SÉPTIMA. REMUNERACIÓN. SALARIO FIJO. EL EMPLEADOR pagará al TRABAJADOR por la prestación de sus servicios el Salario de la siguiente forma:

a) Cuantía de Salario: OCHOCIENTOS VENTI OCHO MIL CIENTO DIECISEIS PESOS ($ 828.116)
b) forma de pago: MENSUAL mediante abono en cuenta Bancaria según los datos suministrados por escrito por parte del Trabajador

Dentro de este pago se encuentra incluida la remuneración de los descansos dominicales y festivos de que tratan los capítulos I y II del título VII del Código Sustantivo del Trabajo. Se aclara y se conviene que en los casos en los que EL TRABAJADOR devengue comisiones o cualquier otra modalidad de salario variable, el 82.5% de dichos ingresos, constituye remuneración ordinaria, y el 17.5% restante está destinado a remunerar el descanso en los días dominicales y festivos de que tratan los capítulos I y II del título VII del Código Sustantivo del Trabajo. **PARÁGRAFO 1.—**Las partes expresamente acuerdan que lo que reciba el trabajador o llegue a recibir en el futuro, adicional a su salario ordinario, ya sean beneficios o auxilios habituales u ocasionales, tales como alimentación, habitación o vestuario, bonificaciones ocasionales o cualquier otra que reciba, durante la vigencia del contrato de trabajo, en dinero o en especie, no constituyen salario. **PARÁGRAFO 2: EL**

12. Las repetidas desavenencias con sus superiores o con sus compañeros de trabajo;
13. El abandono del puesto de trabajo sin el permiso de sus superiores
14. La utilización de equipo de comunicación en lugares prohibidos para su uso.
15. Malversación de los recursos entregados por la compañía.
16. Entregar información o documentación falsa al ingreso de la compañía

DÉCIMA TERCERA: INVENCIONES. Las invenciones realizadas por **EL TRABAJADOR** le pertenecen a la Empresa siempre y cuando estas sean realizadas con ocasión y dentro de la ejecución del contrato de trabajo, y como parte del cumplimiento de las obligaciones del cargo. También lo son aquellas que se obtienen mediante los datos y medios conocidos o utilizados en razón de la labor desempeñada.

Los descubrimientos e invenciones y las mejoras en los procedimientos, lo mismo que todos los trabajos y consiguientes resultados de la actividad del **TRABAJADOR** mientras preste sus servicios al **EMPLEADOR** incluso aquellos de que trata el artículo 539 del Código de Comercio, así como el artículo 20 y concordantes de la Ley 23 de 1982 sobre Derechos de Autor quedarán de propiedad exclusiva del **EMPLEADOR**.

DÉCIMA CUARTA: TRASLADOS. EL **TRABAJADOR** acepta que EL **EMPLEADOR** podrá trasladarlo desde el lugar, cargo y/o sitio de trabajo de acuerdo a las necesidades del servicio siempre y cuando no se menoscabe el honor, la dignidad o se produzca una desmejora sustancial o grave perjuicio con ocasión a la citada orden. EL EMPLEADOR está obligado a asumir los gastos originados en el traslado, siempre que sea una decisión unilateral de la Empresa.

DÉCIMA QUINTA: EXCLUSIVIDAD. EL TRABAJADOR, así lo entiende y acepta, que por la índole de las labores que va a desarrollar, tendrá para con su **EMPLEADOR** exclusividad laboral, en virtud de la cual, se obliga a no prestar sus servicios para otro tipo de empleadores, ni a desarrollar por cuenta propia o ajena cualquier tipo de servicio o labor en el mismo oficio, durante la vigencia de este contrato.

DÉCIMO SEXTA. EFECTOS Y MODIFICACIONES: El presente contrato remplaza en su integridad y deja sin efecto cualquier otro contrato verbal o escrito celebrado entre las partes con anterioridad, pudiendo las partes convenir por escrito modificaciones al mismo, las que formarán parte integrante de éste contrato.

EL TRABAJADOR acepta desde ahora expresamente todas las modificaciones determinadas por **EL EMPLEADOR**, en lo referente a sus condiciones laborales, tales como la jornada de trabajo, el lugar de prestación de servicio, el cargo u oficio y/o funciones y la forma de remuneración, siempre que tales modificaciones no afecten su honor, dignidad o sus derechos mínimos ni impliquen desmejoras sustanciales o graves perjuicios para él, de conformidad con lo dispuesto en la ley.

DÉCIMA SÉPTIMA. DIRECCIÓN. Para todos los efectos del presente el **TRABAJADOR** se compromete a informar por escrito y de manera inmediata a **EL EMPLEADOR** cualquier cambio en su dirección de residencia, teniéndose en todo caso como suya, la última dirección registrada en su hoja de vida.

DÉCIMA OCTAVA. INTERPRETACIÓN. Este contrato ha sido redactado estrictamente de acuerdo a la ley colombiana, la doctrina y Jurisprudencia, será interpretado de buena fe y en consonancia con el Código Sustantivo del Trabajo cuyo objeto, definido en el artículo 1o., es lograr la justicia de las relaciones entre **EMPLEADORES** y **TRABAJADORES**, dentro de un espíritu de coordinación económica y equilibrio social.

Para constancia se firma este contrato, en la ciudad de Bogotá, el 1 DE DICIEMBRE DEL 2019, en dos ejemplares del mismo tenor y valor.

EL EMPLEADOR
NIT.

JOSE ARNUBIO DIAGO CAICEDO
JOSE ARNUBIO DIAGO CAICEDO
C.C. 76237532

OTROSI AL CONTRATO DE TRABAJO SUSCRITO ENTRE EASYCLEAN GYE S.A.S Y DIAGO CAICEDO JOSE ARNUBIO

EASYCLEAN GYE S.A.S denominado como EL EMPLEADOR Y **DIAGO CAICEDO JOSE ARNUBIO** identificado con cédula de ciudadanía **N° 76237532** denominado como el TRABAJADOR, hemos convenido celebrar el presente **OTROSI** al contrato individual de trabajo cuyo objetivo está definido por la obra o labor contratada, para modificar las condiciones inicialmente pactadas en los siguientes aspectos:

PRIMERA: MODIFICANDO EL CONTRATO DE OBRA O LABORAL. Las partes de común acuerdo han decidido modificar el contrato celebrado entre las partes 01 DE DICIEMBRE DEL 2019 modificado mediante OTRO SÍ al contrato de trabajo de fecha 01 DE JULIO DEL 2020, que condicionó la duración obra o labor al contrato **AVIACION CALI_No.CO1.PCCNTR.1518939-2020-130-00-J-EMAVI-GRUAL-2020-1**, y en consecuencia a partir de la fecha de suscripción del presente OTROSI, al contrato de trabajo será determinado por la duración de la obra o labor del contrato **AVIACION CALI** de conformidad al contrato **No.178-00-J-EMAVI-GRUAL-2020**

SEGUNDO: A partir del 01 de Diciembre del 2020, EL EMPLEADOR reconocerá y pagará como retribución por los servicios del trabajador **DIAGO CAICEDO JOSE ARNUBIO** un salario básico mensual por valor de **OCHOCIENTOS SETENTA Y SIETE MIL OCHOCIENTOS TRES PESOS M/CTE ($ 877.803)**

Las demás estipulaciones contenidas en el contrato inicial y en los demás documentos contractuales, no modificadas expresamente mediante este Otrosí continúan vigentes para todos los efectos legales y contractuales.

El presente acuerdo entra a regir a partir del 01 de Diciembre del 2020, para constancia se firma en Bogotá D.C, a los (01) día del mes de Diciembre del 2020.

SUSANA VERONICA CASTRILLO SAYAS
DIRECTORA DE RECURSOS HUMANOS
EASYCLEAN G&E S.A.S

DIAGO CAICEDO JOSE ARNUBIO
DIAGO CAICEDO JOSE ARNUBIO
C.C. 76237532

OTROSI AL CONTRATO POR OBRA O LABOR SUSCRITO
ENTRE EASYCLEAN GYE S.A.S Y DIAGO CAICEDO JOSE ARNUBIO

EASYCLEAN G&E S.A.S actuando en adelante como "EL EMPLEADOR", y por la otra **DIAGO CAICEDO JOSE ARNUBIO**, identificado con la cédula de ciudadanía **N°76237532**, mayor de edad, quien obra en calidad de "EL TRABAJADOR", hemos convenido celebrar el presente **OTROSÍ** al contrato de trabajo de obra o labor celebrado entre las partes.

CLAUSULAS

PRIMERA: MODIFICANDO EL CONTRATO DE TRABAJO BAJO LA MODALIDAD "DE OBRA O LABORAL", Las partes de común acuerdo han decidido modificar el contrato celebrado el 12/1/2019 que condicionó la duración obra o labor al contrato **FUERZA AEREA COLOMBIANA- ESCUELA MILITAR DE AVIACIÓN No. 178-00-J-EMAVI-GRUAL-2020**, en consecuencia a partir de la fecha de suscripción del presente OTROSI, el contrato de trabajo será a medio Tiempo de 24 Semanas, 120 horas al mes; para todos sus efectos legales y contractuales.

SEGUNDO: A partir del día 01 del mes junio de 2021, EL EMPLEADOR reconocerá y pagará como retribución al trabajador por los servicios del tiempo completo señalados en el inciso anterior, un salario básico mensual por valor de **CUATROCIENTOS CINCUENTA Y CUATRO MIL DOCIENTOS SESENTA Y TRES PESOS PESOS M/CTE ($454263)**, más auxilio de Transporte.

Las demás estipulaciones contenidas en el contrato inicial y en los demás documentos contractuales, no modificadas expresamente mediante este Otrosí continúan vigentes para todos los efectos legales y contractuales.

El presente acuerdo entra a regir a partir del 01 del mes junio de 2021, para constancia se firma en Bogotá D.C., a los (1) días del mes de junio de 2021

EMPLEADOR
EASYCLEAN GYE S.AS
NIT

JOSE ARNUBIO V.A 90
EL TRABAJADOR
C.C 76237532