FUNDACION
DEL LADO
de la Gente

5

CONTRATANTE:	**FUNDACIÓN DEL LADO DE LA GENTE**
NIT:	901178574-9
CONTRATISTA:	**ISABEL CRISTINA JARABA DIAZ**
IDENTIFICACIÓN:	CC. 37.933.843 DE BARRANCABERMEJA
TELÉFONO:	3115626898
DIRECCIÓN:	CALLE 45 # 20 – 65 MIRAFLORES
OBJETO:	"PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO MANIPULADORA DE ALIMENTOS DEL CENTRO VIDA FUNDACION DEL LADO DE LA GENTE"
VALOR:	UN MILLON QUINIENTOS MIL PESOS MCTE ($ 1.500.000 MCTE).
FECHA DE INICIO:	SEGÚN FECHA DEL ACTA DE INICIO DEL CONVENIO 3289-22
RÉGIMEN TRIBUTARIO:	Régimen Simplificado
DURACIÓN:	CINCUENTA Y CINCO DIAS (55) DIAS CALENDARIOS PROGRAMADOS (LUNES A SABADO INCLUYENDO FESTIVOS)
SUPERVISOR:	FREDY CADENA TORRES

Entre los suscritos a saber: FREDY CADENA TORRES, identificado con la cedula de ciudadanía número 91438652 de Barrancabermeja, quien actúa en representación legal de la FUNDACION DEL LADO DE LA GENTE con NIT N.º: 901178574-9, y quien para los efectos de este contrato se denominará EL CONTRATANTE; y por otra parte **ISABEL CRISTINA JARABA DIAZ**, identificado con cédula de ciudadanía No. 37.933.843 de BARRANCABERMEJA, actuando en nombre propio, con capacidad para contratar, quien manifiesta no estar incurso en las causales de inhabilidad e incompatibilidad contempladas en el artículo 8 de la ley 80 de 1993,en la Constitución o en la ley Colombiana, ni tiene obligaciones parafiscales pendientes que le impidan contratar, declaración que se entiende prestada con la firma del presente contrato y quién en adelante y para los efectos legales de este contrato se denominará EL CONTRATISTA, hemos convenido celebrar el presente CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS, previas consideraciones que se señalan a continuación: Que FUNDACION DEL LADO DE LA GENTE tiene la necesidad de contratar: 1. Los servicios en el área de manipulador de alimentos de LA FUNDACION DEL LADO DE LA GENTE. 2. Cuidar y devolver los equipos que le fueron asignados para su gestión. 3. Pagar la seguridad social integral. SEGUNDA- VALOR DEL CONTRATO Y FORMA DE PAGO: Para todos los efectos legales el valor del presente contrato es por la suma de UN MILLON QUINIENTOS MIL PESOS MCTE ($ 1.500.000 MCTE). Dividido en un pago: al finalizar los 55 días calendarios programados de lunes a sábado incluyendo los días festivos, previa presentación del pago de seguridad social integral.

FUNDACION
DEL LADO
de la Gente

TERCERA: DURACION DEL CONTRATO: El presente contrato tendrá una duración de cincuenta y cinco (55) días hábiles de lunes a sábado incluyendo días festivos, contados a partir de la fecha de firma del acta de inicio del convenio 3289-22. CUARTA: PROHIBICION DE CESION Y SUSTITUCION, el contratista no podrá ceder a ningún título a persona natural o jurídica, las obligaciones adquiridas mediante este contrato, salvo que exista autorización expresa y escrita del contratante. QUINTA: INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES O ANTECEDENTES, el contratista declara bajo la gravedad de juramento que no le asiste ningún tipo de inhabilidad de las señaladas en la Ley o antecedentes disciplinarios, fiscales o judiciales que impida la celebración del presente contrato. SEXTA: SUPERVISION DEL CONTRATO, La supervisión del contrato será ejercida por la Representante Legal del contratante, la cual se encargará de evaluar, aprobar o rechazar el servicio contratado y dar el visto bueno para el pago del contrato, con el lleno de requisitos. SEPTIMA: OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA: Son obligaciones del contratista las siguientes: 1. Disponer de todos los implementos necesarios que se llegare a requerir para ejecución de las actividades. 2. Será responsable de tener su dotación

acorde a su actividad.3. Cumplir a cabalidad todas las obligaciones que aparecen relacionadas en este contrato. OCTAVA: OBLIGACIONES DEL CONTRATANTE: 1. Prestar el apoyo en la ejecución del objeto contractual. 2. Cancelar los honorarios en la forma pactada. NOVENA: NATURALEZA DEL CONTRATO: El presente contrato se rige por las normas del código civil, código de comercio. DECIMA: IMPUESTOS TASAS Y CONTRIBUCIONES: Los impuestos gravámenes y tasas que pueden ocasionarse por la celebración y ejecución del contrato son a cargo del contratista. DECIMO PRIMERA: GASTOS: El desplazamiento al sitio donde prestara los servicios para el cumplimiento del objeto contractual serán por cuenta del contratante. DECIMA SEGUNDA: PERFECCIONAMIENTO: El presente contrato se perfecciona con la firma de las partes y en constancia se firma a los diez (10) días del mes de marzo de 2022.

FREDY CADENA TORRES
Representante Legal

Isabel Cristina Jaraba Diaz
ISABEL CRISTINA JARABA DIAZ
CC 37.933.843 de B/CA-B/JA

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

POSITIVA
Compañía de Seguros S.A.
N.I.T 860.011.153-6

CERTIFICA

Verificada la base de datos del ramo de ARL de la compañía, se identificó que ISABEL CRISTINA JARABA DIAZ, con Cédula Ciudadanía No. 37933843 contratista de la empresa FUNDACION DEL LADO DE LA GENTE, con Nit No. 901178574. Registra como trabajador INDEPENDIENTE 723 con fecha de inicio de cobertura 24/03/2022, para el contrato registrado con fecha desde 23/03/2022 y fecha hasta 14/05/2022, su estado actual de afiliación es ACTIVO y riesgo 1.

Recuerde que una vez cumplida la fecha hasta indicada en el presente certificado, el sistema aplica de forma automática la novedad de retiro, por lo anterior, en caso de tener un nuevo contrato deberá realizar una nueva afiliación para continuar con la cobertura en nuestra ARL.

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web: www.positivaenlinea.gov.co y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202201013424237.

Dada en Bogotá, a los 23 días del mes de marzo de 2022

Cordialmente

GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

MIS_4_1_3_FR15 v_04

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

"Codigo Unicamente para dependientes y afiliaciones al Régimen Subsidiado"

01 B 15260411

0109205571

Lea atentamente las instrucciones antes de diligenciar este formulario

I. DATOS DEL TRÁMITE

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: 15 / 03 / 2022

A. AFILIACIÓN

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

6. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS
PRIMER APELLIDO: Jaimbo — SEGUNDO APELLIDO: Diaz — PRIMER NOMBRE: Isabel — SEGUNDO NOMBRE: Cristina

7. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: RC [ ] TI [ ] CC [X] CE [ ] PA [ ] CD [ ] SC [ ] PE [ ]

8. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 37933843

9. SEXO: F [X] M [ ]

10. FECHA NACIMIENTO: 22 / 06 / 1964

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: Calle 7 1a # 14 - 15

LOCALIDAD / COMUNA:

BARRIO:

CIUDAD / MUNICIPIO: Bucaramanga — DEPARTAMENTO: Santander — ZONA U [X] R [ ]

TELÉFONO FIJO:

TELÉFONO MÓVIL: 3193134491 — CORREO ELECTRÓNICO: No Suministro

CÓDIGO IPS: 8903

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO 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: TI [ ] CC [ ] CE [ ] PA [ ] CD [ ] PE [ ]

21. NUMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD

22. SEXO: F [ ] M [ ]

23. FECHA NACIMIENTO: DIA / 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. NUMERO DE IDENTIDAD	27. SEXO	28. FECHA DE NACIMIENTO	29. PARENTESCO	30. ETNIA	31. DISCAPACIDAD Tipo	31. DISCAPACIDAD 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	Telefono Fijo	Telefono Movil	33. VALOR UPC AFILIADO ADICIONAL (La asignará la EPS)	34. Nombre y codigo de la IPS	EXCEPCIÓN DEL TRASLADO Cobertura Geografica	Unidad Capacidad Familiar	Diligenciado Responsable Cotizante	Servicio Afiliado por SVS	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 Y/O INDEPENDIENTE POR PRESTACIÓN DE SERVICIO O DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

35. Nombre o Razon Social

36. Tipo documento de identidad: C [ ] E [ ] P [ ] D [ ] N [ ] PE [ ]

37. Numero documento de identidad

DV

38. Tipo de aportante o pagador de pensiones

39. UBICACIÓN O DIRECCIÓN

CIUDAD / MUNICIPIO — DEPARTAMENTO — TELEFONO FIJO — TELEFONO MOVIL — CORREO ELECTRONICO

FECHA INICIO DE RELACIÓN LABORAL: 15 / 03 / 2022 — CARGO: Independiente — SALARIO: 1.000.000

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. TIPO DE NOVEDAD

1 MODIFICACION DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACION [ ]
2 CORRECCIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACION [ ]
3 ACTUALIZACIÓN DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD [ ]
4 ACTUALIZACION Y/O CORRECCION DE DATOS COMPLEMENTARIOS [ ]
5 TERMINACIÓN DE LA INSCRIPCION EN LA EPS [ ] Código [ ]
6 REINSCRIPCION EN LA EPS [ ]
7 INCLUSION DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES [ ]
8 EXCLUSION DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES [ ]
9 INICIO DE RELACION LABORAL O ADQUISICION DE CONDICIONES PARA COTIZAR [ ]
10 TERMINACION DE LA RELACION LABORAL O PERDIDA DE LAS CONDICIONES PARA SEGUIR COTIZANDO [ ]
11 VINCULACIÓN 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 TRASLADO [ ]
A) MISMO REGIMEN [ ]
B) DIFERENTE REGIMEN [ ]
15 REPORTE DE FALLECIMIENTO [ ]
16 REPORTE DEL TRAMITE 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: RC [ ] TI [ ] CC [ ] CE [ ] PA [ ] CD [ ] SC [ ] PE [ ]

NUMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD

SEXO: F [ ] M [ ]

FECHA NACIMIENTO: DIA / MES / AÑO

42. FECHA (a partir de): DIA / MES / AÑO

43. EPS ANTERIOR Código

44. EXCEPCIÓN DEL TRASLADO: Cobertura Geografica [ ] Unidad Capacidad Familiar [ ] Diligenciado Responsable Cotizante [ ] Servicio Afiliado por SVS [ ]

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) _____ Mediante afidavit con _____ NO _____ desde el dia _____ 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) depende(n) económicamente de mi.

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 de la Entidad.

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 y a las entidades [illegible] la naturaleza.

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 [illegible] de 2013.

53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular (correo electrónico, mensajes de texto).

FECHA: 15/03/2022
CORREO: [illegible]
CEL: 3193134491

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: Numero de ficha [ ] Puntaje [ ] Nivel [ ]

68. Fecha de radicación: DIA / MES / AÑO

69. Fecha de validación: DIA / MES / AÑO

70. Datos del funcionario que realiza la validación
Tipo documento de identidad [ ] — Numero 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.

- ORIGINAL: E.P.S. -

Escaneado con CamScanner

porvenir

RECLAMACION DE PRESTACIONES ECONOMICAS

Fecha de Ejecución: 26-JAN-22 02:35 PM

TAPA-BEN 0

Nombre: ISABEL CRISTINA JARABA DIAZ

Tipo de Solicitud: SOLICITUD POR DEVOLUCIÓN DE SALDOS VEJEZ NORMAL

Identificación: 37933843

Pendientes: 1 Entregados: 2

Expediente: DV 492261

Sustitución pensional: **No**

ESPACIO
Radicado - Porvenir S.A.
0106323010865100
Centro de Costos
Físico

Estado Documentos Entregados

Parentesco: 1 TITULAR 37933843 ISABEL CRISTINA JARABA DIAZ

Consecutivo	Codigo Digitalizacion	Nombre Documento	Radicado Del Cual Se Hereda
1	SPE	formulario solicitud	
2	HLO	Historia laboral oficial normalizada y firmada (emisión bono, no bono o incluir correcciones)	V
			V

Estado Documentos Faltantes

Parentesco: 1 TITULAR 37933843 ISABEL CRISTINA JARABA DIAZ

Consecutivo	Codigo Digitalizacion	Nombre Documento	Radicado Del Cual Se Hereda
		certificacion de residencia	

⚠ Nota de términos

RECIBIDO NO IMPLICA ACEPTACION. LA LISTA DE DOCUMENTOS ENTREGADA ESTA SUJETA A VERIFICACION Y CONTROL, POR TAL MOTIVO PUEDE SER SUSCEPTIBLE DE MODIFICACIONES, LAS CUALES SE INFORMARAN OPORTUNAMENTE AL PETICIONARIO.

TENGA EN CUENTA QUE EL TRÁMITE DE SU SOLICITUD NO TIENE NINGÚN COSTO. POR FAVOR ABSTENGASE DE ENTREGAR DINEROS A PERSONAS QUE SE LO SOLICITEN. DENUNCIE CUALQUIER ANOMALÍA A NUESTRA AUDITORIA INTERNA FAX 3390101 O AL A.A. 241800 DE BOGOTÁ.

Acepto

CC

porvenir
sólo hay uno
Oficina Barrancabermeja
MOD. 2 26 ENE 2022 MOD. 2
CORRESPONDENCIA RECIBIDA

FUNDACION
DEL LADO
de la Gente

50

CONTRATANTE:	**FUNDACION DEL LADO DE LA GENTE**
NIT:	901178574-9
CONTRATISTA:	**ARELYS CARRASCAL VASQUEZ**
IDENTIFICACIÓN:	CC. 68.290.929 DE ARAUCA
TELÉFONO:	304 668 5003
DIRECCIÓN:	CLL 46 #0 – 45 ARENAL
OBJETO:	"PRESTACION DE SERVICIOS COMO MANIPULADORA DE ALIMENTOS DEL CENTRO VIDA FUNDACION DEL LADO DE LA GENTE"
VALOR:	UN MILLON QUINIENTOS MIL PESOS MCTE ($ 1.500.000 MCTE).
FECHA DE INICIO:	SEGÚN FECHA DEL ACTA DE INICIO DEL CONVENIO 3289-22
RÉGIMEN TRIBUTARIO:	Régimen Simplificado
DURACIÓN:	CINCUENTA Y CINCO DIAS (55) DIAS CALENDARIOS PROGRAMADOS (LUNES A SABADO INCLUYENDO FESTIVOS)
SUPERVISOR:	FREDY CADENA TORRES

Entre los suscritos a saber: FREDY CADENA TORRES, identificado con la cedula de ciudadanía número 91438652 de Barrancabermeja, quien actúa en representación legal de la FUNDACION DEL LADO DE LA GENTE con NIT N.º: 901178574-9, y quien para los efectos de este contrato se denominará EL CONTRATANTE; y por otra parte **ARELYS CARRASCAL VASQUEZ**, identificado con cédula de ciudadanía No. 68.290.929 de ARAUCA, actuando en nombre propio, con capacidad para contratar, quien manifiesta no estar incurso en las causales de inhabilidad e incompatibilidad contempladas en el artículo 8 de la ley 80 de 1993,en la Constitución o en la ley Colombiana, ni tiene obligaciones parafiscales pendientes que le impidan contratar, declaración que se entiende prestada con la firma del presente contrato y quién en adelante y para los efectos legales de este contrato se denominará EL CONTRATISTA, hemos convenido celebrar el presente CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS, previas consideraciones que se señalan a continuación: Que FUNDACION DEL LADO DE LA GENTE tiene la necesidad de contratar: 1. Los servicios en el área de manipulador de alimentos de LA FUNDACION DEL LADO DE LA GENTE. 2. Cuidar y devolver los equipos que le fueron asignados para su gestión. 3. Pagar la seguridad social integral. SEGUNDA- VALOR DEL CONTRATO Y FORMA DE PAGO: Para todos los efectos legales el valor del presente contrato es por la suma de UN MILLON QUINIENTOS MIL PESOS MCTE ($ 1.500.000 MCTE). Dividido en un pago: al finalizar los 55 días calendarios programados de lunes a sábado incluyendo los días festivos, previa presentación del pago de seguridad social integral. TERCERA: DURACION DEL CONTRATO: El presente contrato tendrá una duración de cincuenta y cinco (55) días hábiles de lunes a sábado incluyendo días festivos, contados a partir de la fecha de firma

del acta de inicio del convenio 3289-22. CUARTA: PROHIBICION DE CESION Y SUSTITUCION, el contratista no podrá ceder a ningún título a persona natural o jurídica, las obligaciones adquiridas mediante este contrato, salvo que exista autorización expresa y escrita del contratante. QUINTA: INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES O ANTECEDENTES, el contratista declara bajo la gravedad de juramento que no le asiste ningún tipo de inhabilidad de las señaladas en la Ley o antecedentes disciplinarios, fiscales o judiciales que impida la celebración del presente contrato. SEXTA: SUPERVISION DEL CONTRATO, La supervisión del contrato será ejercida por la Representante Legal del contratante, la cual se encargará de evaluar, aprobar o rechazar el servicio contratado y dar el visto bueno para el pago del contrato, con el lleno de requisitos. SEPTIMA: OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA: Son obligaciones del contratista las siguientes: 1. Disponer de todos los implementos necesarios que se llegare a requerir para ejecución de las actividades. 2. Será responsable de tener su dotación acorde a su actividad. 3. Cumplir a cabalidad todas las obligaciones que aparecen relacionadas en este contrato. OCTAVA: OBLIGACIONES DEL CONTRATANTE: 1. Prestar el apoyo en la ejecución del objeto contractual. 2. Cancelar los honorarios en la forma pactada. NOVENA: NATURALEZA DEL CONTRATO: El presente contrato se rige por las normas del código civil, código de comercio. DECIMA: IMPUESTOS TASAS Y CONTRIBUCIONES: Los impuestos gravámenes y tasas que pueden ocasionarse por la celebración y ejecución del contrato son a cargo del contratista. DECIMO PRIMERA: GASTOS: El desplazamiento al sitio donde prestara los servicios para el cumplimiento del objeto contractual serán por cuenta del contratante. DECIMA SEGUNDA: PERFECCIONAMIENTO: El presente contrato se perfecciona con la firma de las partes y en constancia se firma a los diez (10) días del mes de marzo de 2022.

FREDY CADENA TORRES
Representante Legal

ARELYS CARRASCAL VASQUEZ
CC. 68.290.929 DE ARAUCA

60

...cuida la salud de mi familia!

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL POS EPS ASMET SALUD
Movilidad Régimen Contributivo

La EPS ASMET SALUD, CERTIFICA que el afiliado relacionado a continuación, presenta la siguiente información a la fecha de su expedición:

Tipo y Número de identificación:	CC 68290929
Apellidos:	CARRASCAL VASQUEZ
Nombres:	ARELYS
Tipo de discapacidad:	Ninguna
Plan de salud:	Movilidad Régimen Contributivo
Tipo de afiliado:	Cotizante
Tipo de trabajador:	Independiente
Estado de afiliación:	Activo
Causal del estado de afiliación:	Laboral
Estado de servicio:	Activo
Fecha de Afiliación:	01/07/2021
Fecha fin de Afiliación:	28/12/2022
Departamento de Afiliación:	SANTANDER
Municipio de Afiliación:	BARRANCABERMEJA
Zona:	Urbana

IPS de atención de primer nivel

IPS	Direccion	Servicio
CENTRO DE SALUD CON CAMAS EL DANUBIO	TRANV 27 DIAGONAL 58	MEDICINA GENERAL

Tiene derecho a recibir los servicios contemplados en el Plan Obligatorio de Salud.
Válida únicamente para comprobación de derechos de la red prestadora, en la fecha de expedición. No es válido para aclarar multiafiliación ni para traslados (Decreto 806 Artículo 55 y 56).

Señores Prestadores: Esta certificación es válida únicamente para corroborar el estado del afiliado en el momento de la prestación del servicio, de la población contratada y remitida periódicamente por la institución según normatividad. En ningún momento esta certificación puede ser empleada para reemplazar las autorizaciones necesarias para la prestación de servicios en los niveles superiores de complejidad

En constancia se firma el 16 de Marzo de 2022 a solicitud del interesado.

VIGILADO Supersalud

Coordinación Base de Datos
ASMET SALUD

Toda certificación generada es almacenada en base de datos para su verificación, la modificación parcial o total de este documento puede incurrir en un delito.

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

POSITIVA
Compañía de Seguros S.A.
N.I.T 860.011.153-6

CERTIFICA

Verificada la base de datos del ramo de ARL de la compañía, se identificó que ARELYS CARRASCAL VASQUEZ, con Cédula Ciudadanía No. 68290929 contratista de la empresa FUNDACION DEL LADO DE LA GENTE, con Nit No. 901178574. Registra como trabajador INDEPENDIENTE 723 con fecha de inicio de cobertura 24/03/2022, para el contrato registrado con fecha desde 23/03/2022 y fecha hasta 15/05/2022, su estado actual de afiliación es ACTIVO y riesgo 1.

Recuerde que una vez cumplida la fecha hasta indicada en el presente certificado, el sistema aplica de forma automática la novedad de retiro, por lo anterior, en caso de tener un nuevo contrato deberá realizar una nueva afiliación para continuar con la cobertura en nuestra ARL.

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web: www.positivaenlinea.gov.co y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202201013422489.

Dada en Bogotá, a los 23 días del mes de marzo de 2022

Cordialmente

GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

MIS_4_1_3_FR15 v_04

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:

ARELYS CARRASCAL VASQUEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **68.290.929**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 22 de Marzo del 2022.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

nga en cuenta:

fundamental que revise periódicamente su Historia Laboral, el capital ahorrado y las semanas que tiene istradas, si presenta inconsistencias, ingrese a www.porvenir.com.co *y actualice su Historia Laboral.*

FUNDACION
DEL LADO
de la Gente

61

CONTRATANTE:	**FUNDACION DEL LADO DE LA GENTE**
NIT:	901178574-9
CONTRATISTA:	**MARTHA ELENA BERDUGO MATTA**
IDENTIFICACIÓN:	C.C 51.973.885
TELÉFONO:	3223223481
DIRECCIÓN:	CASA 63 TRES DE OCTUBRE
OBJETO:	"PRESTACION DE SERVICIOS COMO MANIPULADORA DE ALIMENTOS DEL CENTRO VIDA FUNDACION DEL LADO DE LA GENTE"
VALOR:	UN MILLON QUINIENTOS MIL PESOS MCTE ($ 1.500.000 MCTE).
FECHA DE INICIO:	SEGÚN FECHA DEL ACTA DE INICIO DEL CONVENIO 3289-22
RÉGIMEN TRIBUTARIO:	Régimen Simplificado
DURACIÓN:	CINCUENTA Y CINCO (55) DIAS CALENDARIOS PROGRAMADOS (LUNES A SABADO INCLUYENDO FESTIVOS)
SUPERVISOR:	FREDY CADENA TORRES

Entre los suscritos a saber: FREDY CADENA TORRES, identificado con la cedula de ciudadanía número 91438652 de Barrancabermeja, quien actúa en representación legal de la FUNDACION DEL LADO DE LA GENTE con NIT N.º: 901178574-9, y quien para los efectos de este contrato se denominará EL CONTRATANTE; y por otra parte **MARTHA ELENA BERDUGO MATTA** de edad, identificado con cédula de ciudadanía No. 51.973885 de Dolores Tolima , actuando en nombre propio, con capacidad para contratar, quien manifiesta no estar incurso en las causales de inhabilidad e incompatibilidad contempladas en el artículo 8 de la ley 80 de 1993,en la Constitución o en la ley Colombiana, ni tiene obligaciones parafiscales pendientes que le impidan contratar, declaración que se entiende prestada con la firma del presente contrato y quién en adelante y para los efectos legales de este contrato se denominará EL CONTRATISTA, hemos convenido celebrar el presente CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS, previas consideraciones que se señalan a continuación: Que FUNDACION DEL LADO DE LA GENTE tiene la necesidad de contratar: 1. Los servicios en el área de manipulador de alimentos de LA FUNDACION DEL LADO DE LA GENTE. 2. Cuidar y devolver los equipos que le fueron asignados para su gestión. 3. Pagar la seguridad social integral. SEGUNDA- VALOR DEL CONTRATO Y FORMA DE PAGO: Para todos los efectos legales el valor del presente contrato es por la suma de UN MILLON QUINIENTOS MIL PESOS MCTE ($ 1.500.000 MCTE). Dividido en un pago: al finalizar los 55 días calendarios programados de lunes a sábado incluyendo los días festivos, previa presentación del pago de seguridad social integral. TERCERA: DURACION DEL CONTRATO: El presente contrato tendrá una duración de cincuenta y cinco (55) días hábiles de lunes a sábado incluyendo días festivos, contados a partir de la

62

fecha de firma del acta de inicio del convenio 3289-22. CUARTA: PROHIBICION DE CESION Y SUSTITUCION, el contratista no podrá ceder a ningún título a persona natural o jurídica, las obligaciones adquiridas mediante este contrato, salvo que exista autorización expresa y escrita del contratante. QUINTA: INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES O ANTECEDENTES, el contratista declara bajo la gravedad de juramento que no le asiste ningún tipo de inhabilidad de las señaladas en la Ley o antecedentes disciplinarios, fiscales o judiciales que impida la celebración del presente contrato. SEXTA: SUPERVISION DEL CONTRATO, La supervisión del contrato será ejercida por la Representante Legal del contratante, la cual se encargará de evaluar, aprobar o rechazar el servicio contratado y dar el visto bueno para el pago del contrato, con el lleno de requisitos. SEPTIMA: OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA: Son obligaciones del contratista las siguientes: 1. Disponer de todos los implementos necesarios que se llegare a requerir para ejecución de las actividades. 2. Será responsable de tener su dotación acorde a su actividad 3. Cumplir a cabalidad todas las obligaciones que aparecen relacionadas en este contrato. OCTAVA: OBLIGACIONES DEL CONTRATANTE: 1. Prestar el apoyo en la ejecución del objeto contractual. 2. Cancelar los honorarios en la forma pactada. NOVENA: NATURALEZA DEL CONTRATO: El presente contrato se rige por las normas del código civil, código de comercio. DECIMA: IMPUESTOS TASAS Y CONTRIBUCIONES: Los impuestos gravámenes y tasas que pueden ocasionarse por la celebración y ejecución del contrato son a cargo del contratista. DECIMO PRIMERA: GASTOS: El desplazamiento al sitio donde prestara los servicios para el cumplimiento del objeto contractual serán por cuenta del contratante. DECIMA SEGUNDA: PERFECCIONAMIENTO: El presente contrato se perfecciona con la firma de las partes y en constancia se firma a los diez (10) días del mes de marzo de 2022.

FREDY CADENA TORRES
Representante Legal

Marta Berdugo
MARTHA ELENA BERDUGO MATTA
CC. 51.973.885 de Dolores Tolima

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

POSITIVA
Compañía de Seguros S.A.
N.I.T 860.011.153-6

CERTIFICA

Verificada la base de datos del ramo de ARL de la compañía, se identificó que MARTHA ELENA BERDUGO MATTA, con Cédula Ciudadanía No. 51973885 contratista de la empresa FUNDACION DEL LADO DE LA GENTE, con Nit No. 901178574. Registra como trabajador INDEPENDIENTE 723 con fecha de inicio de cobertura 24/03/2022, para el contrato registrado con fecha desde 23/03/2022 y fecha hasta 14/05/2022, su estado actual de afiliación es ACTIVO y riesgo 1.

Recuerde que una vez cumplida la fecha hasta indicada en el presente certificado, el sistema aplica de forma automática la novedad de retiro, por lo anterior, en caso de tener un nuevo contrato deberá realizar una nueva afiliación para continuar con la cobertura en nuestra ARL.

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web: www.positivaenlinea.gov.co y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202201013422785.

Dada en Bogotá, a los 23 días del mes de marzo de 2022

MIS_4_1_3_FR15 v_04

Cordialmente

GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

63

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 15260411

0109206571

I. DATOS DEL TRÁMITE

Lea atentamente las instrucciones antes de diligenciar este formulario

1. TIPO DE TRÁMITE	2. TIPO DE AFILIACIÓN	3. RÉGIMEN
A. AFILIACIÓN [X] B. REPORTE DE NOVEDADES [ ]	A. Individual: a) Cotizante o cabeza de familia [ ] b) Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]	C. Contributivo [X] S. Subsidiado [ ]

4. TIPO DE AFILIADO	5. TIPO DE COTIZANTE	CÓDIGO	FECHA DE LA SOLICITUD
CO Cotizante [X] CF Cabeza de Familia [ ] BE Beneficiario [ ]	A Dependiente [ ] B Independiente [X] C Pensionado [ ] D Independiente por prestación de servicio [ ]		15 / 03 / 2022

A. AFILIACIÓN

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

6. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Beltrago	Matta	Martha	Elena

7. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	8. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	9. SEXO	10. FECHA NACIMIENTO
RC TI [X] CC CE PA CD SC PE	51973885	X M	DIA MES ANO

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

11. ORIGEN ÉTNICO	12. DISCAPACIDAD	13. PUNTAJE Y NIVEL DEL SISBEN	14. GRUPO DE POBLACIÓN ESPECIAL	15. ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
Código	Tipo F N M Condición T P			

16. ADMINISTRADORA DE PENSIONES	17. INGRESO BASE DE COTIZACIÓN - IBC	18. UBICACIÓN O DIRECCIÓN DE RESIDENCIA	LOCALIDAD / COMUNA	BARRIO
	1.000.000	Calle 71a # 14 -15		

CIUDAD / MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	ZONA	TELÉFONO FIJO
Bucaramanga	Santander	U [X] R [ ]	

TELÉFONO MOVIL	CORREO ELECTRÓNICO	CÓDIGO IPS
3105134491	No Suministra	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. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	22. SEXO	23. FECHA NACIMIENTO	CÓDIGO IPS
TI CC CE PA CD PE		F M	DIA MES ANO	

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

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

	32. DATOS DE RESIDENCIA Ciudad / Mpio	Departamento	Zona	Teléfono Fijo	Teléfono Móvil	33. VALOR UPC AFIAD. ADICIONAL (sólo para la EPS)	34. Nombre y código de la IPS	EXCEPCIÓN DEL TRASLADO Cobertura Geográfica	Unificación Grupo Familiar	Cumplimiento Tiempo Permanencia	Servicio Evaluados por DS	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 Y/O INDEPENDIENTE POR PRESTACIÓN DE SERVICIO O DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

35. Nombre o Razón Social	36. Tipo documento de identidad	37. Número documento de identidad	DV	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones
	C C E P A C D S P E			

39. UBICACIÓN O DIRECCIÓN	CIUDAD / MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	TELÉFONO FIJO	TELÉFONO MOVIL	CORREO ELECTRONICO

FECHA INICIO DE RELACIÓN LABORAL	CARGO	SALARIO
15 / 03 / 2022	Independiente	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	NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	SEXO	FECHA NACIMIENTO
RC TI CC CE PA CD SC PE		F M	DIA MES ANO

42. FECHA (a partir de)	43. EPS ANTERIOR	44. EXCEPCIÓN DEL TRASLADO	45. CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR O PAGADOR DE PENSIONES
DÍA MES ANO	Código	COBERTURA GEOGRÁFICA [ ] UNIFICACIÓN GRUPO FAMILIAR [ ] CUMPLIMIENTO TIEMPO PERMANENCIA [ ] SERVICIO EVALUADOS POR DS [ ]	

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) [ ] económicamente de mi
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 intermediación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora 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 [ ]
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 [ ]

nueva eps
Fecha: 15/03/2022
Cel: 321 859 15 89

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 jurada 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	69. Fecha de validación
Código del Municipio	Código del departamento	Número de ficha	Puntaje	Nivel	DIA MES ANO	DIA MES ANO

70. Datos del funcionario que realiza la validación

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

OBSERVACIONES:

Escaneado con CamScanner

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:

MARTHA ELENA BERDUGO MATTA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **51.973.885**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 22 de Marzo del 2022.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

nga en cuenta:

fundamental que revise periódicamente su Historia Laboral, el capital ahorrado y las semanas que tiene gistradas, si presenta inconsistencias, ingrese a www.porvenir.com.co *y actualice su Historia Laboral.*

FUNDACION
DEL LADO
de la Gente

64

CONTRATANTE:	**FUNDACION DEL LADO DE LA GENTE**
NIT:	901178574-9
CONTRATISTA:	**MIRIAM MORON CONTRERAS**
IDENTIFICACIÓN:	C.C 37.928.652
TELÉFONO:	3219327988
DIRECCIÓN:	DIAGONAL 59 # 47-29
OBJETO:	"PRESTACION DE SERVICIOS COMO MANIPULADORA DE ALIMENTOS DEL CENTRO VIDA FUNDACION DEL LADO DE LA GENTE"
VALOR:	UN MILLON QUINIENTOS MIL PESOS MCTE ($ 1.500.000 MCTE).
FECHA DE INICIO:	SEGÚN FECHA DEL ACTA DE INICIO DEL CONVENIO 3289-22
RÉGIMEN TRIBUTARIO:	Régimen Simplificado
DURACIÓN:	CINCUENTA Y CINCO (55) DIAS CALENDARIOS PROGRAMADOS (LUNES A SABADO INCLUYENDO FESTIVOS)
SUPERVISOR:	FREDY CADENA TORRES

Entre los suscritos a saber: FREDY CADENA TORRES, identificado con la cedula de ciudadanía número 91438652 de Barrancabermeja, quien actúa en representación legal de la FUNDACION DEL LADO DE LA GENTE con NIT N.º: 901178574-9, y quien para los efectos de este contrato se denominará EL CONTRATANTE; y por otra parte **MIRIAM MORON CONTRERAS** de edad, identificado con cédula de ciudadanía No. 37.928652 de BARRANCABERMEJA , actuando en nombre propio, con capacidad para contratar, quien manifiesta no estar incurso en las causales de inhabilidad e incompatibilidad contempladas en el artículo 8 de la ley 80 de 1993,en la Constitución o en la ley Colombiana, ni tiene obligaciones parafiscales pendientes que le impidan contratar, declaración que se entiende prestada con la firma del presente contrato y quién en adelante y para los efectos legales de este contrato se denominará EL CONTRATISTA, hemos convenido celebrar el presente CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS, previas consideraciones que se señalan a continuación: Que FUNDACION DEL LADO DE LA GENTE tiene la necesidad de contratar: 1. Los servicios en el área de manipulador de alimentos de LA FUNDACION DEL LADO DE LA GENTE. 2. Cuidar y devolver los equipos que le fueron asignados para su gestión. 3. Pagar la seguridad social integral. SEGUNDA- VALOR DEL CONTRATO Y FORMA DE PAGO: Para todos los efectos legales el valor del presente contrato es por la suma de UN MILLON QUINIENTOS MIL PESOS MCTE ($ 1.500.000 MCTE). Dividido en un pago: al finalizar los 55 días calendarios programados de lunes a sábado incluyendo los días festivos, previa presentación del pago de seguridad social integral TERCERA: DURACION DEL CONTRATO: El presente contrato tendrá una duración de cincuenta y cinco (55) días hábiles de lunes a sábado incluyendo días festivos, contados a partir de la

fecha de firma del acta de inicio del convenio 3289-22. CUARTA: PROHIBICION DE CESION Y SUSTITUCION, el contratista no podrá ceder a ningún título a persona natural o jurídica, las obligaciones adquiridas mediante este contrato, salvo que exista autorización expresa y escrita del contratante. QUINTA: INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES O ANTECEDENTES, el contratista declara bajo la gravedad de juramento que no le asiste ningún tipo de inhabilidad de las señaladas en la Ley o antecedentes disciplinarios, fiscales o judiciales que impida la celebración del presente contrato. SEXTA: SUPERVISION DEL CONTRATO, La supervisión del contrato será ejercida por la Representante Legal del contratante, la cual se encargará de evaluar, aprobar o rechazar el servicio contratado y dar el visto bueno para el pago del contrato, con el lleno de requisitos. SEPTIMA: OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA: Son obligaciones del contratista las siguientes: 1. Disponer de todos los implementos necesarios que se llegare a requerir para ejecución de las actividades. 2. Será responsable de tener su dotación acorde a su actividad 3. Cumplir a cabalidad todas las obligaciones que aparecen relacionadas en este contrato. OCTAVA: OBLIGACIONES DEL CONTRATANTE: 1. Prestar el apoyo en la ejecución del objeto contractual. 2. Cancelar los honorarios en la forma pactada. NOVENA: NATURALEZA DEL CONTRATO: El presente contrato se rige por las normas del código civil, código de comercio. DECIMA: IMPUESTOS TASAS Y CONTRIBUCIONES: Los impuestos gravámenes y tasas que pueden ocasionarse por la celebración y ejecución del contrato son a cargo del contratista. DECIMO PRIMERA: GASTOS: El desplazamiento al sitio donde prestara los servicios para el cumplimiento del objeto contractual serán por cuenta del contratante. DECIMA SEGUNDA: PERFECCIONAMIENTO: El presente contrato se perfecciona con la firma de las partes y en constancia se firma a los diez (10) días del mes de marzo de 2022.

FREDY CADENA TORRES
Representante Legal

Miriam moron C.
MYRIAM MORON CONTRERAS
CC. 37.928.652 de Barrancabermeja

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

POSITIVA
Compañía de Seguros S.A.
N.I.T 860.011.153-6

CERTIFICA

Verificada la base de datos del ramo de ARL de la compañía, se identificó que MYRIAM MORON CONTRERAS, con Cédula Ciudadanía No. 37928652 contratista de la empresa FUNDACION DEL LADO DE LA GENTE, con Nit No. 901178574. Registra como trabajador INDEPENDIENTE 723 con fecha de inicio de cobertura 24/03/2022, para el contrato registrado con fecha desde 23/03/2022 y fecha hasta 14/05/2022, su estado actual de afiliación es ACTIVO y riesgo 1.

Recuerde que una vez cumplida la fecha hasta indicada en el presente certificado, el sistema aplica de forma automática la novedad de retiro, por lo anterior, en caso de tener un nuevo contrato deberá realizar una nueva afiliación para continuar con la cobertura en nuestra ARL.

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web: www.positivaenlinea.gov.co y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202201013422649.

Dada en Bogotá, a los 23 días del mes de marzo de 2022

Cordialmente

GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

INES_4_1_3_FRTS v_04

66

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 15260410

0109206570

I. DATOS DEL TRÁMITE

Lea atentamente las instrucciones antes de diligenciar este formulario

1. TIPO DE TRÁMITE: A. AFILIACION [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: 15 | 03 | 2022

A. AFILIACIÓN

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

6. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS
PRIMER APELLIDO: Molon | SEGUNDO APELLIDO: Contreros | PRIMER NOMBRE: MYriam | SEGUNDO NOMBRE:
7. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: RC TI [X] CC CE PA CD SC PE | 8. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 37928652 | 9. SEXO: X M | 10. FECHA NACIMIENTO: DÍA MES AÑO

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

11. ORIGEN ETNICO: 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: Carrera 71a # 14 - 15 | LOCALIDAD / COMUNA | BARRIO
CIUDAD / MUNICIPIO: Bucaramanga | DEPARTAMENTO: Santander | ZONA U [X] R [ ] | TELÉFONO FIJO
TELÉFONO MÓVIL: 3143134491 | CORREO ELECTRÓNICO: No Suministro | CÓDIGO IPS: 3903

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: TI CC CE PA CD PE | 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. NUMERO DE IDENTIDAD	27. SEXO F M	28. FECHA DE NACIMIENTO DIA MES AÑO	29. PARENTESCO	30. ETNIA	31. DISCAPACIDAD Tipo F N M	Condición T P
1		RC TI CC CE PA CD PE						F N M	T P
2		RC TI CC CE PA CD PE						F N M	T P
3		RC TI CC CE PA CD PE						F N M	T P
4		RC TI CC CE PA CD PE						F N M	T P

	32. DATOS DE RESIDENCIA Ciudad / Mpio	Departamento	Zona R U	Teléfono Fijo	Teléfono Movil	33. VALOR UPC AFILIADO ADICIONAL (si aplica)	34. Nombre y código de la IPS	EXCEPCIÓN DEL TRASLADO Cobertura Geográfica	Unificación Grupo Familiar	Cumplimiento Tiempo por Cesión	Servicio Avalado por SNS	NIVEL DE SISBÉN I II	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 INDEPENDEITE 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 CC CE PA CD NI PE | 37. Numero documento de identidad | DV | 38. Tipo de aportante o pagador de pensiones
39. UBICACIÓN O DIRECCIÓN | CIUDAD / MUNICIPIO | DEPARTAMENTO | TELÉFONO FIJO | TELÉFONO MÓVIL | CORREO ELECTRONICO
FECHA INICIO DE RELACIÓN LABORAL: 15 | 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. TERMINACION DE LA INSCRIPCION EN LA EPS [ ] Código [ ]
6. REINSCRIPCION EN LA EPS [ ]
7. INCLUSION DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES [ ]
8. EXCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES [ ]
9. INICIO DE RELACION LABORAL O ADQUISICIÓN DE CONDICIONES PARA COTIZAR [ ]
10. TERMINACION 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: RC TI CC CE PA CD SC PE | 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 [ ] UNIFICACIÓN GRUPO FAMILIAR [ ] CUMPLIMIENTO TIEMPO POR CESIÓN [ ] SERVICIO AVALADO POR SNS [ ] | 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) relacionado(s) en el presente formulario 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 beneficiario del(los) solicitante(s). [ ]
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, de las instituciones públicas que por sus funciones la requieran. [ ]
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 la Registraduría Nacional del Estado Civil. [ ]
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. [ ]

nueva eps
Fecha: 15/03/2022
Cel: 311 959 45 89

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: Numero 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 | Numero del documento de identidad
71. Firma del funcionario

OBSERVACIONES:

VIGENTE DESDE ENERO / 2018

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.

01 01 F 009

- 1a. COPIA: EMPLEADOR O ENTE TERRITORIAL -

Escaneado con CamScanner

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:

MYRIAM MORON CONTRERAS, identificado(a) con cédula de ciudadanía **37.928.652**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 22 de Marzo del 2022.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes