ASOCIACIÓN CENTRO DE VIDA DEL ADULTO MAYOR MI TERCERA JUVENTUD
NIT 829.002.373 - 9

CONTRATO INDIVIDUAL DE TRABAJO DE DURACIÓN POR LA LABOR DETERMINADA No. 01

NOMBRE DEL EMPLEADOR	**ASOCIACIÓN CENTRO DE VIDA DEL ADULTO MAYOR MI TERCERA JUVENTUD**
DOMICILIO DEL EMPLEADOR	CALLE 47 No. 41 - 94 BARRIO ARENAL
DATOS DEL TRABAJADOR	
NOMBRE Y APELLIDOS	**Yaqueline Mena Hinestroza**
DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1.001.814.946 del Barrancabermeja
DOMICILIO	Calle 44 15 a 41 barrio sanfrancisco
LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO	B/CABERMEJA 07/02/1993
OFICIO QUE DESEMPEÑA	MANIPULADORA DE ALIMENTOS
SALARIO A DEVENGAR	$ 1.000.000 (Un millón de pesos mc/te) .
PAGADERO POR	MES CUMPLIDO
FECHA DE INICIACIÓN DE LABORES CONTRATADAS	**17/03/2022**
FECHA DE TERMINACIÓN DE LABORES CONTRATADAS	**OBRA LABOR**
LUGAR DONDE DESEMPEÑARA LAS LABORES	CALLE 47 NO. 41 - 97 BARRIO EL ARENAL
CIUDAD DONDE HA SIDO CONTRATADO EL TRABAJADOR	BARRANCABERMEJA
LABORES A DESEMPEÑAR:	**OBJETO:** CONVENIO DE ASOCIACIÓN PARA GARANTIZAR EL SERVICIO DE ALIMENTACIÓN A LOS ADULTOS MAYORES BENEFICIARIOS EN LOS CENTROS VIDA RURALES, URBANOS Y CENTROS DE BIENESTAR DEL ADULTO MAYOR EN MARCO DEL PROYECTO APOYO Y ATENCION A LAS PERSONAS ADULTAS AYORES DEL DISTRITO DE BARRANCABERMEJA N° 3286-22.

DURACIÓN POR LA LABOR DETERMINADA No. 01

Entre el empleador y el trabajador, de las condiciones ya dichas, identificados como aparece al pie de sus firmas. Se ha celebrado el presente contrato individual de trabajo, por las siguientes cláusulas.

PRIMERA: El empleador contrata sus servicios personales del trabajador y éste se obliga: **a)** A poner al servicio del empleador toda su capacidad normal de trabajo, en forma exclusiva, en el desempeño de las funciones propias del oficio mencionado y en las labores anexas y complementarias del mismo, de conformidad con las órdenes o instrucciones que le imparta el empleador o sus representantes, y **b)** A no prestar directa ni indirectamente servicios laborales a otros empleadores, ni a trabajar por cuenta propia en el mismo oficio, durante la vigencia de éste contrato.

SEGUNDA: El empleador pagará al trabajador por la prestación de sus servicios el salario indicado, pagadero en las oportunidades también señaladas arriba. Dentro de éste pago se encuentra incluida la remuneración de los descansos dominicales y festivos de que tratan los capítulos 1 y 11 del título vil del código sustantivo de trabajo.

TERCERA: Todo trabajo suplementario o en horas extras y todo trabajo en días domingos o festivos en los que legalmente debe considerarse descanso, se remunerará conforme a la ley. Así como los correspondientes recargos nocturnos. Para el reconocimiento y pago del trabajo suplementario, dominical y festivo, el empleador y sus representantes deben autorizarlo, previamente por escrito. Cuando la necesidad de éste trabajo se presente de manera imprevista o inaplazable, deberá ejecutarse y darse cuenta por escrito, a la mayor brevedad, al empleador o a sus representantes. El empleador, en constancia, no reconocerá ningún trabajo suplementario o en días de descanso legalmente obligatorio que no haya sido autorizado previamente o avisado inmediatamente, como queda dicho.

CUARTA: El trabajador se obliga a laborar la jornada ordinaria en los turnos y dentro de las horas señaladas por el empleador, pudiendo hacer este ajuste o cambio de horario cuando lo estime conveniente. Por el acuerdo expreso o tácito de las partes, podrán repartirse las horas de la jornada ordinaria en la forma prevista en el artículo 164 del Código Sustantivo de trabajo,

QUINTA: La duración del presente contrato está determinada por la obra o labor contratada la cual se determinó específicamente arriba. Sin embargo los dos primeros meses del presente contrato son en periodo de prueba y por consiguiente, cualquiera de las partes podrá terminarlo unilateralmente, en cualquier momento durante dicho periodo.

SEXTA: Son juntas causas para poner término a éste contrato, unilateralmente, las enumeradas en el artículo 7 del decreto 2351/65, y además, por parte del empleador, las siguientes causas que para el efecto se califican como graves: a) La violación por parte del trabajador de cualquiera de sus obligaciones legales, contractuales o reglamentarias; b) La no asistencia puntual al trabajo, sin excusa suficiente a juicio del empleador, por dos (2) veces dentro del mismo mes del calendario; c) La ejecución por parte del trabajador de labores remuneradas al servicio de terceros sin autorización del empleador; d) La revelación de secretos y datos reservados a la empresa; e) Las repetidas desavenencias con sus compañeros de trabajo; f) El hecho de que el trabajador llegue embriagado al trabajo o ingiera bebidas embriagantes en el sitio de trabajo, aún por primera vez; g) El hecho que el trabajador abandone el sitio de Trabajo, sin permiso de sus superiores y h) La no asistencia a una sección completa de la jornada de trabajo, o más sin excusa suficiente a juicio del empleador, salvo fuerza mayor o caso fortuito.

SÉPTIMA: Las invenciones o descubrimientos realizados por el trabajador, mientras preste sus servicios al empleador, pertenecerán a éstos, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 8 de la Decisión 85 del Acuerdo de Cartagena, incorporada a la legislación Colombiana mediante Decreto 1190 de 1978. En consecuencia tendrá el empleador el derecho de hacer patentar a su nombre o a nombre de terceros esos inventos o mejoras, respetándose el derecho del trabajador a ser mencionado como inventor en la patente, si así lo desea, de conformidad con el artículo 9 Ibídem. El trabajador excederá a facilitar el cumplimiento oportuno de las correspondientes formalidades y dará su firma o extenderá los poderes y documentos necesarios para tal fin según y cuando se lo solicite el empleador, sin que éste quede obligado al pago de compensación alguna.

OCTAVA: Las partes podrán convenir que el trabajo se preste en lugar distinto del inicialmente contratado, siempre que tales traslados no desmejoren las condiciones labores o de remuneración del trabajador, o impliquen perjuicios para él. Los gastos que se originen con el traslado serán cubiertos por el empleador de conformidad con el numeral 8 del artículo 57 del Código Sustantivo del trabajo. El trabajador se obliga a aceptar los cambios de oficio que decida el empleador dentro de suponer subordinante, siempre que se respeten las condiciones laborales del trabajador y no se le causen perjuicios. Todo ello sin que se afecte el honor, la dignidad y los derechos mínimos del trabajador, de conformidad con el artículo 23 del C.S.T., modificado por la ley 50/90, artículo 1.

NOVENA: Este contrato ha sido redactado estrictamente de acuerdo a la ley y a la Jurisprudencia y será Interpretado de buena fe y en constancia en el Código Sustantivo del Trabajo cuyo objeto, definido en el artículo 1, es lograr la justicia en las relaciones entre el empleador y su trabajador dentro de un espíritu de coordinación económica y equilibrio social.

DÉCIMA: El presente contrato reemplaza en su integridad y deja sin ningún efecto alguno cualquiera otro contrato verbal o escrito celebrado entre las partes con anterioridad.

Las modificaciones que se acuerden al presente contrato se anotarán a continuación de su texto. Para constancia se firma en dos ejemplares del mismo tenor y valor, ante testigos en ésta ciudad y fecha que se indican a continuación.

Ciudad Y Fecha: Barrancabermeja, a los quince (15) días del mes de marzo 2022, para iniciar el diecisiete (17) días de marzo del 2022.

El trabajador en Mención no tiene vínculo laboral alguno con la Secretaria de Adulto Mayor, Juventud e Inclusión Social del Distrito de Barrancabermeja.

EL EMPLEADOR

Lusmila Dovales

Lusmila Dolores Dovales Díaz
C/c: 32.702.737 de B/quilla
Representante Legal

NOMBRE DEL TRABAJADOR

Yaqueline Mena

Yaqueline Mena Hinestroza
C/C: 1.001.814.946exp B/cabermeja.

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 de la compañía se encontró que el señor (a): YAQUELINE MENA HINESTROZA identificado con Cédula Ciudadanía No. 1001814946, de la empresa ASOCIACION CENTRO DE VIDA DEL ADULTO MAYOR MI TERCERA JUVENTUD está afiliado(a) a POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS desde el 17/03/2022 con riesgo 1 y se encuentra ACTIVO.

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): 202201013281340.

Dada en Bogotá, a los 15 días del mes de marzo de 2022

MS_4_1_3_FR15 v_04

Cordialmente

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

Impreso por Internet el 15/03/2022 07:01:14 a. m.
ISCDC: 15/03/2022 07:01:14 a. m.

SaludTotal EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4008019039	15|03|20|22

DATOS DEL TRÁMITE (Lea las instrucciones que se encuentran anexas al fromulario antes de diligenciarlo) Página 1 de

tipo de tramite: Afiliación ☐ B.Reporte de Novedades ☒

2.Tipo afiliacion: A. Individual: -Cotizante Cabeza de familia ☒ -Beneficiario afiliado adicional ☐ B. Colectiva ☐ B. Institucional ☐ B. De oficio ☐

3.Reglmen: A.Contributivo ☒ B.Subsidiado ☐

Tipo de afiliado: . Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐

5. Tipo de cotizante: A. Dependiente ☒ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐

Codlgo (a registrar por la EPS): 1

A. AFILIACIÓN

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

.Apellidos y nombres			
MENA (Primer apellido)	HINESTROZA (Segundo apellido)	YAQUELINE (Primer nombre)	(Segundo nombre)
.Tipo documento de Identidad	**8.Número del documento de Identidad**	**9.Sexo**	**10.Fecha de nacimiento**
CC	1001814946	Femenino ☒ Masculino ☐	0|7|0|2|1|9|9|3

. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

1.Etnia	12.Discapacidad	13.Puntaje SISBEN	14.Grupo de poblacion especial
6	Tipo F N M — Condicion T P		

5. Administradora de riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotizacion - IBC
SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA S.A.	PORVENIR FPC	1000000

8.Residencia

Dirección	Telefono fijo	Telefono celular	Correo electronico
CL 44 15 A 41 BARRIO SAN FRANCISCO		3184215658	YAQUELINE_MENA@GMAIL.COM

Municipio/Distrito	zona	Localidad / comuna	Departamento
BARRANCABERMEJA	Urbana ☒ Rural ☐		SANTANDER

'. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante

9. Apellidos y nombres completos			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
0. Tipo documento de identidad	**21. Número documento identidad**	**22. Sexo**	**23. Fecha de nacimiento**
		Femenino ☐ Masculino ☐	

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

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

5. Tipo documento de identidad	26. Número de identidad	27.Sexo		28.Fecha de nacimiento
		Femenino	Masculino	
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

Datos complementarios

9.Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad				
		Tipo			Condición	
		F	N	M	T	P
B1						
B2						
B3						
B4						
B5						

2. Datos de residencia

	Municipio/Distrito	Zona		Departamento	Teléfono Fijo y/o celular	33.Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
		Urbana	Rural			
B1						
B2						
B3						
B4						
B5						

Seleccion de la IPS Primaria

	34. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS	Codigo de la IPS(a registrar por la EPS)
C	UAB BARRANCABERMEJA - CLINICA SAN JOSE SAS	UABBARRAN - BARRANJOSE
B	-	-
B	-	-
B	-	-

'. DATOS DE IDENTIFICACION DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACION COLECTIVA,INSTITUCIONAL O DE OFICIO

5. Nombre o razón social	36. Tipo de identificación	37. Numero de documnto de Identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS)
ASOCIACION CENTRO DE VIDA DEL ADULTO MAYOR MI TERC	NIT	829002373	01

9.Ubicación

Dirección	Teleéfono	Correo electrónico	Municipio/distrito	Departamento
CL 47 N 41 94	6026230	MARIA.A.MENESES.S@HOTMAIL.COM	BARRANCABERMEJA	SANTANDER

B. REPORTE DE NOVEDADES

0. Tipo de Novedad

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

I. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

1. Datos básicos de la identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de Identidad	Número documento de Identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	42.Fecha
		Femenino ☐ Masculino ☐		1|7|0|3|2|0|2|2

43.EPS anterior	44.Motivo de traslado Código:	45.Caja de Compensación Familiar o pagador de pensiones

II. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

46. ☒ Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.

47. ☒ Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributvo,Especial o de Excepción.

48. ☐ Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de documentos que acreditan la condición de beneficiarios.

49. ☒ Declaración de no internación del cotizante,cabeza de familia ,beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Salud .

50. ☒ Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clinica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.

51. ☒ Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que poir sus funciones la requieran

52. ☒ Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la ley 1581 de 2012 y el Decr eto 1377 de 2013

53. ☒ Autorización para que la EPS envie información al correo electronico o celular como mensaje de texto

III. FIRMAS

54. Cotizante o cabeza de familia o beneficiario	55. El empleador aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de oficio

C.ANEXOS

- ☐ 56.Anexo Copia del documento de Identidad: CN. ☐ RC. ☐ TI. ☐ CC. ☐ PA. ☐ CE. ☐ CD. ☐ SC. ☐ Cantidad: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ Total: 0
- ☐ 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- ☐ 58. Copia registro civil de matrimonio, o de la escritura pública,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la union marital.
- ☐ 59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio ,sentencia judicial para que declare la separación de cuerpos y escritura pública,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la union marital.
- ☐ 60. Copia certificado de adopción o acta de entrega del menor
- ☐ 61.Copia orden judicial o acto administrativo de custodia.
- ☐ 62.Documento en que conste la perdida de la patria potestad, o el certificaco de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los padres.
- ☐ 63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud
- ☐ 64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- ☐ 65.Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que consiste la calidad de beneficiario o se ordena la afiliación de oficio.

D. 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 ficha	Puntaje	Nivel	68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación

70. Datos funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

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

Observaciones

Recuerde que la firma, al final del formulario, valida las declaraciones marcadas y/o diligenciadas en el capítulo VII Declaraciones y IX. Autorizaciones, asi como la veracidad de las demás información registrada.

CUESTIONARIO CARTA DE DERECHOS DEL AFILIADO Y DEL PACIENTE Y CARTA DE DESEMPEÑO

Información para ser diligenciada por el cotizante del grupo familiar:

Primer apellido	Segundo apellido (o de casada)	Primer nombre	Segundo nombre
MENA	HINESTROZA	YAQUELINE	

No de identificación	Tipo de documento	Fecha de nacimiento	Sexo	Fecha diligenciamiento
1001814946	[ ] [ ] [X] [ ] [ ]	1993 02 07	[ ] [X]	2022 03 15

Apreciado usuario: La Carta de derechos del afiliado y del paciente y la carta de desempeño son unas Importantes herramientas de consulta para que conozca sus derechos y deberes, al igual que la infraestructura con la que contamos para brindarle la mejor atención, lo estipulado en normatividad vigente y, por supuesto, los canales de comunicaciones con los que puede hacernos llegar sus comentarios y sugerencias.

Con el fin de garantizar la entrega de este importante documento le solicitamos responder el siguiente cuestionario:

1. ¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y del Paciente? [X] [ ]
2. ¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la Carta de Desempeño donde se presenta de manera clara su puesto en el ranking? [X] [ ]
3. ¿Leyó el contenido de la Carta de Derechos y deberes del afiliado y del paciente? [X] [ ]
4. ¿Leyó el contenido de la Carta de Desempeño de la EPS? [X] [ ]
5. ¿Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información fue asesorado adecuadamente por la EPS? [X] [ ]

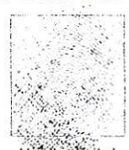
Con su aprobación para el envío de información por medios electrónicos, usted recibirá nuestras comunicaciones relacionadas con novedades de su afiliación y/o de alguno de sus beneficiarios, recordatorio de citas médicas, adicionalmente le remitiremos información de campañas, planes de promoción y prevención diseñados para su bienestar y el de su grupo familiar y en general todo lo que impacte en el cuidado de la salud.

"Yo: YAQUELINE MENA HINESTROZA identificado con el documento de identidad número: 1001814946, [X] [ ] autorizo a Salud Total EPS a enviarme información vía email y/o medios electrónicos.

Firma Cotizante: Yaqueline Mena H.

www.saludtotal.com.co
Línea local en Bogotá 4854555
Línea gratuita de atención al cliente 018000114524
Síguenos en Salud Total EPS. Oficial

Tu salud no es a medias debe ser total SaludTotal EPS



Huella digital
(en caso de no saber firmar)
F309-RVA V1.0-2013

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:

YAQUELINE MENA HINESTROZA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.001.814.946,** se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 15 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.