**CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS**

Entre La **ASOCIACION CENTRO VIDA LA FELICIDAD DEL LLANITO**, sociedad comercial legalmente constituida y con domicilio principal en el corregimiento el llanito del Distrito de Barrancabermeja, con número de NIT 901.232.333-1 y quien en adelante para efectos del presente contrato se denominara **EL CONTRATANTE**; representada legalmente por **EZEQUIEL ASTORGA SUAREZ,** identificado con cedula de ciudadanía N° 13.885.459 de Barrancabermeja; al pie de su firma y por otra parte, **LIANA ELBIRA RANGEL CHACON** identificado con la cedula de ciudadania No 63473414 de Barrancabermeja; quien para efectos del presente contrato será **EL CONTRATISTA.** Hemos convenido celebrar el presente contrato de Prestación de Servicios Profesionales que se regulara por las cláusulas que a continuación se expresan y en general por las disposiciones del Código Civil y Código de Comercio aplicables a la materia de qué trata este contrato:

**PRIMERA. OBJETO:** EL CONTRATISTA prestará los servicios como **MANIPULADORA DE ALIMENTOS**, en las instalaciones del centro Vida la felicidad del llanito ubícado en el corregimiento el llanito sector central del Distrito de Barrancabermeja

**SEGUNDA. TERMINO DEL CONTRATO:** Este contrato de prestación de servicios profesionales se extenderá por un periodo de 55 días programados, contados a partir de la firma de acta de inicio de contrato de asociacion No. 3275-22 se incluye festivos y no dominicales

**TERCERO. VALOR:** El valor de este contrato es de DOS MILLONES DE PESOS COP ($ 2.000.000.oo), pagaderos previa presentación de informes a Secretaria De Desarrollo Económico y Social del Distrito de Barrancabermeja, previo al cumplimiento de todos los requisitos necesarios para su liquidación, previa elaboración y entrega de informe técnico de actividades, fotocopia del documento de identidad, fotocopia del Rut, Fotocopia de la tarjeta profesional, copia del pago de aportes en seguridad social, pensión y riesgos laborales de los meses referentes a cada pago y cuenta de cobro.

**CUARTO. OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA:** Son obligaciones del CONTRATISTA: 1) Obrar con seriedad y diligencia en el servicio contratado. 2) Atender las solicitudes y recomendaciones que haga el CONTRATANTE o un delegado. 3) El contratista se compromete a cumplir con las siguientes funciones: deberá cumplir en forma eficiente y oportuna los trabajos encomendados y aquellas obligaciones que se generen de acuerdo con la naturaleza del servicio, además de aplicar los procedimientos pertinentes y ofrecidos en su propuesta de trabajo.

**QUINTO. OBLIGACIONES DEL CONTRATANTE:** Son obligaciones del **CONTRATANTE** 1) El CONTRATANTE se comprometerá a suministrar todo lo necesario para el buen desempeño de la labor contratada, 2) Cancelar el valor del contrato según la forma que se pacto en la cláusula tercera y en el término estipulado. 3) Entregar toda la información, materiales y suministros que solicite el CONTRATISTA para poder desarrollar con normalidad su labor independiente.

**SEXTA. TERMINACION ANTICIPADA O ANORMAL:** Incumplir las obligaciones propias de cada una de las partes, dará lugar a la otra para terminar unilateralmente este contrato de Prestación de Servicios.

**SEPTIMA. CLAUSULA COMPROMISORIA:** Toda controversia o diferencia relativa a este contrato, su ejecución y liquidación se resolverá por un tribunal de arbitramiento que será designado por las partes y será en el domicilio donde se debió ejecutar el servicio contratado o en su defecto el domicilio de la parte que lo convoque. Este tribunal se sujetara a lo dispuesto en el Decreto 1818 de 1998 o Estatuto Orgánico los sistemas alternativos de solución de conflictos y demás normas concordante.

**OCTAVA. REGIMEN LABORAL:** Por ser el presente un contrato de carácter administrativo, se deja constancia que por su naturaleza no constituye vinculo de trabajo entre la Asociación Centro Vida mi Querido Viejo y la señora LIANA ELBIRA RANGEL CHACON De conformidad con lo anterior, las partes suscriben el presente documento, en dos ejemplares del mismo tenor, para cada una de las partes involucradas el quinceavo (15) día del mes de Marzo del año 2022, con iniciación según acta de inicio de contrato de asociacion No. 3275-22, en señal de aceptación de las condiciones pactadas en el Distrito de Barrancabermeja.

**EZEQUIEL ASTORGA SUAREZ**

C.CN° 13885459

de Barrancabermeja

Representante Legal

**CONTRATANTE**

Liana Rangel

**LIANA ELBIRA RANGEL CHACON**

CC 63473414

Barrancabermeja

Manipuladora de Alimentos

CONTRATISTA

- ORIGINAL: E.P.S. - - 1a. COPIA: EMPLEADOR O ENTE TERRITORIAL -

REPÚBLICA DE COLOMBIA
SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

"Código Unicamente para dependientes y afiliaciones al Régimen Subsidiado"

# FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva eps
gente cuidando gente
NIT 900.156.264-2

# FORMULARIO VÍA WEB

Lea atentamente las instrucciones antes de diligenciar este formulario

## I. DATOS DEL TRÁMITE

1. TIPO DE TRÁMITE: A. AFILIACIÓN [ ] B. REPORTE DE NOVEDADES [✔]
2. TIPO DE AFILIACIÓN: A. Individual: a) Cotizante o cabeza de familia [✔] b) Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]
3. RÉGIMEN: C. Contributivo [✔] S. Subsidiado [ ]
4. TIPO DE AFILIADO: CO Cotizante [✔] CF Cabeza de Familia [ ] BE Beneficiario [ ]
5. TIPO DE COTIZANTE: A. Dependiente [ ] B. Independiente [✔] C. Pensionado [ ]
CÓDIGO:
FECHA DE LA SOLICITUD:

A. AFILIACION

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

6. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS

| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE |
|---|---|---|---|
| RANGEL | CHACON | LIANA | ELBIRA |

7. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: [✔]
8. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 63473414
9. SEXO: [✔]
10. FECHA NACIMIENTO: 28 07 1978

## III. DATOS COMPLEMENTARIOS

11. ORIGEN: Código ETNICO:
12. DISCAPACIDAD: Tipo: Condicion:
13. PUNTAJE Y NIVEL DEL SISBEN:
14. GRUPO DE POBLACION ESPECIAL:
15. ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES:
16. ADMINISTRADORA DE PENSIONES: PORVENIR
17. INGRESO BASE DE COTIZACION - IBC: 1.000.000
18. UBICACION O DIRECCION DE RESIDENCIA: CRA 4 N 79 37
ZONA: U [✔] R [ ]
LOCALIDAD / COMUNA:
BARRIO: centro
CIUDAD / MUNICIPIO: BARRANCABERMEJA
DEPARTAMENTO: SANTANDER
TELÉFONO FIJO:
TELEFONO MÓVIL: 3142528571
CORREO ELECTRONICO: liel78@GMAIL.COM
CODIGO IPS: 5903

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

**Datos de identificación del beneficiario** (Cónyuge o compañero (a) permanente del cotizante)

19. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS

| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE |
|---|---|---|---|
| | | | |

20. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD:
21. NUMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD:
22. SEXO:
23. FECHA NACIMIENTO:
CÓDIGO IPS:

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

| | 24. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS DE LOS BENEFICIARIOS | 25. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD | 26. NUMERO DE IDENTIDAD | 27. SEXO | 28. FECHA DE NACIMIENTO | 29. PARENTESCO | 30. ETNIA | 31. DISCAPACIDAD: Tipo / Condición |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | | | | | | | | F N M T P |
| 2 | | | | | | | | F N M T P |
| 3 | | | | | | | | F N M T P |
| 4 | | | | | | | | F N M T P |

| | 32. DATOS DE RESIDENCIA: Ciudad / Mpio. | Departamento | Zona | Teléfono Fijo | Teléfono Móvil | 33. VALOR UPC AFILIADO ADICIONAL (Lo diligencia la EPS) | 34. Nombre de la Institución prestadora de servicios de salud (IPS) | NIVEL DE SISBEN | GRUPO POBLACIONAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | | | R [ ] U [✔] | | | | | I II | |
| 2 | | | R [ ] U [ ] | | | | | I II | |
| 3 | | | R [ ] U [ ] | | | | | I II | |
| 4 | | | R [ ] U [ ] | | | | | I II | |

## 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 Razon Social:
36. Tipo documento de identidad:
37. Numero documento de identidad:
DV:
38. Tipo de aportante o pagador de pensiones:
39. UBICACIÓN O DIRECCIÓN:
FECHA INICIO DE RELACION LABORAL: 11 03 2022
CARGO: INDEPENDIENTE
SALARIO: 1.000.000

## B. REPORTE DE NOVEDADES

40. TIPO DE NOVEDAD
1. MODIFICACION DE DATOS BASICOS DE IDENTIFICACION [ ]
2. CORRECCION DE DATOS BASICOS DE IDENTIFICACION [ ]
3. ACTUALIZACION DEL NUMERO DE IDENTIDAD [ ]
4. ACTUALIZACION Y/O CORRECCION DE DATOS COMPLEMENTARIOS [ ]
5. TERMINACION DE LA INSCRIPCION EN LA EPS [ ]
Codigo:
6. REINSCRIPCION EN LA EPS [✔]
7. INCLUSION DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES [ ]
8. EXCLUSION DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES [ ]
9. CAMBIO DE RELACION LABORAL O ADQUISICION DE CONDICIONES PARA COTIZAR [ ]
10. TERMINACION DE LA RELACION LABORAL O PERDIDA DE LAS CONDICIONES PARA SEGUIR COTIZANDO [ ]
11. VINCULACION A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS [ ]
12. DESVINCULACION A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS [ ]
13. MOVILIDAD
A) AL REGIMEN CONTRIBUTIVO [ ]
B) AL REGIMEN SUBSIDIADO [ ]
14. PARA ADO
A) MISMO REGIMEN [ ]
B) DIFERENTE REGIMEN [ ]
15. REPORTE DE FALLECIMIENTO [ ]
16. REPORTE DEL TRAMITE DE PROTECCION AL CESANTE [ ]
17. REPORTE DE LA CALIDAD DE PREPENSIONADO [ ]
18. REPORTE DE LA CALIDAD DE PENSIONADO [ ]

## VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. DATOS BASICOS DE IDENTIFICACIÓN

| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE |
|---|---|---|---|
| | | | |

TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD:
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD:
SEXO:
FECHA NACIMIENTO:
42. FECHA (a partir de):
43. EPS ANTERIOR Código:
44. MOTIVO DE TRASLADO Código:
45. CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR O PAGADOR DE PENSIONES:

## VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

Declaración juramentada de convivencia: Efectuada por convivencia extramatrimonial [ ] ante el Notaría [ ] No. [ ]
de fecha [ ] del mes [ ] del año [ ]
46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales. Declaro bajo la gravedad de juramento que ellos(as) dependen económicamente de mí [ ]
47. Declaración de no obligación al régimen Contributivo. Empleado o del Exterior [ ]
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. Artículo 2.2.3.8.5 del Decreto 780 de 2016 [ ]
49. Declaración de no intermediación 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. Autorizacion para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones lo requieran [ ]
52. Autorizacion 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 y/o celular (mensajes de texto) [ ]

## VIII. FIRMAS

54. Firma del cotizante, cabeza de familia o del afiliado: Liana R.
55. Firma y sello del empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio

## IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad: CN [ ] RC [ ] TI [ ] CE [ ] PA [ ] PE [ ] PD [ ] SC [ ]
Cantidad: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] 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 en el caso de hijastros [ ]
62. Documentos en que conste la patria potestad o la custodia y cuidado personal de los padres o de terceros, en aquellos casos en que el cotizante no sea el padre o la madre de los menores [ ]
63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud [ ]
64. Certificación de pensión por vejez emitida oportunamente por el fondo de pensiones [ ]
65. Copia del acto administrativo o providencia de exclusión de cuerpos armados o cuerpos de seguridad del cotizante o su cabeza familiar, según el caso [ ]

## X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial: Código del Municipio [ ] Código del departamento [ ]
67. Datos del SISBEN: Número de ficha [ ] Puntaje [ ] Nivel [ ]
68. Fecha de radicación:
69. Fecha de validación:
70. Datos del funcionario que realiza la validación:
Tipo 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 autorizaciones contenidas en el capítulo VII del formulario.

- 2a. COPIA: AFILIADO -

# NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264 -2

CERTIFICA QUE:

El 2022 -03 -11 09:58:01, el afiliado **LIANAELBIRA RANGEL** identificado con **CC** número **63473414** realizo una solicitud de reingreso en nuestro Sistema de Afiliación Electrónica **VALE**.

| NÚMERO DE RADICACIÓN | FECHA DE RADICACIÓN | TIPO DE SOLICITUD |
|---|---|---|
| 454309457703 | 2022 -03 -11 09:58:01 | REINGRESO |

DETALLE

| TIPO | IDENTIFICACIÓN | NOMBRE COTIZANTE | IBC | CARGO | FECHA REINGRESO |
|---|---|---|---|---|---|
| CC | 63473414 | LIANA ELBIRA RANGEL | 1000000 | INDEPENDIENTE | 2022 -03 -11 |

**La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 11 dias del mes de Marzo del año 2022.**

porvenir
sólo hay uno

**SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A.**

En su condición de administradora del

**FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

NIT 800.224.808-8

# CERTIFICA QUE:

**LIANA ELBIRA RANGEL CHACON,** identificado(a) con cédula de ciudadanía **63.473.414**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 11 de Marzo del 2022.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

**Tenga en cuenta:**

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.

ARL sura

SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES
REGISTRO DE CONTRATANTES NO AFILIADOS EN ARL SURA PARA AFILIACIÓN DE TRABAJADORES INDEPENDIENTES POR PRESTACIÓN DE SERVICIO
GESTIONADO POR EL INDEPENDIENTE

SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

NIT: 890.903.790-5

Fecha de descarga: 15/03/2022 - 08:28:25

Este formato será el documento que soportará el trámite de su registro a la ARL SURA, mientras se realizan los procesos internos correspondientes. Conserve la copia que le pertenece.

## DATOS BÁSICOS DEL CONTRATANTE DE TRABAJADORES INDEPENDIENTES POR PRESTACIÓN A ARL SURA

**Documento de identificación**
NI - 901232333

**Nombre o razón social**
ASOC CENTRO VIDA LA FELICIDAD DEL LLANITO

**Correo electrónico**
EZEQUIELASTORGA54@HOTMAIL.COM

**Teléfono**
3022873

**Celular**
3022873247

**Dirección y domicilio de la sede principal**
CL 33 # 1 SECTOR CENTRAL, CORREGIMIENTO EL LLANITO

**Departamento**
SANTANDER

**Municipio**
BARRANCABERMEJA

**Código actividad económica**
1919901

**Clase de riesgo**
1

**Porcentaje cotización**
0.522

**Descripción actividad económica**
EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE OTRAS ORGANIZACIONES NCP, INCLUYE EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES TALES COMO ASOCIACIONES CON FINES CULTURALES, RECREATIVOS Y ARTESANALES Y SERVICIOS DE LA ORGANIZACION DE EVENTOS DE CAPACITACION, SOCIALES Y/O FORMACION CULTURAL.

## INFORMACIÓN DEL RESPONSABLE ANTE ARL SURA

**Documento de identificación**
CC - 13885459

**Nombres del responsable**
EZEQUIEL ASTORGA SUAREZ

**Correo electrónico**
EZEQUIELASTORGA54@HOTMAIL.COM

**Teléfono o celular**
3022873247

**Fecha de nacimiento**

**Sexo**

## CENTROS DE TRABAJO

Se entiende como toda edificación o área a cielo abierto en la que laboran los trabajadores, destinada a una actividad económica en una empresa determinada.

| Nombre | Dirección | Ciudad | Teléfono | Código Centro de Trabajo | Código actividad económica | Clase de riesgo | Porcentaje cotización |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| principal santander | cl 33 1 sector central, corregimiento el llanito | barrancabermeja | 3022873 | 1 | 1919901 | 1 | 0.522 |

*Son afiliados y están cubiertos por el Sistema General de Riesgos Laborales los trabajadores independientes por prestación de serivicios del contratante que se relacionan en el ANEXO de este formulario de registro y los que posteriormente se incorporen mediante formularios a través de los servicios transaccionales en www.arlsura.com.
*Las declaraciones contenidas en los anexos corresponden a la fecha de presentación del formulario de registro del cual hacen parte integral y podrán ser modificadas en cualquier tiempo mediante formularios de novedades, las cuales se entenderán incorporadas con su sola presentación.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

ARL sura

SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES
REGISTRO DE CONTRATANTES NO AFILIADOS EN ARL SURA PARA AFILIACIÓN DE TRABAJADORES INDEPENDIENTES POR PRESTACIÓN DE SERVICIO
GESTIONADO POR EL INDEPENDIENTE

SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

NIT: 890.903.790-5

Fecha de descarga: 15/03/2022 - 08:28:25

DATOS DE LOS TRABAJADORES INDEPENDIENTES POR PRESTACIÓN DE SERVICIOS

| Documento | Nombre | Centro de trabajo | Ciudad | Porcentaje de cotización |
|---|---|---|---|---|
| 63473414 | LIANA ELBIRA RANGEL CHACON | PRINCIPAL SANTANDER | BARRANCABERMEJA | 0.522 |

ARL sura

SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES
REGISTRO DE CONTRATANTES NO AFILIADOS EN ARL SURA PARA AFILIACIÓN DE TRABAJADORES INDEPENDIENTES POR PRESTACIÓN DE SERVICIO
GESTIONADO POR EL INDEPENDIENTE

SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

NIT: 890.903.790-5

Fecha de descarga: 15/03/2022 - 08:28:25

CONDICIONES GENERALES

Bajo la gravedad de juramento declaro que toda la información suministrada, o que llegue a suministrar, respecto a la empresa de la cual soy Representante Legal, así como las personas afiliadas es verídica. Además, comprendí los deberes y derechos del empleador frente al Sistema de Seguridad Social en Riesgos Laborales consignados al respaldo de este formulario. En forma expresa autorizo a la administradora ARL SURA S.A, EPS SURA S.A., en adelante "Las compañías", para que el correo de creación de clave sea remitido a la dirección de correo electrónico mencionada. De igual forma, declaro y acepto que es responsabilidad de la empresa por mi representada la utilización que la persona autorizada realice de la clave asignada. Así mismo, me comprometo a informar o notificar oportunamente a "Las compañías" los cambios de personal que impliquen la necesidad de cancelar la clave otorgada. Exonero a "Las compañías" por el mal uso que pueda hacerse de la clave que se asigna, la cual es de carácter personal, confidencial, indelegable e intransferible.

Autorizo a SURAMERICANA S.A. para la recolección, almacenamiento y uso de mis datos personales, con la finalidad de vincularme como cliente de SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. Así mismo, autorizo a ambas Compañías para proceder con el tratamiento de mis datos, incluso biométricos, que es un dato sensible, con el fin de ejecutar y cumplir el contrato; así como entregar, transmitir o compartir información con: Centrales de Riesgo para reportar mi comportamiento crediticio, Aliados Estratégicos, Intermediarios de Seguros, Operadores de Información del PILA, y Compañía matriz, filiales y subsidiarias (especialmente con SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A. y SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A), con la finalidad de ser contactado para el envió de información y ofertas de productos.

Las respuestas a las preguntas sobre el tratamiento de datos sensibles son facultativas. Como titular de sus datos personales tiene derecho a conocerlos, actualizarlos, revocar y conocer la autorización otorgada para su tratamiento, solicitar la supresión cuando proceda y acceder de forma gratuita a los mismos. El responsable del tratamiento de la información es SURAMERICANA S.A., para ejercer los derechos sobre éstos puede comunicarse a la Línea de Atención al 4378888 (Medellín, Bogotá y Cali) o al 018000518888. Para conocer nuestra política de privacidad visite www.sura.com

Me sumo a la causa de SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. de velar por la conservación del medio ambiente y por esto autorizo no me envíe carnetización en papel para mis trabajadores, ya que no es necesario para recibir cualquier servicio.

VIGILADO

Firma del responsable ante ARL SURA
EZEQUIEL ASTORGA SUAREZ CC - 13885459
ASOC CENTRO VIDA LA FELICIDAD DEL LLANITO NI - 901232333

Firma del Representante Legal ARL SURA

El registro será efectivo sólo si cumple con todos los requisitos notificados previamente por correo electrónico.
Fecha de generación del reporte : 15/03/2022

**RESPONSABILIDAD DEL REPRESENTANTE LEGAL**

La afiliación de sus trabajadores independientes por prestación de servicios será efectiva sólo si cumple con todos los requisitos descritos a continuación, de lo contrario no se perfeccionará la afiliación en ARL SURA de conformidad con las normas vigentes. Para verificar el estado del registro, deberá ingresar a nuestro sitio web.

## ASPECTOS GENERALES DEL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN RIESGOS LABORALES - DEBERES Y DERECHOS

I. La seguridad social es un servicio público obligatorio. El Sistema de Seguridad Social está conformado entre otros, por el Sistema de Riesgos Laborales, el cual sólo podrá ser administrado por el Instituto de Seguros Sociales, por Entidades Aseguradoras de Vida que obtengan autorización de la Superintendencia Financiera para la explotación del ramo de seguros de riesgos laborales y por sociedades sin ánimo de lucro constituidas como entidades aseguradoras con el exclusivo objeto de otorgar a sus socios la cobertura por enfermedad laboral y accidente de trabajo.

II. Este formulario de afiliación es el documento con el cual se incorpora al empleador y a cada uno de sus trabajadores dependientes en particular, al Sistema General de Riesgos Laborales. **La afiliación se entiende efectuada al día siguiente de aquel en que el formulario ha sido recibido por la entidad administradora respectiva.**
Para efectos de su afiliación al Sistema General de Riesgos Laborales, el ingreso de nuevos trabajadores debe reportarse a la entidad Administradora de Riesgos Laborales ARL a más tardar el día hábil siguiente al cual se produce la vinculación laboral, mediante el formulario de novedades Ingreso y Retiro de trabajadores o a través de los servicios transaccionales en www.arlsura.com. La entidad administradora de riesgos laborales no podrá rechazar la afiliación de ningún empleador ni de sus trabajadores dependientes.

III. Como efecto de la afiliación, la Entidad Administradora de Riesgos Laborales ARL queda obligada:
1. En favor de los trabajadores dependientes del empleador debidamente afiliados, al reconocimiento y pago de las prestaciones asistenciales y económicas previstas en la normatividad vigente, por ocurrencia de accidentes de trabajo y enfermedad laboral debidamente calificados como tales.
2. En favor del empleador y durante el tiempo de vigencia de la afiliación, a prestar los servicios de promoción y prevención tendientes a mejorar las condiciones de seguridad y salud en el trabajo de sus trabajadores, conforme con lo previsto en la normatividad vigente.
3. A administrar los recursos provenientes de las cotizaciones efectuadas por el empleador, conforme la normatividad vigente.
4. Los demás deberes y obligaciones que en su condición de Entidad Administradora de Riesgos Laborales le sean exigibles conforme con las disposiciones de la ley 100 de 1993, el decreto 1295 de 1994, la ley 1562 de 2012 y sus normas reglamentarias, así como por las disposiciones que las modifiquen o sustituyan.

IV. Con la afiliación, el empleador traslada a la Administradora de Riesgos Laborales los riesgos por accidente de trabajo y enfermedad laboral de sus trabajadores dependientes y le corresponde:
1. Pagar mensualmente las cotizaciones dentro de los 10 primeros días comunes del mes siguiente a aquel objeto de la cotización.
Las cotizaciones se determinarán de acuerdo con la actividad económica de la empresa, el índice de lesiones incapacitantes y el cumplimiento de los Sistemas de Gestión de la Seguridad y Salud en el trabajo y podrán ser modificadas anualmente de acuerdo con la variación de dichos factores. EL NO PAGO DE LAS COTIZACIONES AL SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES ACARREARÁ PARA EL EMPLEADOR LAS SANCIONES DE LEY.
En caso de mora en el pago de las cotizaciones, la Entidad Administradora de Riesgos Laborales adelantará las acciones de cobro contra el empleador. Para tal efecto, la liquidación mediante la cual la Administradora de Riesgos Laborales determine el valor adeudado prestará MÉRITO EJECUTIVO.
2. Procurar el cuidado integral de la salud de sus trabajadores y ejecutar y controlar el cumplimiento de los Sistemas de Gestión de la Seguridad y Salud en el trabajo y procurar su financiamiento.
3. Informar a la Administradora de Riesgos Laborales ARL las novedades de sus trabajadores, en cuanto a situaciones laborales, salario, traslados, vinculación y retiro.
4. Notificar a la Administradora de Riesgos Laborales ARL los accidentes de trabajo y las enfermedades laborales dentro de los dos (2) días hábiles siguientes a la ocurrencia del accidente o al diagnóstico de la enfermedad.
5. Informar sobre esta afiliación a sus trabajadores y a las Entidades Promotoras de Salud a las que estén afiliados.

V. La afiliación al Sistema General de Riesgos Laborales del empleador y de sus trabajadores dependientes a través de la Entidad Administradora de Riesgos Laborales ARL, tendrá vigencia desde el día siguiente al del recibido de este formulario y hasta:
1. Cuando mediante el formulario de Novedades Ingreso y Retiro de Trabajadores o a través de los servicios transaccionales en www.arlsura.com., se comunique a la Administradora de Riesgos laborales la desvinculación de un trabajador.
2. Cuando, transcurrido al menos un año de vigencia de la afiliación, el empleador decida trasladarse a otra Administradora de Riesgos Laborales ARL, deberá dar aviso mediante comunicación escrita a la Entidad Administradora de Riesgos Laborales a la que se encuentra afiliado, con por lo menos 30 días comunes de antelación a la desvinculación.

VI. La declaración del empleador sobre la actividad económica de sus centros de trabajo, según la tabla de actividades económicas contenida en el decreto 1607 de 2002, indicará la clasificación de la empresa para efectos de liquidación de las cotizaciones. Esta clasificación puede ser verificada y modificada por la Administradora de Riesgos Laborales ARL, siguiendo el procedimiento señalado en los artículos 29 y 31 del decreto 1295 de 1994

**CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS**

Entre La **ASOCIACION CENTRO VIDA LA FELICIDAD DEL LLANITO**, sociedad comercial legalmente constituida y con domicilio principal en el corregimiento el llanito del Distrito de Barrancabermeja, con número de NIT 901.232.333-1 y quien en adelante para efectos del presente contrato se denominara **EL CONTRATANTE**; representada legalmente por **EZEQUIEL ASTORGA SUAREZ,** identificado con cedula de ciudadanía N° 13.885.459 de Barrancabermeja; al pie de su firma y por otra parte**, CARMEN INES BAZA QUINTERO** identificado con la cedula de ciudadanía No 28070866 de Barrancabermeja; quien para efectos del presente contrato será **EL CONTRATISTA.** Hemos convenido celebrar el presente contrato de Prestación de Servicios Profesionales que se regulara por las cláusulas que a continuación se expresan y en general por las disposiciones del Código Civil y Código de Comercio aplicables a la materia de qué trata este contrato:

**PRIMERA. OBJETO:** EL CONTRATISTA prestará los servicios como **MANIPULADORA DE ALIMENTOS**, en las instalaciones del centro Vida la felicidad del llanito ubicado en el corregimiento el llanito sector central del Distrito de Barrancabermeja

**SEGUNDA. TERMINO DEL CONTRATO:** Este contrato de prestación de servicios profesionales se extenderá por un periodo de 55 días programados, contados a partir de la firma de acta de inicio de contrato de asociacion No. 3275-22 se incluye festivos y no dominicales

**TERCERO. VALOR:** El valor de este contrato es de DOS MILLONES DE PESOS COP ($ 2.000.000.oo), pagaderos previa presentación de informes a Secretaria De Desarrollo Económico y Social del Distrito de Barrancabermeja, previo al cumplimiento de todos los requisitos necesarios para su liquidación, previa elaboración y entrega de informe técnico de actividades, fotocopia del documento de identidad, fotocopia del Rut, Fotocopia de la tarjeta profesional, copia del pago de aportes en seguridad social, pensión y riesgos laborales de los meses referentes a cada pago y cuenta de cobro.

**CUARTO. OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA:** Son obligaciones del CONTRATISTA: 1) Obrar con seriedad y diligencia en el servicio contratado. 2) Atender las solicitudes y recomendaciones que haga el CONTRATANTE o un delegado. 3) El contratista se compromete a cumplir con las siguientes funciones: deberá cumplir en forma eficiente y oportuna los trabajos encomendados y aquellas obligaciones que se generen de acuerdo con la naturaleza del servicio, además de aplicar los procedimientos pertinentes y ofrecidos en su propuesta de trabajo.

**QUINTO. OBLIGACIONES DEL CONTRATANTE:** Son obligaciones del **CONTRATANTE** 1) El CONTRATANTE se comprometerá a suministrar todo lo necesario para el buen desempeño de la labor contratada, 2) Cancelar el valor del contrato según la forma que se pacto en la cláusula tercera y en el término estipulado. 3) Entregar toda la información, materiales y suministros que solicite el CONTRATISTA para poder desarrollar con normalidad su labor independiente.

**SEXTA. TERMINACION ANTICIPADA O ANORMAL:** Incumplir las obligaciones propias de cada una de las partes, dará lugar a la otra para terminar unilateralmente este contrato de Prestación de Servicios.

**SEPTIMA. CLAUSULA COMPROMISORIA:** Toda controversia o diferencia relativa a este contrato, su ejecución y liquidación se resolverá por un tribunal de arbitramiento que será designado por las partes y será en el domicilio donde se debió ejecutar el servicio contratado o en su defecto el domicilio de la parte que lo convoque. Este tribunal se sujetara a lo dispuesto en el Decreto 1818 de 1998 o Estatuto Orgánico los sistemas alternativos de solución de conflictos y demás normas concordante.

**OCTAVA. REGIMEN LABORAL:** Por ser el presente un contrato de carácter administrativo, se deja constancia que por su naturaleza no constituye vinculo de trabajo entre la Asociación Centro Vida mi Querido Viejo y la señora CARMEN INES BAZA QUINTERO De conformidad con lo anterior, las partes suscriben el presente documento, en dos ejemplares del mismo tenor, para cada una de las partes involucradas el quinceavo (15) día del mes de Marzo del año 2022, con iniciación según acta de inicio de contrato de asociacion No. 3275-22, en señal de aceptación de las condiciones pactadas en el Distrito de Barrancabermeja.

**EZEQUIEL ASTORGA SUAREZ**

C/CN° 13885459

de Barrancabermeja

Representante Legal

**CONTRATANTE**

Carmen I Baza

**CARMEN INES BAZA QUINTERO**

CC 28070866

Barrancabermeja

Manipuladora de Alimentos

CONTRATISTA

**CERTIFICA QUE**

El(La) Señor(a) **CARMEN INES BAZA QUINTERO**; identificado(a) con **CC** número **28070866**; se encuentra afiliado a la EPS.

Fecha de Activación de Servicios: **22/02/2020**

Estado de la Afiliación **Vigente**

Categoría: **A**

La presente certificación se expide a solicitud del (de la) interesado(a) en Bogotá para QUIEN INTERESE, a los **16** días del mes **3** del año **2022**

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

ESTA CERTIFICACIÓN NO APLICA PARA SERVICIOS MÉDICOS. NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

**Cordialmente,**

Gerencia de Afiliaciones

# 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**

## nformación Básica del Afiliado :

| COLUMNAS | DATOS |
|---|---|
| TIPO DE IDENTIFICACIÓN | CC |
| NÚMERO DE IDENTIFICACION | 28070866 |
| NOMBRES | CARMEN INES |
| APELLIDOS | BAZA QUINTERO |
| FECHA DE NACIMIENTO | **/**/** |
| DEPARTAMENTO | SANTANDER |
| MUNICIPIO | BARRANCABERMEJA |

## atos de afiliación :

| ESTADO | ENTIDAD | REGIMEN | FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA | FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN | TIPO DE AFILIADO |
|---|---|---|---|---|---|
| ACTIVO | NUEVA EPS S.A. -CM | CONTRIBUTIVO | 01/04/2020 | 31/12/2999 | COTIZANTE |

| Fecha de Impresión: | 03/17/2022 11:03:23 | Estación de origen: | 2801:12:c800:2070::1 |
|---|---|---|---|

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

especto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la ual 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 égimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el término de la afiliación a la entidad de ordo 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 cuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.

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

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

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

IMPRIMIR CERRAR VENTANA

soi

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
## SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancoomeva

**DATOS GENERALES DEL APORTANTE**

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CEDULA DE CIUDADANIA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 28070866 |
| NOMBRE O RAZON SOCIAL: | | | CARMEN INES BAZA QUINTERO |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | BARRANCABERMEJA | DEPARTAMENTO: | SANTANDER |
| DIRECCIÓN: | CALLE 4444 | TELÉFONO: | 6000002 |
| TIPO APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | I-INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Comercio al por mayor de computadores, equipo per |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | UNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

**DATOS GENERALES DE LA PLANILLA**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | | | **4438398164** | TIPO DE PLANILLA: | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN OTROS | MES | marzo | AÑO 2022 | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: | MES marzo AÑO 2022 |
| DÍAS DE MORA: | | | 0 | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | | | 2022/03/16 | NUMERO AUTORIZACIÓN: | 999151771 |

**TOTAL APORTES A SALUD**

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD | | LICENCIA MATERNIDAD | | SALDO A FAVOR | | LIQUIDACIÓN | | MORA | | TOTALES | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | NUMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | NUMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PLANILLA | VALOR | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| EPS041 | SUBS NUEVA EPS | 1 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | $ 125.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 125.000 | $ 0 | $ 0 | $ 125.000 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | | | | **$ 125.000** | **$ 0** | **$ 0** | **$ 125.000** |

**LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES**

| DATOS DEL COTIZANTE | | | | | | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | | SEGURIDAD SOCIAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PARAFISCALES | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | | SALUD | | | | | | ARP | | | | | | CCF | | SENA | | ICBF | | ESAP | | MINEDU |
| Nº | IDENTIFICACIÓN | NOMBRES | TIPO COTIZANTE | SUBTIPO COTIZANTE | SALARIO BASICO | TIPO DE SALARIO | COLOMBIANO EXTRANJERO | REFORMA TRIBUTARIA | IRG | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | COR | VSP | VST | SLN | COM | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | ADMIN | DIAS COT | IBC | COTIZACIÓN | FSP SUBSISTENCIA | FSP SOLIDARIDAD | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO | INDICADOR TARIFA ESPECIAL | TOTAL APORTE | ADMIN | DIAS COT | IBC | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | TOTAL APORTE | ADMIN | DIAS COT | IBC | CENTRO DE TRABAJO | TOTAL APORTE | DIAS COT | IBC | ADMIN | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE |
| 1 | CC 28070866 | BAZA QUINTERO CARMEN INES | INDEPENC | REG CUMP FENS | $ 1.000.000 | | | NO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | | $ 0 (SUBS NUEVA EPS | $ 0 | $ 1.000.000 | $ 125.000 | $ 0 | $ 125.000 | | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | $ 0 | | | | | | | |

**TOTAL** **$ 125.000**

porvenir
sólo hay uno

**SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A.**

En su condición de administradora del

**FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

NIT 800.224.808-8

# CERTIFICA QUE:

**CARMEN INES BAZA QUINTERO,** identificado(a) con cédula de ciudadanía **28.070.866**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 16 de Marzo del 2022.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

**Tenga en cuenta:**

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS
NIT 860.011.153-6
ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
www.positiva.gov.co

# FORMULARIO DE AFILIACIÓN DEL TRABAJADOR **INDEPENDIENTE** A LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES

SEÑOR CONTRATISTA
Recuerde que una vez cumplida la fecha de terminación de la afiliación, SI usted desea continuar con el cubrimiento ante nuestra ARL, lo invitamos a que ingrese al portal transaccional y registre la novedad respectiva.

20220316030028070866O1

## I. DATOS GENERALES DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE

| | |
|---|---|
| * TIPO DOC. CC / No. DE DOCUMENTO 28070866 | PRIMER APELLIDO BAZA |
| | SEGUNDO APELLIDO QUINTERO |
| PRIMER NOMBRE CARMEN | SEGUNDO NOMBRE INES |
| * FECHA NACIMIENTO AÑO 1981 MES 10 DIA 28 | SEXO M ( ) F (X) |
| NACIONALIDAD COLOMBIA | |
| EPS ACTUAL NUEVA EPS | AFP ACTUAL PORVENIR |
| DIRECCIÓN RESIDENCIA VEREDA CAÑO HONDO | |
| DEPARTAMENTO SANTANDER | MUNICIPIO BARRANCABERMEJA |
| CELULAR O TELÉFONO FIJO 3502027814 | CORREO ELECTRÓNICO CARMENINESBAZAQUINTERO@HOTMAIL.COM |

## II. INFORMACIÓN DE LA AFILIACIÓN O DEL CONTRATO

TIPO: ADMINISTRATIVO ( ) COMERCIAL (X) CIVIL ( ) | PÚBLICO ( ) PRIVADO (X) | SUMINISTRO DE TRANSPORTE SI ( ) NO (X)

| | | | |
|---|---|---|---|
| * FECHA INICIO AÑO 2022 MES 03 DIA 15 | * FECHA DE TERMINACIÓN AÑO 2022 MES 05 DIA 20 | No. DE MESES 2 | |
| DÍAS Y HORARIO DE TRABAJO LUNES (X) MARTES (X) MIERCOLES (X) JUEVES (X) VIERNES (X) SABADO (X) DOMINGO ( ) | DE 07:00 AM (X) PM ( ) | HASTA 01:00 AM ( ) PM (X) | |
| VALOR TOTAL $2000000 | VALOR MENSUAL $1000000 | * INGRESO BASE DE COTIZACIÓN $1000000 | |
| * ACTIVIDAD A EJECUTAR EMPRESAS DEDICADAS A LA REGULACION DE LAS ACTIVIDADI | CÓDIGO 1751301 | | |
| CARGO U OCUPACIÓN COCINEROS Y AFINES | TAXISTA SI ( ) NO (X) | | |
| DIRECCIÓN SC CENTRAL CL 33 | | | |
| DEPARTAMENTO SANTANDER | MUNICIPIO BARRANCABERMEJA | | |

## III. INFORMACION DEL CONTRATANTE, EMPRESA TRANSPORTADORA (Habilitada por el Ministerio de Transporte para taxistas) O CONTRATANTE PARA INDEPENDIENTE VOLUNTARIO.

| | |
|---|---|
| * ENTIDAD CONTRATANTE TIPO DOC. NI / No. DE DOCUMENTO 901232333 DV 1 | * NOMBRE O RAZÓN SOCIAL ASOC LA FELICIDAD DEL LLANITO |
| CÓDIGO ACTIVIDAD ECONÓMICA CENTRO DE TRABAJO 1014001 | La clasificación del riesgo se determinará con el mayor entre la clase de riesgo del centro de trabajo del contratante y el propio de la actividad ejecutada por el contratista. (Art. 11 Dec 723/13) |
| DIRECCIÓN PRINCIPAL CORREGIMIENTO EL LLANITO | |
| DEPARTAMENTO SANTANDER | MUNICIPIO BARRANCABERMEJA |
| TELÉFONO 3022873247 / FAX | CORREO ELECTRÓNICO EZEQUIELASTORGA54@HOTMAIL.COM |
| * DATOS QUIEN FIRMA CONTRATO TIPO DOC. CC / No. DE DOCUMENTO 13885459 | PRIMER APELLIDO ASTORGA / SEGUNDO APELLIDO SUAREZ |
| PRIMER NOMBRE EZEQUIEL | SEGUNDO NOMBRE |

CON ESTE FORMULARIO SE PERFECCIONA LA AFILIACIÓN DELTRABAJADOR INDEPENDIENTE AL SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES, EL CUAL SE RIGE EN TODOS SUS ASPECTOS POR LO DISPUESTO EN EL DECRETO LEY 1295 DE 1994, LEY 776 DE 2002, DECRETO 723 DE 2013, DECRETO 1563 DE 2016 Y DEMÁS NORMAS QUE MODIFIQUEN, ADICIONEN O SUSTITUYAN.

DECLARO QUE LOS DATOS REGISTRADOS EN ESTE FORMULARIO SON VERÍDICOS Y PUEDEN SER CONFIRMADOS POR LA ENTIDAD ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES

* Carmen Ines Baza
FIRMA DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE

PARA USO EXCLUSIVO DE LA ARL
CÓDIGO ACTIVIDAD ECONÓMICA 1751301
CLASE DE RIESGO 1
TARIFA 0,52200

* LA FALSEDAD EN LOS CAMPOS MARCADOS CON (*) GENERAN NULIDAD DEL FORMULARIO Y POR ENDE EN LA AFILIACIÓN

Rev. Noviembre/ 2019

Autorizado por la Superintendencia Financiera para operar el ramo de seguros de Riesgos Laborales, mediante Resolución No. 3187 del 28 de Diciembre de 1995. Para todos los efectos de afiliación y cobertura del Sistema General de Riesgos Laborales.
VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA