ASOCIACION CENTRO VIDA DEL ADULTO MAYOR ASOTERBA
NIT: 829.000.539-5
Diagonal 59 No. 43 – 63 Barrio las Granjas
celular 3042161568-3125106271



CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS 001-22.

MARIA DEL CARMEN DE AVILA CARABALLO, mayor de edad, identificada con cédula de ciudadanía **No. 33.148.524 de Cartagena**, actuando en nombre y representación de la **ASOCIACION CENTRO VIDA DEL ADULTO MAYOR ASOTERBA NIT 829.000.539-5,** Quien en adelante se denominará EL CONTRATANTE, y **GREGORIA ISABEL DE AVILA CARABALLO**, mayor de edad identificado con cédula de ciudadanía **No. 45.474.566 de Cartagena** ,domiciliado en **Barrancabermeja**, y quien para los efectos del presente documento se denominará EL CONTRATISTA, acuerdan celebrar el presente CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS, el cual se regirá por las siguientes cláusulas: **PRIMERA.- OBJETO**: El CONTRATISTA en su calidad de trabajador independiente, se obliga para con El CONTRATANTE a ejecutar los trabajos y demás actividades propias del servicio contratado, el cual debe realizar de conformidad con las condiciones y cláusulas del presente documento y que consistirá en: **Prestar sus Servicios personales como manipuladora de alimentos, para preparar los alimentos de los adultos mayores del centro vida siglo XXI**, sin que exista horario determinado, ni dependencia. **SEGUNDA.- DURACIÓN O PLAZO**: El plazo para la ejecución del presente contrato será de **cincuenta y cinco (55) Programados**, contados a partir de **la firma del acta de inicio del convenio de Asociación No. 3290-22** y podrá prorrogarse por acuerdo entre las partes con antelación a la fecha de su expiración mediante la celebración de un contrato adicional que deberá constar por escrito. **TERCERA.- PRECIO**: El valor del contrato será por la suma de **$ 1.180.000,00 UN MILLÓN CIENTO OCHENTA MIL PESOS M/C, por 30 días programados ejecutados**. **CUARTA.- FORMA DE PAGO:** El valor del contrato será cancelado así: **$ 1.180.000 a los 30 días programados contados a partir de la firma del acta de inicio del convenio 3290-22 y un último pago a los 55 días programados el restante de la plata**. **QUINTA.- OBLIGACIONES:** El CONTRATANTE deberá facilitar acceso a la información y elementos que sean necesarios, de manera oportuna, para la debida ejecución del objeto del contrato, y, estará obligado a cumplir con lo estipulado en las demás cláusulas y condiciones previstas en este documento. El CONTRATISTA deberá cumplir en forma eficiente y oportuna los trabajos encomendados y aquellas obligaciones que se generen de acuerdo con la naturaleza del servicio, además se compromete a afiliarse a una empresa promotora de salud EPS, y cotizar igualmente al sistema de seguridad social en pensiones tal como lo indica el art.15 de le ley 100 de 1993. **SEXTA.- SUPERVICION:** El CONTRATANTE o su representante supervisará la ejecución del servicio encomendado, y podrá formular las observaciones del caso, para ser analizadas conjuntamente con El CONTRATISTA. **SEPTIMA.-TERMINACIÓN**. El presente contrato terminara por acuerdo entre las partes y unilateralmente por el incumplimiento de las obligaciones derivadas del



contrato. **OCTAVA.- INDEPENDENCIA**: El CONTRATISTA actuará por su cuenta, con autonomía y sin que exista relación laboral, ni subordinación con El CONTRATANTE. Sus derechos se limitarán por la naturaleza del contrato, a exigir el cumplimiento de las obligaciones del CONTRATANTE y el pago oportuno de su remuneración fijada en este documento. **NOVENA.- CESIÓN**: El CONTRATISTA no podrá ceder parcial ni totalmente la ejecución del presente contrato a un tercero, sin la previa, expresa y escrita autorización del CONTRATANTE. **DÉCIMA.- DOMICILIO**: Para todos los efectos legales, se fija como domicilio contractual a la ciudad de Barrancabermeja.

Las partes suscriben el presente documento en dos ejemplares, a los veintidós (22) día del mes de marzo del año 2022, en la ciudad de Barrancabermeja.

EL EMPLEADOR

MARIA DEL CARMEN DE AVILA CARABALLO
C.C. No. 33.148.524 de Cartagena
Representante Legal

EL TRABAJADOR

GREGORIA ISABEL DE AVILA CARABALLO
C.C. 45.474.566 de Cartagena
Manipuladora de alimentos

ASOCIACION CENTRO VIDA DEL ADULTO MAYOR ASOTERBA.

EMAIL: mariacdeavila@hotmail.com
Cel: 304 216 1568 – 304 638 6345
Dirección: Diagonal 59 # 43 - 63 del barrio Las Granjas
Barrancabermeja.

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

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva eps
gente cuidando gente
NIT. 900.156.264-2

"Código Únicamente para dependientes y afiliaciones al Régimen Subsidiado"

01 B 16261400

0109206560

I. DATOS DEL TRÁMITE — Lea atentamente las instrucciones antes de diligenciar este formulario

1. TIPO DE TRÁMITE: A. AFILIACIÓN [X] 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 [X] S. Subsidiado [ ]
4. TIPO DE AFILIADO: CO Cotizante [X] CF Cabeza de Familia [ ] BE Beneficiario [ ]
5. TIPO DE COTIZANTE: A. Dependiente [ ] B. Independiente [X] C. Pensionado [ ] D. Independiente por prestación de servicio [ ]
CÓDIGO:
FECHA DE LA SOLICITUD: 28 | 05 | 2022

A. AFILIACIÓN

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

6. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS
PRIMER APELLIDO: De Avila | SEGUNDO APELLIDO: Caraballo | PRIMER NOMBRE: Gregorio | SEGUNDO NOMBRE: Isabel
7. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: R.C. [ ] T.I. [ ] C.C. [X] C.E. [ ] P.A. [ ] C.D. [ ] S.C. [ ] P.E. [ ]
8. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 4547456 6
8. SEXO: X M
10. FECHA NACIMIENTO: 22 | 12 | 1963

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

11. ORIGEN ÉTNICO: Código
12. DISCAPACIDAD: Tipo F N M | Condición T P
13. PUNTAJE Y NIVEL DEL SISBEN
14. GRUPO DE POBLACIÓN ESPECIAL
15. ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
16. ADMINISTRADORA DE PENSIONES
17. INGRESO BASE DE COTIZACIÓN - IBC: 1.000.000
18. UBICACIÓN O DIRECCIÓN DE RESIDENCIA: Lote 113 Mz D
LOCALIDAD / COMUNA: Cristo Rey
BARRIO:
CIUDAD / MUNICIPIO: Barrancabermeja
DEPARTAMENTO: Santander
ZONA U. [X] R. [ ]
TELÉFONO FIJO:
TELÉFONO MÓVIL: 3132632118
CORREO ELECTRÓNICO: gregorio.deavila@hotmail.com
CÓDIGO IPS:

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

19. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS
PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE
20. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: T.I. | C.C. | C.E. | P.A. | C.D. | P.E.
21. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD
22. SEXO: F M
23. FECHA NACIMIENTO: DÍA | MES | AÑO
CÓDIGO IPS

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

	24. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS DE LOS BENEFICIARIOS	25. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	26. NÚMERO DE IDENTIDAD	27. SEXO F M	28. FECHA DE NACIMIENTO DÍA MES AÑO	29. PARENTESCO	30. ETNIA	31. DISCAPACIDAD Tipo	31. DISCAPACIDAD Condición
1		CN RC TI CC CE PA SC PE						P. M. M.	T. P.
2		CN RC TI CC CE PA SC PE						P. M. M.	T. P.
3		CN RC TI CC CE PA SC PE						P. M. M.	T. P.
4		CN RC TI CC CE PA SC PE						P. M. M.	T. P.

	32. DATOS DE RESIDENCIA Ciudad / Mpio.	Departamento	Zona	Teléfono Fijo	Teléfono Móvil	33. VALOR UPC AFILIADO ADICIONAL (La diligencia la EPS)	34. Nombre y código de la IPS	EXCEPCIÓN DEL TRASLADO: COBERTURA GEOGRÁFICA	LIMITACIÓN GRUPO FAMILIAR	CUMPLIMIENTO TIEMPO POR CESIÓN	SERVICIO BÁSICO POR SMS	NIVEL DE SISBÉN	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 Y/O INDEPENDIENTE POR PRESTACIÓN DE SERVICIO O DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

35. Nombre o Razón Social
36. Tipo documento de identidad: C.C. | C.E. | P.A. | C.D. | N.I. | P.E.
37. Número documento de identidad
DV
38. Tipo de aportante o pagador de pensiones
39. UBICACIÓN O DIRECCIÓN
CIUDAD / MUNICIPIO | DEPARTAMENTO | TELÉFONO FIJO | TELÉFONO MÓVIL | CORREO ELECTRÓNICO
FECHA INICIO DE RELACIÓN LABORAL: 28 | 03 | 2022
CARGO: Independiente
SALARIO: 1.000.000

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/O 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 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 A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS [ ]
13. MOVILIDAD
A) AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO [ ]
B) AL RÉGIMEN SUBSIDIADO [ ]
14. TRASLADO
A) MISMO RÉGIMEN [ ]
B) DIFERENTE RÉGIMEN [ ]
15. REPORTE DE FALLECIMIENTO [ ]
16. REPORTE DEL TRÁMITE DE PROTECCIÓN 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 BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN
PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE
TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: R.C. | T.I. | C.C. | C.E. | P.A. | C.D. | S.C. | P.E.
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD
SEXO: F M
FECHA NACIMIENTO: DÍA | MES | AÑO
42. FECHA (a partir de): DÍA | MES | AÑO
43. EPS ANTERIOR Código
44. EXCEPCIÓN DEL TRASLADO: COBERTURA GEOGRÁFICA [ ] LIMITACIÓN GRUPO FAMILIAR [ ] CUMPLIMIENTO TIEMPO POR CESIÓN [ ] SERVICIO BÁSICO POR SMS [ ]
45. CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR O PAGADOR DE PENSIONES

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

Declaración Juramentada de convivencia: Declaro que convivo con el(la) Señor(a) _____ Identificado(a) con _____ No. _____ desde el día _____ del mes _____ del año _____ [ ]

46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales: Declaro bajo la gravedad de juramento que el(los) Beneficiario(s) reportado(s) dependen económicamente de mí. [ ]
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. Anexo soporte [ ]
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. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigentes [illegible] 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 [illegible] Decreto 1377 de 2013. [ ]
53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto. [ ]

nueva eps
Fecha: 28 / 03 / 2022
Cel 3132632118

VIII. FIRMAS

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

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad: CN [ ] RC [ ] TI [ ] CC [ ] PA [ ] CE [ ] CD [ ] SC [ ] PE [ ]
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 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 ficha | Puntaje | Nivel
68. Fecha de radicación: DÍA | MES | AÑO
69. Fecha de validación: DÍA | MES | AÑO
70. Datos del funcionario que realiza la validación
Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre
Tipo documento de identidad | Número del documento de identidad
71. Firma del funcionario

OBSERVACIONES:

VIGILADO SUPERSALUD

Scanned with CamScanner


REPÚBLICA DE COLOMBIA
SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS
En caso de Accidente de Trabajo comuníquese sin costo adicional LÍNEA ORO
En Bogotá 6 000 811
Línea Nacional 01 8000 941 541
Desde el celular #533
Para solicitar asistencia internacional desde USA / Puerto Rico/ Canadá. 786 838 07 55
Llamada por cobrar desde cualquier otro país. +(571) 743 01 06
www.positiva.gov.co
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS
GREGORIA ISABEL
DE AVILA CARABALLO
45474566
ASOCIACION CENTRO VIDA DEL ADULTO MAYOR ASOT
829000539
Este carné es personal e intransferible.
LO BUENO DEBE SER PARA TODOS
MINHACIENDA
TODOS POR UN NUEVO PAÍS

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

COMPROBANTE DE RADICACIÓN DE LA AFILIACIÓN DEL DIA 28/03/2022

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo documento:	NI	**Número de documento:**	829000539	**Cédula Usuario:**	CC 33148524
Nombre:	ASOCIACION CENTRO VIDA DEL ADULTO MAYOR ASOTERBA				
Dirección:	DIAG 59 43 63 LAS GRANJAS				
Departamento:	SANTANDER		**Municipio:**	BARRANCABERMEJA	
Correo electrónico:	ASOCIACIONCENTRODEVIDAASOTERBA@HOTMAIL.COM				
Teléfono:	3042161568		**Tarifa:**	0.522	
Actividad Económica:	1552101 EXPENDIO A LA MESA DE COMIDAS PREPARADAS, EN RESTAURANTES				

DATOS DEL USUARIO QUE REALIZA LA RADICACIÓN

Cédula Usuario	Nombres y Apellidos del Usuario
CC 33148524	MARIA DE AVILA CARABALLO

DATOS AFILIADOS RADICADOS

	Radicado	Cobertura	Documento	Nombre Trabajador	Riesgo	Tarifa	Tipo
1	31	29/03/2022	CC 45474566	DE AVILA CARABALLO GREGORIA	1	0.522	Independiente

OBSERVACIONES

Si tiene alguna duda con respecto a la tarifa o actividad económica de sus afiliados por favor diríjase a la oficina de POSITIVA más cercana o comuníquese con nuestra línea gratuita de atención a nivel nacional 01-8000-111-170 y en Bogotá al 3307000.

MFS_4_1_3_FR15 v_04

Cordial saludo,

Gerencia de Afiliaciones y Novedades
Positiva Compañía de Seguros S.A.

42935D429D5F615B3128694BBACD824E

Certificado impreso el día 3/28/2022 4:58:35 PM por el portal de empresas Edesk

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a GREGORIA ISABEL DE AVILA CARABALLO identificado/a con documento de identidad Cédula de Ciudadanía número 45474566, se encuentra afiliado/a desde 13/09/2005 al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones COLPENSIONES.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 28 de marzo de 2022.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Rosa Mercedes Niño Amaya
Dirección de Afiliaciones

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

ASOCIACION CENTRO VIDA DEL ADULTO MAYOR ASOTERBA
NIT: 829.000.539-5
Diagonal 59 No. 43 – 63 Barrio las Granjas
celular 3042161568-3125106271



CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS 002-22

MARIA DEL CARMEN DE AVILA CARABALLO, mayor de edad, identificada con cédula de ciudadanía **No. 33.148.524 de Cartagena**, actuando en nombre y representación de la **ASOCIACION CENTRO VIDA DEL ADULTO MAYOR ASOTERBA NIT 829.000.539-5,** Quien en adelante se denominará EL CONTRATANTE, y **SAIDA MILENA MENDOZA CASTRO**, mayor de edad identificado con cédula de ciudadanía **No. 28020482 de Barrancabermeja** ,domiciliado en **Barrancabermeja**, y quien para los efectos del presente documento se denominará EL CONTRATISTA, acuerdan celebrar el presente CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS, el cual se regirá por las siguientes cláusulas: **PRIMERA.- OBJETO**: El CONTRATISTA en su calidad de trabajador independiente, se obliga para con El CONTRATANTE a ejecutar los trabajos y demás actividades propias del servicio contratado, el cual debe realizar de conformidad con las condiciones y cláusulas del presente documento y que consistirá en: **Prestar sus Servicios personales como manipuladora de alimentos, para preparar los alimentos de los adultos mayores del centro vida siglo XXI**, sin que exista horario determinado, ni dependencia. **SEGUNDA.- DURACIÓN O PLAZO**: El plazo para la ejecución del presente contrato será de **cincuenta y cinco (55) Programados**, contados a partir de **la firma del acta de inicio del convenio de Asociación No. 3290-22** y podrá prorrogarse por acuerdo entre las partes con antelación a la fecha de su expiración mediante la celebración de un contrato adicional que deberá constar por escrito. **TERCERA.- PRECIO**: El valor del contrato será por la suma de **$ 1.180.000,00 UN MILLÓN CIENTO OCHENTA MIL PESOS M/C, por 30 días programados ejecutados**. **CUARTA.- FORMA DE PAGO:** El valor del contrato será cancelado así: **$ 1.180.000 a los 30 días programados contados a partir de la firma del acta de inicio del convenio 3290-22 y un último pago a los 55 días programados el restante de la plata**. **QUINTA.- OBLIGACIONES:** El CONTRATANTE deberá facilitar acceso a la información y elementos que sean necesarios, de manera oportuna, para la debida ejecución del objeto del contrato, y, estará obligado a cumplir con lo estipulado en las demás cláusulas y condiciones previstas en este documento. El CONTRATISTA deberá cumplir en forma eficiente y oportuna los trabajos encomendados y aquellas obligaciones que se generen de acuerdo con la naturaleza del servicio, además se compromete a afiliarse a una empresa promotora de salud EPS, y cotizar igualmente al sistema de seguridad social en pensiones tal como lo indica el art.15 de le ley 100 de 1993. **SEXTA.- SUPERVICION:** El CONTRATANTE o su representante supervisará la ejecución del servicio encomendado, y podrá formular las observaciones del caso, para ser analizadas conjuntamente con El CONTRATISTA. **SEPTIMA.-TERMINACIÓN**. El



presente contrato terminara por acuerdo entre las partes y unilateralmente por el incumplimiento de las obligaciones derivadas del contrato. **OCTAVA.- INDEPENDENCIA**: El CONTRATISTA actuará por su cuenta, con autonomía y sin que exista relación laboral, ni subordinación con El CONTRATANTE. Sus derechos se limitarán por la naturaleza del contrato, a exigir el cumplimiento de las obligaciones del CONTRATANTE y el pago oportuno de su remuneración fijada en este documento. **NOVENA.- CESIÓN**: El CONTRATISTA no podrá ceder parcial ni totalmente la ejecución del presente contrato a un tercero, sin la previa, expresa y escrita autorización del CONTRATANTE. **DÉCIMA.-DOMICILIO**: Para todos los efectos legales, se fija como domicilio contractual a la ciudad de Barrancabermeja.

Las partes suscriben el presente documento en dos ejemplares, a los veintidós (22) día del mes de marzo del año 2022, en la ciudad de Barrancabermeja.

EL EMPLEADOR

MARIA DEL CARMEN DE AVILA CABALLO
C.C. No. 33.148.524 de Cartagena
Representante Legal

EL TRABAJADOR

SAIDA MILENA MENDOZA CASTRO
C.C. 28020482 de Barrancabermeja
Manipuladora de alimentos

ASOCIACION CENTRO VIDA DEL ADULTO MAYOR ASOTERBA.

EMAIL: mariacdeavila@hotmail.com
Cel: 304 216 1568 – 304 638 0945
Dirección: Diagonal 59 # 43 - 63 del barrio Las Granjas
Barrancabermeja.

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

COMPROBANTE DE RADICACIÓN DE LA AFILIACIÓN DEL DIA 28/03/2022

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo documento:	NI	**Número de documento:**	829000539	**Cédula Usuario:**	CC 33148524
Nombre:	ASOCIACION CENTRO VIDA DEL ADULTO MAYOR ASOTERBA				
Dirección:	DIAG 59 43 63 LAS GRANJAS				
Departamento:	SANTANDER		**Municipio:**	BARRANCABERMEJA	
Correo electrónico:	ASOCIACIONCENTRODEVIDAASOTERBA@HOTMAIL.COM				
Teléfono:	3042161568		**Tarifa:**	0.522	
Actividad Económica:	1552101 EXPENDIO A LA MESA DE COMIDAS PREPARADAS, EN RESTAURANTES				

DATOS DEL USUARIO QUE REALIZA LA RADICACIÓN

Cédula Usuario	Nombres y Apellidos del Usuario
CC 33148524	MARIA DE AVILA CARABALLO

DATOS AFILIADOS RADICADOS

	Radicado	Cobertura	Documento	Nombre Trabajador	Riesgo	Tarifa	Tipo
1	32	29/03/2022	CC 28020482	MENDOZA CASTRO SAIDA	1	0.522	Independiente

OBSERVACIONES

Si tiene alguna duda con respecto a la tarifa o actividad económica de sus afiliados por favor diríjase a la oficina de POSITIVA más cercana o comuníquese con nuestra línea gratuita de atención a nivel nacional 01-8000-111-170 y en Bogotá al 3307000.

MRS_4_1_3_FR15 v_04

Cordial saludo,

Gerencia de Afiliaciones y Novedades
Positiva Compañía de Seguros S.A.

42935D429D5F615B3128694BBACD824E

Certificado impreso el día 3/28/2022 5:08:22 PM por el portal de empresas Edesk


REPÚBLICA DE COLOMBIA
SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS
En caso de Accidente de Trabajo comuníquese sin costo adicional LÍNEA ORO
En Bogotá 6 000 811
Línea Nacional 01 8000 941 541
Desde el celular #533
Para solicitar asistencia internacional desde USA / Puerto Rico/ Canadá. 786 838 07 55
Llamada por cobrar desde cualquier otro país. +(571) 743 01 06
www.positiva.gov.co
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS
SAIDA MILENA
MENDOZA CASTRO
28020482
ASOCIACION CENTRO VIDA DEL ADULTO MAYOR ASO1
829000539
Este carné es personal e intransferible.
LO BUENO DEBE SER PARA TODOS
MINHACIENDA
TODOS POR UN NUEVO PAÍS

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:

SAIDA MILENA MENDOZA CASTRO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **28.020.482**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir.**

La presente certificación se expide el 28 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.

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES SAL 50555

Famisanar

NIT 830.003.564-7

9008624886

9008624886

No. de Formulario
23598703

Fecha de Radicación
28 03 2022

Lea las instrucciones que se encuentran antes de diligenciarlo

I. DATOS DEL TRAMITE

1. Tipo de Trámite: A. Afiliación [ ] B. Traslado [X]

2. Tipo de Afiliación: A. Dependiente [X] B. Pensionado [ ] C. Cotizante [ ] D. Independiente [ ] E. Voluntario [ ] F. Otro [ ]

3. Régimen: A. Contributivo [ ] B. Excepción [ ]

4. Tipo de Afiliado: A. Cotizante [X] B. Beneficiario de la familia [ ] C. Pensionado [ ]

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

Código de Cotizante: 3

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

6. Apellidos y nombres: MENDOZA | CASTRO | SAIDA | MILENA

7. Tipo de documento de identidad: CC

8. Número del documento de identidad: 28020482

9. Sexo: Femenino [X] Masculino [ ]

10. Fecha de nacimiento: 07 11 1979

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos generales)

11. Etnia [ ]

12. Discapacidad: Tipo [ ] Clase [ ]

13. Puntaje SISBEN [ ]

14. Grupo de población especial: 20

15. Clasificación de riesgo laboral - ARL: NINGUNA

16. Administradora de pensiones [ ]

17. Ingreso base de cotización - IBC: $1.180.000

18. Residencia: País [ ] Depto [ ] Mpio [ ]

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

19. Apellidos y nombres

20. Tipo de documento de identidad

21. Número del documento de identidad

22. Sexo: Femenino [ ] Masculino [ ]

23. Fecha de nacimiento

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

	24. Apellidos y nombres: Primer apellido	Segundo Apellido	Nombres	Segundo Nombre	25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo: Femenino	Masculino	28. Fecha de nacimiento	Datos complementarios: 29. Parentesco	30. Edad
01											
02											
03											
04											
05											

	31. Discapacidad: Tipo	Condición	32. Datos de residencia: Municipio	Dpto	Área	Dirección	Teléfono fijo	Teléfono celular	33. Lugar de atención preferencial (Nombre de la IPS)
01									
02									
03									
04									
05									

Selección de la IPS Primaria

34. Nombre de la institución prestadora de servicios de salud - IPS

Código de la IPS

01
02
03

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: MENDOZA CASTRO SAIDA MILENA

36. Tipo de documento de identificación: CC

37. Número del documento de identificación: 28020482

38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (Empresa, EPS, Entidad Territorial, Administradora de Pensiones, Otro)

39. Ubicación: DIAGONAL 59 4363

6212121

BARRANCABERMEJA SANTANDER

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

1. Modificación de datos básicos de identificación [ ] 2. Corrección de datos básicos de identificación [ ] 3. Actualización de información básica [ ] 4. Actualización y corrección de datos complementarios [ ] 5. [illegible] [ ] 6. [illegible] [ ] 7. [illegible] [ ] 8. [illegible] [ ] 9. Inclusión de Afiliados [ ] 10. Traslado de la EPS para recibir [X] 11. Traslado de la EPS por libre elección para recibir [ ] 12. Traslado de la EPS por [illegible] [ ] 13. Traslado de la EPS por [illegible] [ ] 14. Traslado de la EPS por [illegible] [ ] 15. Retiro de Afiliados [ ] 16. Retiro de Beneficiarios [ ] 17. Retiro de Novedad de [illegible] [ ] 18. Retiro de Novedad de [illegible] [ ]

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación

Tipo de Documento de Identidad [ ] | Número del documento de identidad | Sexo: Femenino [ ] Masculino [ ] | Fecha de nacimiento | 42. Edad Gestacional | 43. Fecha Novedad: 28 03 2022 | 44. Motivo de traslado (Código) | 45. Tipo de Cotizante Familia o Pagador de Pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

VIII. FIRMAS

IX. ANEXOS

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD O EMPRESA

46. Identificación de la Unidad Territorial: Código [ ] Dígito de verificación [ ]

47. Datos del SISBEN: Consecutivo de la ficha [ ] Puntaje [ ]

48. Fecha de afiliación

49. Fecha de radicación

50. No. del formulario que reemplaza la solicitud