ASOCIACION CENTRO VIDA DEL ADULTO MAYOR ATEBA
NIT 829001096-9
CRA 15 No 43-12 B. ARENAL TELEFONO 3012615442
BARRANCABERMEJA- SANTANDER

CONTRATO DE TRABAJO A TÉRMINO INDEFINIDO

Numero 15

Nombre del Empleador: ASOCIACION CENTRO VIDA DEL ADULTO MAYOR ATEBA. **NIT** 829.001.096 - 9

Representante Legal: MARTHA CECILIA JIMENEZ

Identificada Con Cédula No. 37.923.331 de Barrancabermeja

Nombre del Empleado(a): *DAYANA PAOLA MARTINEZ JIMENEZ*

Identificada con Cédula No. 63.464.692 DE B/CABERMEJA

Oficio que desempeñará: MANIPULADORA DE ALIMENTOS

Salario Básico Mensual: Mínimo legal vigente ($1.117.172)

Duración del Contrato: 63 días programados

Periodo de Pago: Mensual

Lugar donde Trabajará: Barrancabermeja – SEDE CAMPESTRE DE LA ASOCIACION CENTRO VIDA DEL ADULTO MAYOR ATEBA

Ciudad donde se Contrata: Barrancabermeja

Teléfonos No. 3054209510

Entre el empleador y trabajador(a), ambas mayores de edad, identificadas como ya se anotó, se suscribe CONTRATO DE TRABAJO A TÉRMINO INDEFINIDO, regido por las siguientes cláusulas:

PRIMERA: Lugar. El trabajador(a) desarrollará sus funciones en las dependencias o el lugar que la empresa determine. Cualquier modificación del lugar de trabajo, que signifique cambio de ciudad, se hará conforme al Código Sustantivo de Trabajo.

SEGUNDA: Funciones. El empleador contrata al trabajador(a) para desempeñarse como MANIPULADORA DE ALIMENTOS, BRINDARA ATENCION *A LOS ADULTOS MAYORES DEL CENTRO VIDA DEL ADULTO MAYOR ATEBA*,

TERCERA: Elementos de trabajo. Corresponde al empleador suministrar los elementos necesarios para el normal desempeño de las funciones del cargo contratado.

CUARTA: Obligaciones del contratado. El trabajador(a) por su parte, prestará su fuerza laboral con fidelidad y entrega, cumpliendo debidamente el (*Reglamento Interno de Trabajo, Higiene y de Seguridad –si lo hay-*), cumpliendo las órdenes e instrucciones que le imparta el empleador o sus representantes, al igual que no laborar por cuenta propia o a otro empleador en el mismo oficio, mientras esté vigente este contrato.

QUINTA: Término del contrato. El presente contrato tendrá un término de duración treinta días, Pero podrá darse por terminado por cualquiera de las partes, cumpliendo con las exigencias legales al respecto.

SEXTA: Periodo de prueba: Acuerdan las partes fijar como periodo de prueba los primeros 8 días de labores que no es superior a la quinta parte del término inicial ni excede unos meses. Durante este periodo las partes pueden dar por terminado unilateralmente el contrato. Este periodo de prueba solo es para el contrato inicial y no se aplica en las prórrogas.

SEPTIMA: Justas causas para despedir: Son justas causas para dar por terminado unilateralmente el presente contrato por cualquiera de las partes, el incumplimiento a las obligaciones y prohibiciones que se expresan en los artículos 57 y siguientes del Código sustantivo del Trabajo. Además del incumplimiento o violación a las normas establecidas en el (*Reglamento Interno de Trabajo, Higiene y de Seguridad*) y las previamente establecidas por el empleador o sus representantes.

OCTAVA: Salario. El empleador cancelará al trabajador(a) un salario mensual de ($1.000.000), pagadero en el lugar de trabajo, los días 30 de cada mes. Dentro de este pago se encuentra incluida la remuneración de los descansos dominicales y festivos de que tratan los capítulos I y II del título VII del Código Sustantivo del Trabajo.

NOVENA: Horario. El trabajador se obliga a laborar la jornada ordinaria en los turnos y dentro de las horas señaladas por el empleador, pudiendo hacer éste ajustes o cambios de horario cuando lo estime conveniente. Por el acuerdo expreso o tácito de las partes, podrán repartirse las horas jornada ordinaria de la forma prevista en el artículo 164 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado por el artículo 23 de la Ley 50 de 1990, teniendo en cuenta que los tiempos de descanso entre las secciones de la jornada no se computan dentro de la misma, según el artículo 167 ibídem.

DECIMA: Afiliación y pago a seguridad social. Es obligación de la empleadora afiliar a la trabajadora a la seguridad social como es salud, pensión y riesgos profesionales, autorizando el trabajador el

descuento en su salario, los valores que le corresponda aportan, en la proporción establecida por la ley.

DECIMA PRIMERA: Prorroga. Si el aviso de no prorrogar el contrato no se da o se da con una anticipación menor a Tres (3) días, el contrato se prorroga por un periodo igual a la inicial, siempre que subsistan las causas que lo originaron y la materia del trabajo.

DECIMA SEGUNDA: Modificaciones. Cualquier modificación al presente contrato debe efectuarse por escrito y anexarse a este documento.

DECIMA TERCERA: Efectos. El presente contrato reemplaza y deja sin efecto cualquier otro contrato verbal o escrito, que se hubiera celebrado entre las partes con anterioridad.

Se firma por las partes: el día, 7 OCT 2022 en la ciudad de Barrancabermeja

Nota aclaratoria, el siguiente contrato empezara a contar a partir del acta de inicio

EMPLEADOR

ASOC. CENTRO VIDA DEL ADULTO MAYOR
ATEBA
MARTHA CECILIA JIMENEZ CUBILLOS
C.C. 37.923.331 de Barrancabermeja
Rep. Legal

TRABAJADOR

DAYANA MARTINEZ JIMENEZ
C. C. No 1.096.225.508
BARRANCABERMEJA.

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:

DAYANA PAOLA MARTINEZ JIMENEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.096.225.508**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 14 de Septiembre del 2022.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

En este momento de su vida, lo que más le conviene es estar en un fondo privado como Porvenir, ¿por que? porque está acumulando semanas, ahorrando dinero y obteniendo rendimiento.

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

COMPROBANTE DE RADICACIÓN DE LA AFILIACIÓN DEL DIA 01/10/2022

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo documento:	NI	**Número de documento:**	829001096	**Cédula Usuario:**	CC 37923331
Nombre:	ASOCIACIÓN CENTRO VIDA DEL ADULTO MAYOR ATEBA				
Dirección:	KR 15 43 42 BR ARENAL				
Departamento:	SANTANDER		**Municipio:**	BARRANCABERMEJA	
Correo electrónico:	jimenezcubillosmartha@gmail.com				
Teléfono:	3012615442		**Tarifa:**	0.522	
Actividad Económica:	1522101 EMPRESAS DEDICADAS AL COMERCIO AL POR MENOR DE FRUTAS Y VERDURAS, EN ESTABLECIMIENTOS ESPECIALIZADOS				

DATOS DEL USUARIO QUE REALIZA LA RADICACIÓN

Cédula Usuario	Nombres y Apellidos del Usuario
CC 37923331	MARTHA CECILIA JIMENEZ CUBILLO

DATOS AFILIADOS RADICADOS

	Radicado	Cobertura	Documento	Nombre Trabajador	Riesgo	Tarifa	Tipo
1	42	04/10/2022	CC 1096225508	MARTINEZ JIMENEZ DAYANA	2	1.04400	Dependiente

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.

MIS_4_1_3_FR15 v_04

Cordial saludo,

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

9075F87D2008F5533CB59A166A5871E3

Certificado impreso el día 10/1/2022 11:43:12 AM por el portal de empresas Edesk

POSITIVA
COMPAÑÍA DE SEGUROS

EN CASO DE ACCIDENTE DE TRABAJO

Diríjase a la Institución Prestadora de Salud (**IPS**) asignada en la línea Positiva **01 8000 111 170**, en Bogotá (**601**) **330 7000.**

www.positiva.gov.co

LA ASEGURADORA DE TODOS LOS COLOMBIANOS

POSITIVA
COMPAÑÍA DE SEGUROS

DAYANA PAOLA
MARTINEZ JIMENEZ
1096225508

ASOCIACIÓN CENTRO VIDA DEL ADULTO MAYOR ATEE
829001096

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

COOSALUD EPS

Martinez | Jimenez | Dayana | Paola

CC | 1096225508 | A | 29 11 1993

Positiva | Porvenir | $1.000.000

C1147 # 73 | 3125484647 | Dayana.martinez@gmail.com

Barrancabermeja | Arenal | Santander

Asociacion Ateba | N | 829001096

K 15 43 12 | 3133463148 | Jimenezcsb.Holmartina@gmail.com | Barranca bermeja | 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 del documento de identidad.
- [ ] 4. Actualización y corrección de datos complementarios.
- [ ] 5. Terminación de la inscripción en la EPS.
  Código: [ ]
- [ ] 6. Reinscripción en la EPS.
- [ ] 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
- [ ] 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
- [ ] 9. Inicio de relación laboral o adquisición de 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. Desvinculaciones de una entidad autorizada 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 de pensionado.

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo de documento de identidad | Número de documento de identidad | Sexo: Femenino [ ] Masculino [ ] | Fecha de nacimiento: 4 2 0 3 | 04 10 2022

42. EPS anterior | 44. Motivo de traslado: Código [ ] | 45. Caja de Compensación Familiar o pagador de pensiones: cafaba

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- [ ] 46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- [ ] 47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
- [ ] 48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- [ ] 49. Declaración de no inscripción 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 genera de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente a las entidades públicas que por sus funciones lo 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 del Decreto 1377 de 2013.
- [ ] 53. Autorización para que la EPS envíe información de carácter electrónico al celular como mensaje de texto.

VIII. FIRMAS

dejame mo. firmo

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario

55. El empleador, aportante o enlace responsable de la afiliación colectiva, institucional o de Oficio

IX. ANEXOS

- [ ] 56. Anexo copia del documento de identidad: CN [ ] RC [ ] TI [ ] CC [ ] PA [ ] CE [ ] CD [ ] SC [ ]
  Cantidad: [ ] Total: [ ]
- [ ] 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- [ ] 58. Copia del registro civil de nacimiento o de la escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
- [ ] 59. Copia de la escritura pública o la sentencia judicial que declare divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.
- [ ] 60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.
- [ ] 61. Copia de la orden judicial o decisión administrativa en custodia.
- [ ] 62. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad o el certificado de defunción los padres o la declaración escrita por el cotizante sobre la ausencia de los padres.
- [ ] 63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.
- [ ] 64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [ ] 65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o de terminar 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 SISBEN: Número de Ficha | Puntaje | Nivel

68. Fecha de radicación | 69. Fecha de validación

70. Datos del funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

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

OBSERVACIONES

Cargo: manipuladora de alimentos

Declaro que he verificado la información registrada en el presente formulario, el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el capítulo VII del formulario.

COOSALUD

En pro de tu bienestar

CERTIFICADO DE RADICACIÓN DE AFILIACIÓN Y/O NOVEDAD

COOSALUD EPS SA certifica que el día 03/10/2022, se radicó solicitud de trámite de afiliación y/o novedad ante esta EPS, relacionando los siguientes datos en el formulario adjunto:

• **No. RADICADO:**	27305868
• **RÉGIMEN:**	Contributivo
• **TIPO DE TRÁMITE:**	Movilidad al régimen contributivo
• **FECHA DE INICIO DE RELACIÓN LABORAL:**	2022-10-04
• **TD AFILIADO:**	CC
• **NÚMERO DOCUMENTO AFILIADO:**	1096225508
• **TD EMPLEADOR:**	NIT
• **NÚMERO DOCUMENTO EMPLEADOR:**	829001096
• **FONDO DE PENSIÓN:**	PORVENIR
• **IBC:**	$1.000.000,00
• **No. ADJUNTOS:**	2

OBSERVACIONES:

1. Hasta tanto entre en operación el Sistema de Afiliación Transaccional, la afiliación y reporte de las novedades se realizará en el formulario físico que adopte el Ministerio de Salud y Protección Social directamente a las EPS, y éstas las reportarán a la Base de Datos de Afiliados del Sistema conforme a la normativa vigente. Decreto 780/2016.
2. El trámite y gestión del caso radicado se realizará dentro de los 3 días hábiles posteriores a la fecha de expedición del presente documento. La respuesta será enviada al correo electrónico registrado en la plataforma de autogestión de empleadores.
3. Documento NO válido para prestación de servicios médicos y/o trámite de traslados entre EPS.

Cualquier inquietud con la información aquí contenida, puede comunicarse a través de las líneas 018000 515 611 ó #922.

La presente se expide a solicitud del interesado en Cartagena, a los 3 días del mes de Octubre de 2022.

Cordialmente,

CARLOS TORRES SALAZAR
Subdirector Nacional de Aseguramiento
COOSALUD EPS SA

ASOCIACION CENTRO VIDA DEL ADULTO MAYOR ATEBA
NIT 829001096-9
CRA 15 No 43-12 B. ARENAL TELEFONO 3133463148
BARRANCABERMEJA- SANTANDER

Contrato de prestación de servicios
Numero 018

Entre la ASOCIACION CENTRO VIDA DEL ADULTO MAYOR ATEBA COMUNA 1, con personería Jurídica legalmente constituida y con domicilio principal en la ciudad de Barrancabermeja (Santander) quien adelante se denominará CONTRATANTE, representada legalmente por MARTHA CECILIA JIMENEZ CUBILLOS, identificada con cedula de ciudadanía No 37.923.331 expedida en Barrancabermeja (Santander) como aparece al pie de su firma, y por otra parte Consuelo Duran Badillo , identificada con cedula de ciudadanía No 63.492.049 de Bucaramanga, de profesión fisioterapeuta, CONTRATISTA, hemos convenido en celebrar un contrato de prestación de servicios profesionales que se regulara por las cláusulas que a continuación se expresan y en general por las disposiciones del código civil y código de comercio aplicables a la materia de qué trata este contrato:

Primera. Objeto. EL CONTRATISTA, de manera independiente, sin subordinación o dependencia, utilizando sus propios medios, elementos de trabajo, personal a su cargo, prestara los servicios de tratamiento integral con masaje calor, y ejercicios de cada paciente que lo requiere ACV, artritis, discapacidad locomotriz etc. ejercicios dirigidos pendientes a mejorar equilibrio y movilidad articular, entrenamiento en marcha. para los adultos mayores participantes y beneficiados del programa.

Segunda: Termino del contrato. Este contrato de prestación de servicios se extenderá por un periodo de sesenta y tres días (63) a partir del la suscripción del acta de inicio **Tercero:** Honorarios – EL CONTRATE pagara al CONTRATISTA por concepto de honorarios la suma de ciento diecinueve mil setecientos noventa pesos mcte ($119.790) diarios, por el valor del servicio prestado, sin contar domingos, en dos jornadas los cuales serán cancelados mensualmente. Este valor incluye atención de 110 adultos mayores. **Cuarta.** Prorroga. Si vencido el plazo establecido para la ejecución del contrato de prestación de servicios el CONTRATANTE decide ampliar el plazo de vencimiento, se suscribirá minuta suscrita por las partes, que hará parte integral de este contrato.

Quinta. Nuevo servicio. Si finalizado el objeto del servicio contratado, el CONTRATANTE necesita un nuevo servicio del CONTRATISTA, se deberá hacer un nuevo contrato de prestación de servicios y no se entenderá como prórroga para desaparecer las causas contractuales que dieron origen a este contrato.

Sexta. Obligaciones del CONTRATISTA. Son obligaciones del CONTRATISTA: 1. Obrar con seriedad y diligencia en el servicio contratado, 2. Realizar informes mensuales. 3 atender las solicitudes y recomendaciones que haga el contratante que haga el CONTRATANTE o sus delegados, con la mayor prontitud.

Séptima. Obligaciones del CONTRATANTE. Son obligaciones del CONTRATANTE:1 cancelar los honorarios fijados al CONTRATISTA, según la forma que se pactó dentro del término debido.2 entregar toda la información que solicite el CONTRATISTA para poder desarrollar con normalidad su labor independiente

Octavo. Afiliación y pago a seguridad social. Es obligación del CONTRATISTA pagar la seguridad social como salud, pensión y riesgos profesionales y presentar sus pagos.

Noveno. Terminación anticipada o anormal. – incumplir las obligaciones propias de cada una de las partes, dará lugar a la otra para terminar unilateralmente el contrato de prestación de servicio.

Este contrato presta merito ejecutivo por ser una obligación clara, expresa y exigible para las partes.

Se firma por las partes: el día, 04 de octubre en la ciudad de Barrancabermeja

Nota aclaratoria, el siguiente contrato empezara a contar a partir del acta de inicio

El contratante

ASOC. CENTRO VIDA DEL ADULTO MAYOR ATEBA
MARTHA CECILIA JIMENEZ CUBILLOS
C.C. 37.923.331 de Barrancabermeja
Rep. Legal

El contratista

Consuelo Duran Badillo
C. C. No 63.492.049
Bucaramanga.
Fisioterapeuta

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

COMPROBANTE DE RADICACIÓN DE LA AFILIACIÓN DEL DIA 04/10/2022

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo documento:	NI	**Número de documento:**	829001096	**Cédula Usuario:**	CC 37923331
Nombre:	ASOCIACIÓN CENTRO VIDA DEL ADULTO MAYOR ATEBA				
Dirección:	KR 15 43 42 BR ARENAL				
Departamento:	SANTANDER		**Municipio:**	BARRANCABERMEJA	
Correo electrónico:	jimenezcubillosmartha@gmail.com				
Teléfono:	3012615442		**Tarifa:**	0.522	
Actividad Económica:	1522101 EMPRESAS DEDICADAS AL COMERCIO AL POR MENOR DE FRUTAS Y VERDURAS, EN ESTABLECIMIENTOS ESPECIALIZADOS				

DATOS DEL USUARIO QUE REALIZA LA RADICACIÓN

Cédula Usuario	Nombres y Apellidos del Usuario
CC 37923331	MARTHA CECILIA JIMENEZ CUBILLO

DATOS AFILIADOS RADICADOS

	Radicado	Cobertura	Documento	Nombre Trabajador	Riesgo	Tarifa	Tipo
1	55	05/10/2022	CC 63492049	DURAN BADILLO CONSUELO	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.

MIS_4_1_3_FR15 v_04

Cordial saludo,

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

CD6D48AB8F93CECA6C12AEB7393FF2F1

Certificado impreso el día 10/4/2022 8:13:31 AM por el portal de empresas Edesk

POSITIVA
COMPAÑÍA DE SEGUROS

POSITIVA
COMPAÑÍA DE SEGUROS

EN CASO DE ACCIDENTE DE TRABAJO

Diríjase a la Institución Prestadora de Salud (**IPS**) asignada en la línea Positiva **01 8000 111 170**, en Bogotá (**601**) **330 7000.**

www.positiva.gov.co

LA ASEGURADORA DE TODOS LOS COLOMBIANOS

CONSUELO
DURAN BADILLO
63492049

ASOCIACIÓN CENTRO VIDA DEL ADULTO MAYOR ATEE
829001096

EPS Sanitas

Nuestro compromiso es contigo

CE-006 - 0000000100 – 2022

CERTIFICA

Que la(s) persona(s) relacionada(s) a continuación está(n) o ha(n) estado afiliada(s) a

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 63492049
NOMBRES Y APELLIDOS	Duran Badillo,Consuelo
TIPO DE AFILIADO	Titular
TIPO DE TRABAJADOR	Independiente Con Contrato De
FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN	22/01/2014
ESTADO DE AFILIACIÓN	Vigente
ESTADO DE SERVICIO	Habilitado
REGIMEN	Contributivo

La presente se expide a nombre de Duran Badillo,Consuelo , a los 28 días del mes de septiembre del año 2022.

NOTA: Esta certificación no constituye aprobación de traslado, ni es documento válido para solicitar servicios médicos.

Banny Sarmiento

Banny Yeritza Sarmiento Vanegas
Coordinador Gestión de la Afiliación

COLPENSIONES

VICEPRESIDENCIA SERVICIO AL CIUDADANO

Trámite de Notificación: 2016_7385068

PUNTO COLPENSIONES: REGIONAL SANTANDERES

SUBTRÁMITE(S) DE RENOCONOCIMIENTO: 2016_7153253, 2016_7245702

OTROS SUBTRÁMITES:

TIPO DOCUMENTO CAUSANTE: CC

NÚMERO DOCUMENTO CAUSANTE: 63492049

NOMBRE CAUSANTE: CONSUELO DURAN BADILLO

En BUCARAMANGA SANTANDER el 28 de junio de 2016

Se presento HERNAN VILLAMIZAR GALVIZ, identificado con CC 91516282 en calidad de Apoderado con tarjeta Profesional N° 151523 del CSJ. Con el fin de notificarse de la resolución N° GNR 182141 del 21 de junio de 2016, mediante la cual _____.

Enterado de su contenido, se informa que contra la presente SI ___ NO ___ procede los recursos de reposición y subsidio de apelación, los cuales deben ser interpuestos dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la notificación en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 76 de la ley 1437 del 2011.

Para constancia de lo anterior, se suscribe por las personas que intervinieron en la diligencia.

En el evento que el reconocimiento de la prestación corresponda al cumplimiento de una orden judicial en la que hubiera condenado a la administradora del régimen de prima media al pago y/o reconocimiento de una prestación económica, declaro bajo juramento que SI ___ NO ___ NO APLICA ___ he iniciado proceso ejecutivo para hacer efectivo el cumplimiento de dicha orden y/o que no he recibido pago alguno por este concepto so pena de incurrir en el delito de fraude procesal tipificado en el artículo 453 del código penal. Así mismo declaro bajo gravedad de juramento, so pena de incurrir en conducta tipificada en el artículo 442 del código penal Colombiano modificado por el artículo 8 de la ley 890 de 204 "falso testimonio". El que en actuación judicial o Administrativa, bajo la gravedad de juramento ante autoridad competente, falte a la verdad o calle total o parcialmente, incurrirá en prisión de cuatro a ocho años, que NO he solicitado, ni devengo pensión alguna que provenga del erario público que contravenga con el artículo 128 de Constitución Política Colombiana. Igualmente no devengo pensión del sector público o privado de carácter compartida conforme al decreto 758 de 1990.

OBSERVACIONES _____

FIRMA _____

NOMBRE NOTIFICADO: HERNAN VILLAMIZAR GALVIZ

CC 91516282

FIRMA _____

NOMBRE NOTIFICADOR: ROCIO DEL PILAR PAMPLONA VASQUEZ

ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES COLPENSIONES

RESOLUCIÓN NUMERO GNR 182141
21 JUN 2016

RADICADO No. 2016_2745702

POR LA CUAL SE RECONOCE UNA PENSIÓN DE INVALIDEZ

EL GERENTE NACIONAL DE RECONOCIMIENTO DE LA VICEPRESIDENCIA DE BENEFICIOS Y PRESTACIONES DE LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES COLPENSIONES, en uso de las atribuciones inherentes al cargo y,

CONSIDERANDO

Que la señora **DURAN BADILLO CONSUELO**, identificada con CC No. 63.492.049, solicita el 17 de marzo de 2016 el reconocimiento y pago de una pensión de invalidez, radicada bajo el No 2016_2745702.

Que la peticionaria ha prestado los siguientes servicios.

ENTIDAD LABORO	DESDE	HASTA	NOVEDAD	DIAS
COASIN LTDA	20040301	20040322	TIEMPO SERVICIO	22
COASIN LTDA	20040401	20040401	TIEMPO SERVICIO	1
CTA Y BENEFICIO SOLIDARIO COAS	20050301	20050323	TIEMPO SERVICIO	23
CTA Y BENEFICIO SOLIDARIO COAS	20050401	20050618	TIEMPO SERVICIO	78
CORPORACION DOMINICANA OPCION	20070201	20070210	TIEMPO SERVICIO	18
CORPORACION DOMINICANA OPCION	20070301	20070410	TIEMPO SERVICIO	40
CORPORACION DOMINICANA OPCION	20070501	20070731	TIEMPO SERVICIO	90
SALUD SOCIAL IPS S A	20080901	20080926	TIEMPO SERVICIO	26
SALUD SOCIAL IPS S A	20081001	20081031	TIEMPO SERVICIO	30
INTERAMERICANA COOPERATIVA DE	20090801	20090827	TIEMPO SERVICIO	27
INTERAMERICANA COOPERATIVA DE	20090901	20090901	TIEMPO SERVICIO	1
1 UNION ELECTRICA LTDA	20100901	20100918	TIEMPO SERVICIO	18
1 UNION ELECTRICA LTDA	20101001	20101028	TIEMPO SERVICIO	28
FDO MEDICO ELIAR SINTRAELECOL	20110601	20110613	TIEMPO SERVICIO	13
FDO MEDICO ELIAR SINTRAELECOL	20110701	20110911	TIEMPO SERVICIO	71
OPTIMIZANDO PROCESOS SOCIEDAD	20110901	20110919	TIEMPO SERVICIO	19
OPTIMIZANDO PROCESOS SOCIEDAD	20111001	20111130	TIEMPO SERVICIO	50
CTA GABRIEL TORO ARROYAVE E U	20130601	20130601	TIEMPO SERVICIO	1
1 GOMEZ CAJIAO Y ASOCIADOS CIA	20140101	20140114	TIEMPO SERVICIO	14
1 GOMEZ CAJIAO Y ASOCIADOS CIA	20140201	20160208	TIEMPO SERVICIO	728

Que conforme lo anterior, el interesado acredita un total de 1,297 días laborados, correspondientes a **185 semanas**

Que nació el 3 de septiembre de 1973 y actualmente cuenta con **42 años de edad.**

Que obra concepto emitido por COLPENSIONES en el cual se califica una pérdida del 51.27% de su capacidad laboral estructurada el 11 de febrero de 2016 mediante dictamen No: 2016158584WW del 9 de febrero de 2016. Tal dictamen se encuentra actualmente en firme.

Que de conformidad con lo establecido en el artículo 38 de la Ley 100 de 1993, se considera inválida la persona que por cualquier causa de origen no profesional, no provocada intencionalmente, hubiere perdido el 50% o más de su capacidad laboral.

Que de conformidad con lo establecido en el artículo 1 de la Ley 860 de 2003, por la cual se modificó el artículo 39 de la Ley 100 de 1993, *"tendrá derecho a la pensión de invalidez, el afiliado al sistema que declarado inválido, acredite las siguientes condiciones: Invalidez causada por enfermedad o accidente que haya cotizado cincuenta (50) semanas dentro de los últimos tres (3) años inmediatamente anteriores a la fecha de estructuración y su fidelidad de cotización para con el sistema sea al menos del veinte por ciento (20%) del tiempo transcurrido entre el momento en que cumplió veinte (20) años de edad y la fecha de la primera calificación del estado de invalidez.*

Los menores de veinte (20) años de edad sólo deberán acreditar que han cotizado veintiséis (26) semanas en el último año inmediatamente anterior al hecho causante de su invalidez o su declaratoria.

Cuando el afiliado haya cotizado por lo menos el 75% de las semanas mínimas requeridas para acceder a la pensión de vejez, solo se requerirá que haya cotizado 25 semanas en los últimos tres (3) años".

Que la Corte Constitucional, mediante Sentencia C- 428 de 2009, resolvió declarar exequible el numeral primero del artículo primero de la Ley 860 de 2003, salvo la expresión *"y su fidelidad para con el sistema sea al menos del veinte por ciento (20%), del tiempo transcurrido entre el momento en que cumplió 20 años de edad y la fecha de la primera calificación del estado de invalidez"*, la cual fue declarada inexequible.

Que la Vicepresidencia Jurídica y Doctrinal y la Vicepresidencia de Prestaciones y Beneficios, mediante Circular 01 de 2012, se pronunciaron respecto a los efectos de la mencionada sentencia de la Corte Constitucional, señalando que debe acogerse la fuerza vinculante de la ratio decidendi de las sentencias de tutela de la Corte Constitucional donde se consideró que el requisito de la fidelidad siempre fue considerado inconstitucional y `por ello fue inaplicado, por contravenir el principio de progresividad de los derechos, y donde la ratio decidendi se constituye en precedente constitucional que debe acogerse en todo momento cuando se observen casos con hechos equivalentes, en la medida que el mismo hace parte sustancial del orden jurídico que impone su obligatorio cumplimiento para el operador jurídico.

prestación, se tendrá en cuenta lo dispuesto en el artículo 40 de la Ley 100 de 1993, el cual establece: *"El monto mensual de la pensión de invalidez será equivalente a: a. El 45% del ingreso base de liquidación, más el 1.5% de dicho ingreso por cada cincuenta (50) semanas de cotización que el afiliado tuviese acreditadas con posterioridad a las primeras quinientas (500) semanas de cotización, cuando la disminución en su capacidad laboral sea igual o superior al 50% e inferior al 66%. b. El 54% del ingreso base de liquidación, más el 3% de dicho ingreso por cada cincuenta (50) semanas de cotización que el afiliado tuviese acreditadas con posterioridad a las primeras ochocientas (800) semanas de cotización, cuando la disminución en su capacidad laboral es igual o superior al 66%.*

La pensión por invalidez no podrá ser superior al 75% del ingreso base de liquidación. En ningún caso la pensión de invalidez podrá ser inferior al salario mínimo legal mensual".

Que para obtener el ingreso base de liquidación de la presente prestación, se dará aplicación a lo establecido en el artículo 21 de la ley 100 de 1993, el cual establece: *"Se entiende por ingreso base para liquidar las pensiones previstas en esta ley, el promedio de los salarios o rentas sobre los cuales ha cotizado el afiliado durante los diez (10) años anteriores al reconocimiento de la pensión, o en todo el tiempo si este fuere inferior para el caso de las pensiones de invalidez o sobrevivencia, actualizados anualmente con base en la variación del Índice de Precios al consumidor, según certificación que expida el DANE.*

Cuando el promedio del ingreso base, ajustado por inflación, calculado sobre los ingresos de toda la vida laboral del trabajador, resulte superior al previsto en el inciso anterior, el trabajador podrá optar por este sistema, siempre y cuando haya cotizado 1250 semanas como mínimo".

Que de acuerdo a lo dispuesto en el artículo 44 de la Ley 100 de 1993, las pensiones de invalidez, podrán ser revisadas *"por solicitud de la entidad de previsión o seguridad social correspondiente cada tres (3) años, con el fin de ratificar, modificar o dejar sin efectos el dictamen que sirvió de base para la liquidación de la pensión que disfruta su beneficiario y proceder a la extinción, disminución o aumento de la misma, si a ello hubiere lugar".*

Que el artículo 10 del Decreto 758 de 1990, establece que la pensión de invalidez por riesgo común, *"...comenzará a pagarse en forma periódica y mensual desde la fecha en que se estructure tal estado. Cuando el beneficiario estuviere en goce de subsidio por incapacidad temporal, el pago de la pensión de invalidez comenzará a cubrirse al expirar el derecho al mencionado subsidio".*

Que en virtud de lo dispuesto anteriormente, la Vicepresidencia Jurídica y Doctrinal y la Vicepresidencia de Prestaciones y Beneficios, mediante Circular 01 de 2012, señalaron que las pensiones de invalidez deben reconocerse a

ASOCIACION CENTRO VIDA DEL ADULTO MAYOR ATEBA
NIT 829001096-9
CRA 15 No 43-12 B. ARENAL TELEFONO 3012615442
BARRANCABERMEJA- SANTANDER

Contrato de prestación de servicios
Numero 022

Entre la ASOCIACION CENTRO VIDA DEL ADULTO MAYOR ATEBA COMUNA 1, con personería Jurídica legalmente constituida y con domicilio principal en la ciudad de Barrancabermeja (Santander) quien adelante se denominará CONTRATANTE, representada legalmente por MARTHA CECILIA JIMENEZ CUBILLOS, identificada con cedula de ciudadanía No 37.923.331 expedida en Barrancabermeja (Santander) como aparece al pie de su firma, por otra parte JHOJAN SNEYDER SEQUEA PEREZ identificado con cedula de ciudadanía Nª 1.005.220.480 de profesión instructor de recreación física y deportes quien se identifica como aparece al pie de su firma y en adelante se denominara CONTRATISTA, hemos convenido en celebrar un contrato de prestación de servicios profesionales que se regulara por las cláusulas que a continuación se expresan y en general por las disposiciones del código civil y código de comercio aplicables a la materia de qué trata este contrato:

Primera. Objeto. EL CONTRATISTA, de manera independiente, sin subordinación o dependencia, utilizando sus propios medios, elementos de trabajo, personal a su cargo, prestara los servicios profesionales en el área física y recreación y cultura diaria de ejercicio físico, incluyendo gimnasia rítmica salidas al aire libre para los adultos mayores participantes y beneficiados del programa.

Segunda: Termino del contrato. Este contrato de prestación de servicios se extenderá por un periodo de Sesenta y tres días (63) a partir de la suscripción del acta de inicio **Tercero:** Honorarios – EL CONTRATE pagara al CONTRATISTA por concepto de honorarios la suma de ciento doce mil quinientos treinta pesos mcte ($112.530) diarios, por el valor del servicio prestado, sin contar domingos, los cuales serán cancelados mensualmente. Este valor incluye atención de 110 adultos mayores. **Cuarta.** Prorroga. Si vencido el plazo establecido para la ejecución del contrato de prestación de servicios el CONTRATANTE decide ampliar el plazo de vencimiento, se suscribirá minuta suscrita por las partes, que hará parte integral de este contrato.

Quinta. Nuevo servicio. Si finalizado el objeto del servicio contratado, el CONTRATANTE necesita un nuevo servicio del CONTRATISTA, se deberá hacer un nuevo contrato de prestación de servicios y no se entenderá como prórroga para desaparecer las causas contractuales que dieron origen a este contrato.

Sexta. Obligaciones del CONTRATISTA. Son obligaciones del CONTRATISTA: 1. Obrar con seriedad y diligencia en el servicio contratado, 2. Realizar informes mensuales. 3 atender las solicitudes y recomendaciones que haga el contratante que haga el CONTRATANTE o sus delegados, con la mayor prontitud.

Séptima. Obligaciones del CONTRATANTE. Son obligaciones del CONTRATANTE:1 cancelar los honorarios fijados al CONTRATISTA, según la forma que se pactó dentro del término debido.2 entregar toda la información que solicite el CONTRATISTA para poder desarrollar con normalidad su labor independiente

Octavo. Afiliación y pago a seguridad social. Es obligación del CONTRATISTA pagar la seguridad social como salud, pensión y riesgos profesionales y presentar sus pagos.

Noveno. Terminación anticipada o anormal. – incumplir las obligaciones propias de cada una de las partes, dará lugar a la otra para terminar unilateralmente el contrato de prestación de servicio.

Este contrato presta merito ejecutivo por ser una obligación clara, expresa y exigible

Se firma por las partes: el día, 7 OCT 2022 , en la ciudad de Barrancabermeja

Nota aclaratoria, el siguiente contrato empezara a contar a partir del acta de inicio

El contratante

ASOC. CENTRO VIDA DEL ADULTO MAYOR ATEBA
MARTHA CECILIA JIMENEZ CUBILLOS
C.C. 37.923.331 de Barrancabermeja
Rep. Legal

El contratista

JHOJAN SNEYDER SEQUEA PEREZ
C. C. No 1.005.220.480
BARRANCABERMEJA.
TEC.. Educación física

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

COMPROBANTE DE RADICACIÓN DE LA AFILIACIÓN DEL DIA 01/10/2022

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo documento:	NI	**Número de documento:**	829001096	**Cédula Usuario:**	CC 37923331
Nombre:	ASOCIACIÓN CENTRO VIDA DEL ADULTO MAYOR ATEBA				
Dirección:	KR 15 43 42 BR ARENAL				
Departamento:	SANTANDER		**Municipio:**	BARRANCABERMEJA	
Correo electrónico:	jimenezcubillosmartha@gmail.com				
Teléfono:	3012615442		**Tarifa:**	0.522	
Actividad Económica:	1522101 EMPRESAS DEDICADAS AL COMERCIO AL POR MENOR DE FRUTAS Y VERDURAS, EN ESTABLECIMIENTOS ESPECIALIZADOS				

DATOS DEL USUARIO QUE REALIZA LA RADICACIÓN

Cédula Usuario	Nombres y Apellidos del Usuario
CC 37923331	MARTHA CECILIA JIMENEZ CUBILLO

DATOS AFILIADOS RADICADOS

	Radicado	Cobertura	Documento	Nombre Trabajador	Riesgo	Tarifa	Tipo
1	51	04/10/2022	CC 1005220480	SEQUEA PEREZ JHOJAN	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.

MIS_4_1_3_FR15 v_04

Cordial saludo,

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

9075F87D2008F5533CB59A166A5871E3

Certificado impreso el día 10/1/2022 1:57:05 PM por el portal de empresas Edesk

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

"Código Único exclusivo para dependientes y afiliaciones al Régimen Subsidiado"

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva eps
gente cuidando gente
NIT 900.156.264-2

FORMULARIO VÍA WEB

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 [ ] B. REPORTE DE NOVEDADES [X]	A. Individual: a) Cotizante o cabeza de familia [X] b) Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectivo [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]	C. Contributivo S. Subsidiado [X]

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 [ ]		DÍA MES AÑO

6. AFILIACIÓN

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

6. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS			
PRIMER APELLIDO: SEQUEA	SEGUNDO APELLIDO: PEREZ	PRIMER NOMBRE: JHOJAN	SEGUNDO NOMBRE: SNEYDER

7. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	8. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	9. SEXO	10. FECHA NACIMIENTO
TI RC CC CE PA MS CD	1.005.220.480	M	26 06 2003

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

11. ORIGEN	12. DISCAPACIDAD	13. PUNTAJE Y NIVEL DEL SISBEN	14. GRUPO DE POBLACIÓN ESPECIAL	15. ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
Código ENFERMEDAD COMÚN	Tipo / Condición			POSITIVA

16. ADMINISTRADORA DE PENSIONES	17. INGRESO BASE DE COTIZACIÓN	18. DIRECCIÓN O DIRECCIÓN DE RESIDENCIA	ZONA U. [X] R. [ ]	LOCALIDAD / COMUNA	BARRIO
PORVENIR	$ 1,000,000	KR 15 43 12		ARENAL	

CIUDAD Y MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	TELÉFONO FIJO	TELÉFONO MÓVIL	CORREO ELECTRÓNICO	CÓDIGO IPS
B/BERMEJA	SANTANDER		3024589562		

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos de identificación del beneficiario (Conyuge 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 RC CC CE PA SD			DÍA MES AÑO	

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. EDAD	31. DISCAPACIDAD Tipo	31. DISCAPACIDAD Calificación
1									
2									
3									
4									

	32. DATOS DE RESIDENCIA Ciudad / Municipio	Departamento	Zona	Teléfono Fijo	Teléfono Móvil	33. VALOR UPC AFILIADO ADICIONAL (en números)	34. Nombre de la Institución prestadora de servicios de salud (IPS)	NIVEL DE SISBEN	GRUPO POBLACIONAL
1			R. [ ] U. [ ]					I. [ ] II. [ ]	
2			R. [ ] U. [ ]					I. [ ] II. [ ]	
3			R. [ ] U. [ ]					I. [ ] II. [ ]	
4			R. [ ] U. [ ]					I. [ ] II. [ ]	

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

35. Nombre o Razón Social	36. Tipo documento de identidad NI CE PA CD NT	37. Número documento de identidad	DV	38. Tipo de aportante a pagador de pensiones

39. UBICACIÓN O DIRECCIÓN					
	SIGLA UNIDIRECCIÓN	CANTIDAD UNIDIRECCIÓN	COMPLEMENTO UNIDIRECCIÓN	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO

FECHA INICIO DE RELACIÓN LABORAL	CARGO	SALARIO
04 10 2022	INSTRUCTOR	$ 1,000,000

VI. REPORTE DE NOVEDADES

40. TIPO DE NOVEDAD		
1. MODIFICACIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN [ ]	8. EXCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES [ ]	13. MOVILIDAD A) AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO [ ] B) AL RÉGIMEN SUBSIDIADO [ ]
2. CORRECCIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN [ ]	9. INICIO DE RELACIÓN LABORAL O ADQUISICIÓN DE CONDICIONES PARA COTIZAR PARA SEGUIR COTIZANDO [ ]	14. TRASLADO A) MISMO RÉGIMEN [ ] B) DIFERENTE RÉGIMEN [ ]
3. ACTUALIZACIÓN DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD [ ]	10. TERMINACIÓN DE LA RELACIÓN LABORAL O PÉRDIDA DE LAS CONDICIONES	15. REPORTE DE FALLECIMIENTO [ ]
4. ACTUALIZACIÓN Y/O CORRECCIÓN DE DATOS COMPLEMENTARIOS [ ]	11. VINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS [ ]	16. REPORTE DEL TRAMITE DE PROTECCIÓN AL CESANTE [ ]
5. TERMINACIÓN DE LA INSCRIPCIÓN EN LA EPS Código [ ]	12. DESVINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS [ ]	17. REPORTE DE LA CALIDAD DE PENSIONADO [ ]
6. REINSCRIPCIÓN EN LA EPS [ ]		18. REPORTE DE LA CALIDAD DE PENSIONADO [ ]
7. INCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES [ ]		

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
TI RC CC CE PA MS CD			DÍA MES AÑO

42. FECHA (a partir de)	43. EPS ANTERIOR Código	44. MOTIVO DE TRASLADO Código	45. CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR O PAGADOR DE PENSIONES
DÍA MES AÑO			

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

Declaración Juramentada de convivencia: Declaro que convivo con ella) 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 ellos(as) Dependiente(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 de la Entidad [ ]
49. Declaración de no administración 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 públicas que por sus funciones la requieran. [ ]
52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013. [ ]
53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto. [ ]

VIII. FIRMAS

54. Firma del cotizante, cabeza de familia o beneficiario	55. Firma y sello del empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio
JOHAN SEQUEA	

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad:	CI	RC	TI	CC	PA	CE	NJ	SC	Total
Cantidad:									

57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente. [ ]
58. Copia del registro civil de matrimonio, o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital. [ ]
59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, cesación judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación 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 cuantía de la cuota alimentaria o el certificado de defunción de los padres o la declaración notarial con 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 y/o providencias de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o circunstancia de oficio. [ ]

nueva eps
Radicado No D.PEÑALOZA
Fecha: 03/10/2022 C1361

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.198.281

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **SEQUEA PEREZ JHOJAN SNEYDER** identificado(a) con **CC** número **1.005.220.480** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 03 de octubre de 2022 y sus recursos se encuentran distribuidos como se enuncia a continuación, de conformidad con lo consagrado en el Decreto 2373 de 2010 así:

1. El 70% al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MODERADO
2. El 30% al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 03 de octubre de 2022.

Cordialmente,

Laura Patricia Merchan Metaute
Dirección servicios transaccionales para clientes
Protección S.A.

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**
Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**
www.proteccion.com

20221005220480

SOLICITUD DE VINCULACION
A ENTIDADES ADMINISTRADORAS
DEL SISTEMA GENERAL DE PENSIONES

152597302

Protección

Nit 800 138 188-1

No. 152597302

Ciudad: Bca/Bja | Fecha de Solicitud: 4 10 22 | Vinculación Inicial | Traslado AFP | Traslado de régimen | Traslado de AFP - Pensión Familiar | Traslado de Régimen Pensión Familiar | Administradora hacia la cual se solicita el traslado: PROTECCIÓN | Administradora en la que se encuentra afiliado el solicitante:

DATOS PERSONALES

INFORMACIÓN BÁSICA

Tipo de documento: C.C. X | R.C. | Pasaporte | T.I. | P.E. | Pasaporte Diplomático | Número documento identidad: 1005220480 | Sexo: M X F | Fecha de nacimiento: 26 06 2003 | Nacionalidad: Colombiano X Extranjero

País de nacimiento: Colombia | Ciudad: Bcabja | Departamento: Santander | Fecha expedición: 30 06 2021 | Lugar de expedición: Bcabja

Primer apellido: Sequea | Segundo apellido: Perez | Primer nombre: Jhojan | Segundo nombre: Sneyder

Dirección residencia (Apartamento, barrio, urbanización): Cll 52B 20-58 | País de Residencia: Colombia | Departamento: Santander | Ciudad: Bcabja | Teléfono fijo: 6015496

Correo electrónico personal o laboral: Jhojan.sequea@gmail.com | Teléfono celular: 3024589562 | Estado civil: Soltero X Casado Viudo Separado Unión libre

Dirección de Oficina: | Ciudad o Municipio: | Departamento: | Teléfono de Oficina:

Autorizo el envío de información a notificaciones al correo electrónico: Si X No | En caso de ser negativo seleccione el lugar para el envío de correspondencia: Física Residencia Empresa

DATOS LABORALES

TIPO DE AFILIADO

Dependiente | Independiente X Voluntario | Asociado

Ha cotizado más de 150 semanas en: Colpensiones (ISS) | Cajas | Cuales:

TRABAJADOR DEPENDIENTE / ASOCIADO

Identificación empleador: NIT X | PA/EAT | Número identificación empleador: 1005220480 | Nombre o razón social: Jhojan Sequea | Tipo empleador: Público Privado

Ciudad: Bcabja | Departamento: Sder | Teléfono: | Dirección correspondencia empleador: Cll 52B #20-58 | Correo electrónico empleador:

Ocupación u oficio actual: Instructor deportes | Profesión: | Integral: Si No X | Salario mensual: 1.000.000 | Fecha ingreso empleo: 4 10 2022

INFORMACIÓN BENEFICIARIOS

Apellidos y Nombres	Sexo F	Sexo M	Número de identificación	T.I. C.C.	Fecha nacimiento Día	Fecha nacimiento Mes	Fecha nacimiento Año	Código Parentesco

Códigos Parentesco: 01 Conyuge 02 Compañero permanente 03 Padres 04 Hijos 05 Hijos invalidos 06 Hermanos invalidos

VOLUNTAD DE SELECCIÓN Y AFILIACIÓN

Hago constar que la selección del Régimen de Ahorro Individual con solidaridad lo he efectuado en forma libre y espontánea y sin presiones. Manifiesto que he elegido a PROTECCIÓN S.A. para que administre mis aportes pensionales y que los datos proporcionados en esta solicitud son verdaderos.

AUTORIZACIÓN DE RECOLECCION Y USO DE DATOS PERSONALES

1. Autorizo a la Sociedad Administradora de Fondos de Pensiones y Cesantías PROTECCIÓN S.A. en adelante **PROTECCIÓN** y a todas aquellas entidades del sistema general de seguridad social, a los fondos a quienes en el futuro les entreguen los derechos de los aquí autorizados, a realizar el tratamiento de mis datos personales y sensibles, actividad que incluye la recolección, almacenamiento, actualización, uso, circulación, transmisión, transferencia y supresión, para los siguientes fines:

a. Para que **PROTECCION** pueda dar cumplimiento a todas y cada una de las obligaciones y para que ejerza los derechos que se derivan de su calidad de Sociedad Administradora de Fondos de Pensiones y Cesantías y en general, de las actividades propias de su objeto social principal y conexo, las cuales pueden ser prestadas directamente o con el apoyo de terceros con quienes se compartirá mi información personal.

b. Para que cumplan propios del objeto social, estadísticos y de control de riesgos de las Entidades Autorizadas, puedan consultar las bases de datos de información personal, financiera y crediticia. Así mismo, para que comparta mis datos personales, con autoridades nacionales o extranjeras cuando la solicitud se base en razones legales o tributarias.

DECLARACIONES DEL TITULAR: a) Declaro que toda la información suministrada por mí a **PROTECCIÓN** es verdadera. b) Conozco los derechos y las condiciones aplicables para el tratamiento de datos personales, acorde con la Política de Tratamiento de Datos Personales de **PROTECCION** y su aviso de Privacidad que se encuentran publicadas en la página web www.proteccion.com

OBLIGACIONES LAVADO DE ACTIVOS

Control lavado de activos: Me obligo con **PROTECCIÓN** a actualizar mi información como mínimo una vez al año, a suministrar los documentos exigidos por la Ley en el momento que estos sean solicitados para el control de lavados de activos y a indicar la procedencia de los depósitos.

2. Autorizo a **PROTECCIÓN** para que comparta mi información personal con terceros con quienes haya celebrado alianzas comerciales relacionadas con el sistema financiero bursátil y asegurador, y conforme a la normatividad vigente. Si [ ] No [ ]

3. Autorizo a **PROTECCIÓN** para enviar información de uso comercial relacionada con nuestros productos que me beneficien como afiliado, a través de medios físicos o virtuales registrados. Si ___ No ___

Sello y Firma Autorizada de Representante Legal
Nombres y Apellidos: DANA BEATRIZ ECHEVERRIA MEJIA

Declaro bajo juramento que los antecedentes del trabajador incluidos en el presente contrato corresponden a la información que me ha sido suministrada.
Firma del Representante Legal del Empleador

Firma del Afiliado
CC 1005220480

Denise Peralta T
Nombre de asesor comercial
63470474

Tipo y Número de Identificación empleador

Nombre del Representante

Tipo y número de identificación

ASOCIACION CENTRO VIDA DEL ADULTO MAYOR ATEBA
NIT 829001096-9
CRA 15 No 43-12 B. ARENAL TELEFONO 3133463148
BARRANCABERMEJA- SANTANDER

Contrato de prestación de servicios
Numero 025

Entre la ASOCIACION CENTRO VIDA DEL ADULTO MAYOR ATEBA COMUNA 1, con personería Jurídica legalmente constituida y con domicilio principal en la ciudad de Barrancabermeja (Santander) quien adelante se denominará CONTRATANTE, representada legalmente por MARTHA CECILIA JIMENEZ CUBILLOS, identificada con cedula de ciudadanía No 37.923.331 expedida en Barrancabermeja (Santander) como aparece al pie de su firma, y por otra parte JORGE ARMANDO JAIMES CARRERO identificado con cedula de ciudadanía No 1.095.915.919 de Bucaramanga de profesión nutricionista CONTRATISTA, hemos convenido en celebrar un contrato de prestación de servicios profesionales que se regulara por las cláusulas que a continuación se expresan y en general por las disposiciones del código civil y código de comercio aplicables a la materia de qué trata este contrato:

Primera. Objeto. EL CONTRATISTA, de manera independiente, sin subordinación o dependencia, utilizando sus propios medios, elementos de trabajo, personal a su cargo, prestara los servicios de nutricionista, valoración individual y grupal para los adultos mayores participantes y beneficiados del programa.

Segunda: Termino del contrato. Este contrato de prestación de servicios se extenderá por un periodo de sesenta y tres días (63) a partir de la suscripción del acta de incio.

Tercero: Honorarios – EL CONTRATE pagara al CONTRATISTA por concepto de honorarios la suma de dos millones novecientos cuatro mil pesos, por el valor del servicio prestado, una vez a la semana dos horas. sin contar domingos, los cuales serán cancelados mensualmente. Este valor incluye atención de 110 adultos mayores.

Cuarta. Prorroga. Si vencido el plazo establecido para la ejecución del contrato de prestación de servicios el CONTRATANTE decide ampliar el plazo de vencimiento, se suscribirá minuta suscrita por las partes, que hará parte integral de este contrato.

Quinta. Nuevo servicio. Si finalizado el objeto del servicio contratado, el CONTRATANTE necesita un nuevo servicio del CONTRATISTA, se deberá hacer un nuevo contrato de prestación de servicios y no se entenderá como prórroga para desaparecer las causas contractuales que dieron origen a este contrato.

Sexta. Obligaciones del CONTRATISTA. Son obligaciones del CONTRATISTA: 1. Obrar con seriedad y diligencia en el servicio contratado, 2. Realizar informes mensuales. 3 atender las solicitudes y recomendaciones que haga el contratante que haga el CONTRATANTE o sus delegados, con la mayor prontitud.

Séptima. Obligaciones del CONTRATANTE. Son obligaciones del CONTRATANTE:1 cancelar los honorarios fijados al CONTRATISTA, según la forma que se pactó dentro del término debido.2 entregar toda la información que solicite el CONTRATISTA para poder desarrollar con normalidad su labor independiente

Octavo. Afiliación y pago a seguridad social. Es obligación del CONTRATISTA pagar la seguridad social como salud, pensión y riesgos profesionales y presentar sus pagos.

Noveno. Terminación anticipada o anormal. – incumplir las obligaciones propias de cada una de las partes, dará lugar a la otra para terminar unilateralmente el contrato de prestación de servicio.

Este contrato presta merito ejecutivo por ser una obligación clara, expresa y exigible para las partes.

Se firma por las partes: el día 04 de octubre de 2022 en la ciudad de Barrancabermeja

Nota aclaratoria, el siguiente contrato empezara a contar a partir del acta de inicio

El contratante

ASOC. CENTRO VIDA DEL ADULTO MAYOR ATEBA
MARTHA CECILIA JIMENEZ CUBILLOS
C.C. 37.923.331 de Barrancabermeja
Rep. Legal

El contratista

Jorge Jaimes.

Jorge Armando Jaimes Carrero
C. C. No 1.095.915.919
bucaramanga
NUTRICIONISTA

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

COMPROBANTE DE RADICACIÓN DE LA AFILIACIÓN DEL DIA 04/10/2022

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo documento:	NI	**Número de documento:**	829001096	**Cédula Usuario:**	CC 37923331
Nombre:	ASOCIACIÓN CENTRO VIDA DEL ADULTO MAYOR ATEBA				
Dirección:	KR 15 43 42 BR ARENAL				
Departamento:	SANTANDER		**Municipio:**	BARRANCABERMEJA	
Correo electrónico:	jimenezcubillosmartha@gmail.com				
Teléfono:	3012615442		**Tarifa:**	0.522	
Actividad Económica:	1522101 EMPRESAS DEDICADAS AL COMERCIO AL POR MENOR DE FRUTAS Y VERDURAS, EN ESTABLECIMIENTOS ESPECIALIZADOS				

DATOS DEL USUARIO QUE REALIZA LA RADICACIÓN

Cédula Usuario	Nombres y Apellidos del Usuario
CC 37923331	MARTHA CECILIA JIMENEZ CUBILLO

DATOS AFILIADOS RADICADOS

	Radicado	Cobertura	Documento	Nombre Trabajador	Riesgo	Tarifa	Tipo
1	54	05/10/2022	CC 1095915919	JAIMES CARRERO JORGE	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.

MIS_4_1_3_FR15 v_04

Cordial saludo,

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

CD6D48AB8F93CECA6C12AEB7393FF2F1 Certificado impreso el día 10/4/2022 8:06:50 AM por el portal de empresas Edesk

POSITIVA
COMPAÑÍA DE SEGUROS

POSITIVA
COMPAÑÍA DE SEGUROS

EN CASO DE ACCIDENTE DE TRABAJO

Diríjase a la Institución Prestadora de Salud (**IPS**) asignada en la línea Positiva **01 8000 111170**, en Bogotá (**601**) **330 7000.**

www.positiva.gov.co

LA ASEGURADORA DE TODOS LOS COLOMBIANOS

JORGE ARMANDO
JAIMES CARRERO
1095915919

ASOCIACIÓN CENTRO VIDA DEL ADULTO MAYOR ATEE
829001096

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:

JORGE ARMANDO JAIMES CARRERO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.095.915.919**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 4 de Octubre 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.

EPS

sura

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL PBS DE EPS SURA

EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A en desarrollo de su programa especial para la garantía del Plan de Beneficios en Salud denominado **EPS SURA**

CERTIFICA

Que **JORGE ARMANDO JAIMES CARRERO** identificado(a) con **CÉDULA DE CIUDADANÍA** número **1095915919** está registrado(a) en el PBS EPS SURA con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 1095915919
NOMBRES Y APELLIDOS	JORGE ARMANDO JAIMES CARRERO
TIPO DE AFILIADO	TITULAR
PARENTESCO	TITULAR
ESTADO DE AFILIACIÓN	TIENE DERECHO A COBERTURA INTEGRAL
CAUSA ESTADO DE LA AFILIACIÓN	COBERTURA INTEGRAL
FECHA DE INGRESO A EPS SURA	01/07/2019
FECHA RETIRO EPS SURA	ACTIVO(A)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SURA	163
SEMANAS COTIZADAS ÚLTIMO AÑO	47

DIRECCIÓN DE AFILIACIONES
Fecha de generación: **04/10/2022**

ESTE DOCUMENTO NO ES VÁLIDO PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, NI PARA TRASLADOS

EPS SURAMERICANA S.A

Medellín, Antioquia, Colombia. Líneas de atención: Barranquilla: 605 319 7901, **Cali:** 602 380 8941, **Medellín:** 604 448 61 15, **Bogotá:** 601 448 7941

Línea Nacional: 01 8000 519 519

epssura.com

ASOCIACION CENTRO VIDA DEL ADULTO MAYOR ATEBA
NIT 829001096-9
CRA 15 No 43-12 B. ARENAL TELEFONO 3012615442
BARRANCABERMEJA- SANTANDER

Contrato de prestación de servicios
Numero 020

Entre la ASOCIACION CENTRO VIDA DEL ADULTO MAYOR ATEBA COMUNA 1, con personería Jurídica legalmente constituida y con domicilio principal en la ciudad de Barrancabermeja (Santander) quien adelante se denominará CONTRATANTE, representada legalmente por MARTHA CECILIA JIMENEZ CUBILLOS, identificada con cedula de ciudadanía No 37.923.331 expedida en Barrancabermeja (Santander) como aparece al pie de su firma, y por otra parte KEMBERLYN MILENA MIELES LOZANO identificada con cedula de ciudadanía No 1.096.230408 Barrancabermeja (Santander), de profesión Técnico auxiliar de enfermería CONTRATISTA, hemos convenido en celebrar un contrato de prestación de servicios profesionales que se regulara por las cláusulas que a continuación se expresan y en general por las disposiciones del código civil y código de comercio aplicables a la materia de qué trata este contrato:

Primera. Objeto. EL CONTRATISTA, de manera independiente, sin subordinación o dependencia, utilizando sus propios medios, elementos de trabajo, personal a su cargo, prestara los servicios de toma de tensión arterial, visitas domiciliarias actividades de promoción y prevención en la atención integral para los adultos mayores participantes y beneficiados del programa.

Segunda: Termino del contrato. Este contrato de prestación de servicios se extenderá por un periodo de Sesenta y tres días (63) a partir de la suscripción del acta de inicio . Sin contar domingos.

Tercero: Honorarios – EL CONTRATE pagara al CONTRATISTA por concepto de honorarios la suma de ochenta y cuatro mil setecientos pesos mcte ($84.700) diarios, por el valor del servicio prestado, los cuales serán cancelados mensualmente. Este valor incluye atención de 110 adultos mayores.

Cuarta. Prorroga. Si vencido el plazo establecido para la ejecución del contrato de prestación de servicios el CONTRATANTE decide ampliar el plazo de vencimiento, se suscribirá minuta suscrita por las partes, que hará parte integral de este contrato.

Quinta. Nuevo servicio. Si finalizado el objeto del servicio contratado, el CONTRATANTE necesita un nuevo servicio del CONTRATISTA, se deberá hacer un nuevo contrato de prestación de servicios y no se entenderá como prórroga para desaparecer las causas contractuales que dieron origen a este contrato.

Sexta. Obligaciones del CONTRATISTA. Son obligaciones del CONTRATISTA: 1. Obrar con seriedad y diligencia en el servicio contratado, 2. Realizar informes quincenales. 3 atender las solicitudes y recomendaciones que haga el CONTRATANTE o sus delegados, con la mayor prontitud, 4 diligenciar diariamente las planillas de atención y alimentación al adulto mayor

Séptima. Obligaciones del CONTRATANTE. Son obligaciones del CONTRATANTE:1 cancelar los honorarios fijados al CONTRATISTA, según la forma que se pactó dentro del término debido.2 entregar toda la información que solicite el CONTRATISTA para poder desarrollar con normalidad su labor independiente

Octavo. Afiliación y pago a seguridad social. Es obligación del CONTRATISTA pagar la seguridad social como salud, pensión y riesgos profesionales y presentar sus pagos.

Noveno. Terminación anticipada o anormal. – incumplir las obligaciones propias de cada una de las partes, dará lugar a la otra para terminar unilateralmente el contrato de prestación de servicio.

Este contrato presta merito ejecutivo por ser una obligación clara, expresa y exigible para las partes.

Se firma por las partes: el día, 7 OCT 2022 , en la ciudad de Barrancabermeja

El contratante

ASOC. CENTRO VIDA DEL ADULTO MAYOR ATEBA
MARTHA CECILIA JIMENEZ CUBILLOS
C.C. 37.923.331 de Barrancabermeja
Rep. Legal

El contratista

KEMBERLYN MILENA MIELES LOZANO
C. C. No 1.096.230.408
BARRANCABERMEJA (Santander).
Técnico auxiliar de enfermería
Resolución: 13691

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:

KEMBERLYN MILENA MIELES LOZANO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.096.230.408**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 14 de Septiembre del 2022.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

En este momento de su vida, lo que más le conviene es estar en un fondo privado como Porvenir, ¿por que? porque está acumulando semanas, ahorrando dinero y obteniendo rendimiento.

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

COMPROBANTE DE RADICACIÓN DE LA AFILIACIÓN DEL DIA 01/10/2022

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo documento:	NI	**Número de documento:**	829001096	**Cédula Usuario:**	CC 37923331
Nombre:	ASOCIACIÓN CENTRO VIDA DEL ADULTO MAYOR ATEBA				
Dirección:	KR 15 43 42 BR ARENAL				
Departamento:	SANTANDER		**Municipio:**	BARRANCABERMEJA	
Correo electrónico:	jimenezcubillosmartha@gmail.com				
Teléfono:	3012615442		**Tarifa:**	0.522	
Actividad Económica:	1522101 EMPRESAS DEDICADAS AL COMERCIO AL POR MENOR DE FRUTAS Y VERDURAS, EN ESTABLECIMIENTOS ESPECIALIZADOS				

DATOS DEL USUARIO QUE REALIZA LA RADICACIÓN

Cédula Usuario	Nombres y Apellidos del Usuario
CC 37923331	MARTHA CECILIA JIMENEZ CUBILLO

DATOS AFILIADOS RADICADOS

	Radicado	Cobertura	Documento	Nombre Trabajador	Riesgo	Tarifa	Tipo
1	49	04/10/2022	CC 1096230408	MIELES LOZANO KEMBERLYN	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.

MES 4_1_3 FR15 v_04

Cordial saludo,

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

9075F87D2008F5533CB59A166A5871E3

Certificado impreso el día 10/1/2022 1:01:51 PM por el portal de empresas Edesk

POSITIVA
COMPAÑÍA DE SEGUROS

POSITIVA
COMPAÑÍA DE SEGUROS

EN CASO DE ACCIDENTE DE TRABAJO

Diríjase a la Institución Prestadora de Salud (**IPS**) asignada en la línea Positiva **01 8000 111 170**, en Bogotá (**601**) **330 7000.**

www.positiva.gov.co

LA ASEGURADORA DE TODOS LOS COLOMBIANOS

KEMBERLYN MILENA
MIELES LOZANO
1096230408

ASOCIACIÓN CENTRO VIDA DEL ADULTO MAYOR ATEE
829001096

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4009020127	0|4|1|0|2|0|2|2

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

1.tipo de tramite	2. Tipo afiliacion	3.Regimen
A. Afiliación ☐ B.Reporte de Novedades ☒	B. Colectiva ☐ A. Individual: -Cotizante Cabeza de familia ☒ -Beneficiario afiliado adicional ☐ B. Institucional ☐ B. De oficio ☐	A.Contributivo ☒ B.Subsidiado ☐
4. Tipo de afiliado	**5. Tipo de cotizante**	**Codigo** (a registrar por la EPS) 3
A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐	A. Dependiente ☐ B. Independiente ☒ C. Pensionado ☐	

A. AFILIACIÓN

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

6.Apellidos y nombres			
MIELES (Primer apellido)	LOZANO (Segundo apellido)	KEMBERLYN (Primer nombre)	MILENA (Segundo nombre)
7.Tipo documento de Identidad	**8.Número del documento de Identidad**	**9.Sexo**	**10.Fecha de nacimiento**
CC	1096230408	Femenino ☒ Masculino ☐	2|1|1|1|1|9|9|4

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

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

15. Administradora de riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotizacion - IBC
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	PORVENIR FPC	1000000

18.Residencia

MZ 1 ET 1 MIRADORS DEL LAGO CA 78 (Dirección)	Telefono fijo	3205478411 (Telefono celular)	K.MIELES.L@GMAIL.COM (Correo electronico)
BARRANCABERMEJA (Municipio/Distrito)	zona Urbana ☒ Rural ☐	Localidad / comuna	SANTANDER (Departamento)

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

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

19. Apellidos y nombres completos			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
20. 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

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

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

Datos complementarios

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

32. 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	-	-

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de identificación	37. Numero de docuemnto de Identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS)
KEMBERLYN MILENA MIELES LOZANO	CC	1096230408	01

39.Ubicación

MZ 1 ET 1 MIRADORS DEL LAGO CA 78 (Dirección)	3205478411 (Teleéfono)	K.MIELES.L@GMAIL.COM (Correo electrónico)	BARRANCABERMEJA (Municipio/distrito)	SANTANDER (Departamento)

No de Radicacion
4009020127

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

- ☐ 1. Modificación datos básicos de identificación
- ☐ 2. Corrección datos básicos de identificación
- ☐ 3. Actualización documento de identidad
- ☐ 4. Actualización y/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

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. 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 ☐		0|3|1|0|2|0|2|2

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

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- 46. ☐ Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- 47. ☐ Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen 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 clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
- 51. ☒ Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que 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
- ☐ Autorización para que la EPS envie información al correo electronico o celular como mensaje de texto

VIII. FIRMAS

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

IX.ANEXOS

- ☐ 56.Anexo Copia del documento de identidad: CN. ☐ RC. ☐ TI. ☐ CC. ☒ PA. ☐ CE. ☐ CD. ☐ SC. ☐
  Cantidad: ☐ ☐ ☐ 1 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Total: 1
- ☐ 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 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 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, así 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
MIELES	LOZANO	KEMBERLYN	MILENA

No de identificación	Tipo de documento	Fecha de nacimiento	Sexo	Fecha diligenciamiento
1096230408	CE TI X RC	1994 11 21	M X	2022 10 04

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? SI X NO
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? SI X NO
3. ¿Leyó el contenido de la Carta de Derechos y deberes del afiliado y del paciente? SI X NO
4. ¿Leyó el contenido de la Carta de Desempeño de la EPS? SI X NO
5. ¿Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información fue asesorado adecuadamente por la EPS? SI X NO

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: KEMBERLYN MILENA MIELES LOZANO identificado con el documento de identidad número: 1096230408, SI X NO autorizo a Salud Total EPS a enviarme información vía email y/o medios electrónicos.

Firma Cotizante: _____

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

ASOCIACION CENTRO VIDA DEL ADULTO MAYOR ATEBA
NIT 829001096-9
CRA 15 No 43-12 B. ARENAL TELEFONO 3012615442
BARRANCABERMEJA- SANTANDER

CONTRATO DE TRABAJO A TÉRMINO INDEFINIDO

Numero 14

Nombre del Empleador: ASOCIACION CENTRO VIDA DEL ADULTO MAYOR ATEBA. **NIT** 829.001.096 - 9

Representante Legal: MARTHA CECILIA JIMENEZ

Identificada Con Cédula No. 37.923.331 de Barrancabermeja

Nombre del Empleado(a): *LUZ ARELIS PEREZ JIMENEZ*

Identificada con Cédula No. 63.464.692 DE B/CABERMEJA

Oficio que desempeñará: MANIPULADORA DE ALIMENTOS

Salario Básico Mensual: Mínimo legal vigente ($1.117.172)

Duración del Contrato: 63 días programados

Periodo de Pago: Mensual

Lugar donde Trabajará: Barrancabermeja – SEDE CAMPESTRE DE LA ASOCIACION CENTRO VIDA DEL ADULTO MAYOR ATEBA

Ciudad donde se Contrata: Barrancabermeja

Teléfonos No. 3054209510

Entre el empleador y trabajador(a), ambas mayores de edad, identificadas como ya se anotó, se suscribe CONTRATO DE TRABAJO A TÉRMINO INDEFINIDO, regido por las siguientes cláusulas:

PRIMERA: Lugar. El trabajador(a) desarrollará sus funciones en las dependencias o el lugar que la empresa determine. Cualquier modificación del lugar de trabajo, que signifique cambio de ciudad, se hará conforme al Código Sustantivo de Trabajo.

SEGUNDA: Funciones. El empleador contrata al trabajador(a) para desempeñarse como MANIPULADORA DE ALIMENTOS, BRINDARA ATENCION *A LOS ADULTOS MAYORES DEL CENTRO VIDA DEL ADULTO MAYOR ATEBA,*

TERCERA: Elementos de trabajo. Corresponde al empleador suministrar los elementos necesarios para el normal desempeño de las funciones del cargo contratado.

CUARTA: Obligaciones del contratado. El trabajador(a) por su parte, prestará su fuerza laboral con fidelidad y entrega, cumpliendo debidamente el (*Reglamento Interno de Trabajo, Higiene y de Seguridad –si lo hay-*), cumpliendo las órdenes e instrucciones que le imparta el empleador o sus representantes, al igual que no laborar por cuenta propia o a otro empleador en el mismo oficio, mientras esté vigente este contrato.

QUINTA: Término del contrato. El presente contrato tendrá un término de duración treinta días, Pero podrá darse por terminado por cualquiera de las partes, cumpliendo con las exigencias legales al respecto.

SEXTA: Periodo de prueba: Acuerdan las partes fijar como periodo de prueba los primeros 8 días de labores que no es superior a la quinta parte del término inicial ni excede unos meses. Durante este periodo las partes pueden dar por terminado unilateralmente el contrato. Este periodo de prueba solo es para el contrato inicial y no se aplica en las prórrogas.

SEPTIMA: Justas causas para despedir: Son justas causas para dar por terminado unilateralmente el presente contrato por cualquiera de las partes, el incumplimiento a las obligaciones y prohibiciones que se expresan en los artículos 57 y siguientes del Código sustantivo del Trabajo. Además del incumplimiento o violación a las normas establecidas en el (*Reglamento Interno de Trabajo, Higiene y de Seguridad*) y las previamente establecidas por el empleador o sus representantes.

OCTAVA: Salario. El empleador cancelará al trabajador(a) un salario mensual de ($1.000.000), pagadero en el lugar de trabajo, los días 30 de cada mes. Dentro de este pago se encuentra incluida la remuneración de los descansos dominicales y festivos de que tratan los capítulos I y II del título VII del Código Sustantivo del Trabajo.

NOVENA: Horario. El trabajador se obliga a laborar la jornada ordinaria en los turnos y dentro de las horas señaladas por el empleador, pudiendo hacer éste ajustes o cambios de horario cuando lo estime conveniente. Por el acuerdo expreso o tácito de las partes, podrán repartirse las horas jornada ordinaria de la forma prevista en el artículo 164 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado por el artículo 23 de la Ley 50 de 1990, teniendo en cuenta que los tiempos de descanso entre las secciones de la jornada no se computan dentro de la misma, según el artículo 167 ibídem.

DECIMA: Afiliación y pago a seguridad social. Es obligación de la empleadora afiliar a la trabajadora a la seguridad social como es salud, pensión y riesgos profesionales, autorizando el trabajador el

descuento en su salario, los valores que le corresponda aportan, en la proporción establecida por la ley.

DECIMA PRIMERA: Prorroga. Si el aviso de no prorrogar el contrato no se da o se da con una anticipación menor a Tres (3) días, el contrato se prorroga por un periodo igual a la inicial, siempre que subsistan las causas que lo originaron y la materia del trabajo.

DECIMA SEGUNDA: Modificaciones. Cualquier modificación al presente contrato debe efectuarse por escrito y anexarse a este documento.

DECIMA TERCERA: Efectos. El presente contrato reemplaza y deja sin efecto cualquier otro contrato verbal o escrito, que se hubiera celebrado entre las partes con anterioridad.

Se firma por las partes: el día, 7 OCT 2022 en la ciudad de Barrancabermeja

Nota aclaratoria, el siguiente contrato empezara a contar a partir del acta de inicio

EMPLEADOR

ASOC. CENTRO VIDA DEL ADULTO MAYOR ATEBA
MARTHA CECILIA JIMENEZ CUBILLOS
C.C. 37.923.331 de Barrancabermeja
Rep. Legal

TRABAJADOR

LUZ ARELIS PEREZ JIMENEZ
C. C. No 63.464.692
BARRANCABERMEJA.

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:

LUZ ARELIS PEREZ JIMENEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **63.464.692**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 14 de Septiembre del 2022.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

COMPROBANTE DE RADICACIÓN DE LA AFILIACIÓN DEL DIA 01/10/2022

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo documento:	NI	**Número de documento:**	829001096	**Cédula Usuario:**	CC 37923331
Nombre:	ASOCIACIÓN CENTRO VIDA DEL ADULTO MAYOR ATEBA				
Dirección:	KR 15 43 42 BR ARENAL				
Departamento:	SANTANDER		**Municipio:**	BARRANCABERMEJA	
Correo electrónico:	jimenezcubillosmartha@gmail.com				
Teléfono:	3012615442		**Tarifa:**	0.522	
Actividad Económica:	1522101 EMPRESAS DEDICADAS AL COMERCIO AL POR MENOR DE FRUTAS Y VERDURAS, EN ESTABLECIMIENTOS ESPECIALIZADOS				

DATOS DEL USUARIO QUE REALIZA LA RADICACIÓN

Cédula Usuario	Nombres y Apellidos del Usuario
CC 37923331	MARTHA CECILIA JIMENEZ CUBILLO

DATOS AFILIADOS RADICADOS

	Radicado	Cobertura	Documento	Nombre Trabajador	Riesgo	Tarifa	Tipo
1	40	04/10/2022	CC 63464692	PEREZ JIMENEZ LUZ	2	1.04400	Dependiente

OBSERVACIONES

Si tiene alguna duda con respecto a la tarifa o actividad económica de sus afiliados por favor dirijase 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.

MS_4_1_3_FR15_v_04

Cordial saludo,

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

9075F87D2008F5533CB59A166A5871E3

Certificado impreso el día 10/1/2022 11:27:38 AM por el portal de empresas Edesk

POSITIVA
COMPAÑÍA DE SEGUROS

EN CASO DE ACCIDENTE DE TRABAJO

Dirijase a la Institución Prestadora de Salud (**IPS**) asignada en la línea Positiva **01 8000 111170**, en Bogotá (**601**) **330 7000.**

www.positiva.gov.co

LA ASEGURADORA DE TODOS LOS COLOMBIANOS

LUZ ARELIS
PEREZ JIMENEZ
63464692
ASOCIACIÓN CENTRO VIDA DEL ADULTO MAYOR ATEB
829001096

POSITIVA
COMPAÑÍA DE SEGUROS

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

"Código Único exclusivo para dependientes y afiliaciones al Régimen Subsidiado"

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva eps
gente cuidando gente
NIT 900.156.264-2

FORMULARIO VÍA WEB

I. DATOS DEL TRÁMITE

Lea atentamente las instrucciones antes de diligenciar este formulario

1. TIPO DE TRÁMITE: A. AFILIACIÓN [ ] B. REPORTE DE NOVEDADES [X]
2. TIPO DE AFILIACIÓN: A. Individual: a) Cotizante o Cabeza de familia [X] 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 [X] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]
CÓDIGO:
FECHA DE LA SOLICITUD: DÍA MES AÑO

A. AFILIACIÓN

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

6. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS
PRIMER APELLIDO: PEREZ | SEGUNDO APELLIDO: JIMENEZ | PRIMER NOMBRE: LUZ | SEGUNDO NOMBRE: ARELIS
7. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: CC | 8. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 63.464.692 | 9. SEXO: F | 10. FECHA NACIMIENTO: 06 11 1974

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

11. ORIGEN: Código: Clínico | 12. DISCAPACIDAD: Código: Tipo | Condición | 13. PUNTAJE Y NIVEL DEL SISBEN | 14. GRUPO DE POBLACIÓN ESPECIAL | 15. ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES: POSITIVA
16. ADMINISTRADORA DE PENSIONES: PORVENIR | 17. INGRESO MENSUAL DE COTIZACIÓN - IBC: 1.000.000 | 18. DIRECCIÓN DE RESIDENCIA: CL 46 LT 56 | ZONA: U. X R. | LOCALIDAD / COMUNA | BARRIO
PAÍS DE RESIDENCIA: B/BERMEJA | DEPARTAMENTO: SANTANDER | TELÉFONO FIJO | TELÉFONO MÓVIL: 3125844647 | CORREO ELECTRÓNICO: luz.arelis.perez@gmail.com | CÓDIGO IPS

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos de identificación del beneficiario (Conyuge 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

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. EDAD	31. TIPO DE AFILIADO: Tipo	Condición
1									
2									
3									
4									

	32. DATOS DE RESIDENCIA: Ciudad / Municipio	Departamento	Zona	Teléfono Fijo	Teléfono Móvil	33. VALOR UPC AFILIADO ADICIONAL (Los beneficiarios del RS)	34. Nombre de la Institución prestadora de servicios de salud (IPS)	NIVEL DE SISBEN	GRUPO POBLACIONAL
1			R. U.					I. II. III.	
2			R. U.					I. II. III.	
3			R. U.					I. II. III.	
4			R. U.					I. II. III.	

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: ASOCIACION ATEBA | 36. Tipo documento de identidad: N | 37. Número documento de identidad: 829.001.096 | DV | 38. Tipo de aportante o pagador de pensiones
39. UBICACIÓN O DIRECCIÓN: KR 15 # 43 12 | BCABJA | SANTANDER | 3133463148 | CÓDIGO ELECTRÓNICO
FECHA INICIO DE RELACIÓN LABORAL: 04 10 2022 | CARGO: MANIPULADORA ALIMENTOS | SALARIO: $1,000,000

C. 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 T/C 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 [ ] D) AL RÉGIMEN SUBSIDIADO [ ]
14. TRASLADO: A) MISMO REGIMEN [ ] D) DIFERENTE REGIMEN [ ]
15. REPORTE DE FALLECIMIENTO [ ]
16. REPORTE DEL TRANSITO 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
42. FECHA (a partir de) | 43. EPS ANTERIOR Código | 44. MOTIVO DE TRASLADO Código | 45. CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR O PAGADOR DE PENSIONES

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

Declaración Juramentada de convivencia. 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) depende(n) económicamente de mí [ ]
47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción. [ ]
48. Declaración de ocurrencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acrediten la condición de Beneficiarios. Anexo soporte de la Entidad [ ]
49. Declaración de no interrupción 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 públicas que por sus funciones la requieran. [ ]
52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013. [ ]
53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular datos mensajes de texto. [ ]

VIII. FIRMAS

54. Firma del cotizante, cabeza de familia o beneficiario: LUZ PEREZ
55. Firma y [illegible] de la afiliación colectiva, institucional o de oficio: MARTA CUBILLOS

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad: CN [ ] RC [ ] TI [ ] CC [ ] PA [ ] CE [ ] CD [ ] SC [ ] Cantidad: [ ] Total [ ]
57. Copia del documento de identificación 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 terminación de la unión marital. [ ]
60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor. [ ]
61. Copia de la medida judicial o del acto administrativo de custodia. [ ]
62. Fotocopia en la que consten las páginas de la libreta militar o el certificado de definición de los padres o la declaración extrajuicio con el cotizante sobre la dependencia económica. [ ]
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 documentos de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o de cotizante en afiliación de oficio. [ ]

nueva eps
Radicado No. D.PEÑALOZA
Fecha: 03/10/2022 C1361

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

ASOCIACION CENTRO VIDA DEL ADULTO MAYOR ATEBA
NIT 829001096-9
CRA 15 No 43-12 B. ARENAL TELEFONO 3012615442
BARRANCABERMEJA- SANTANDER

Contrato de prestación de servicios
Numero 017

Entre la ASOCIACION CENTRO VIDA DEL ADULTO MAYOR ATEBA COMUNA 1, con personería Jurídica legalmente constituida y con domicilio principal en la ciudad de Barrancabermeja (Santander) quien adelante se denominará CONTRATANTE, representada legalmente por MARTHA CECILIA JIMENEZ CUBILLOS, identificada con cedula de ciudadanía No 37.923.331 expedida en Barrancabermeja (Santander) como aparece al pie de su firma, y por otra parte SAIRA MELISSA MOSQUERA DIAZ identificada con cedula de ciudadanía No 1.030.627.072 de Bogota, de profesión PSICOLOGA con tarjeta profesional 1169689 quien se identifica como aparece al pie de su firma y en adelante se denominara CONTRATISTA, hemos convenido en celebrar un contrato de prestación de servicios profesionales que se regulara por las cláusulas que a continuación se expresan y en general por las disposiciones del código civil y código de comercio aplicables a la materia de qué trata este contrato:

Primera. Objeto. EL CONTRATISTA, de manera independiente, sin subordinación o dependencia, utilizando sus propios medios, elementos de trabajo, personal a su cargo, prestara los servicios de consultas en trabajo social, apoyadas en terapias de rehabilitación cognitiva, programas de estimulación física y psicomotora, charlas y talleres de superación, motivación personal y autoestima para los adultos mayores participantes y beneficiados del programa.

Segunda: Termino del contrato. Este contrato de prestación de servicios se extenderá por un periodo de sesenta y tres días (63) a partir de la suscripción del acta de inicio.

Tercero: Honorarios – EL CONTRATE pagara al CONTRATISTA por concepto de honorarios la suma de ciento diecinueve mil setecientos noventa pesos mcte ($119.790) diarios, por el valor del servicio prestado, sin contar domingos, los cuales serán cancelados mensualmente. Este valor incluye atención de 110 adultos mayores. **Cuarta.** Prorroga. Si vencido el plazo establecido para la ejecución del contrato de prestación de servicios el CONTRATANTE decide ampliar el plazo de

vencimiento, se suscribirá minuta suscrita por las partes, que hará parte integral de este contrato

Quinta. Nuevo servicio. Si finalizado el objeto del servicio contratado, el CONTRATANTE necesita un nuevo servicio del CONTRATISTA, se deberá hacer un nuevo contrato de prestación de servicios y no se entenderá como prórroga para desaparecer las causas contractuales que dieron origen a este contrato.

Sexta. Obligaciones del CONTRATISTA. Son obligaciones del CONTRATISTA: 1. Obrar con seriedad y diligencia en el servicio contratado, 2. Realizar informes mensuales. 3 atender las solicitudes y recomendaciones que haga el contratante que haga el CONTRATANTE o sus delegados, con la mayor prontitud.

Séptima. Obligaciones del CONTRATANTE. Son obligaciones del CONTRATANTE:1 cancelar los honorarios fijados al CONTRATISTA, según la forma que se pactó dentro del término debido.2 entregar toda la información que solicite el CONTRATISTA para poder desarrollar con normalidad su labor independiente

Octavo. Afiliación y pago a seguridad social. Es obligación del CONTRATISTA pagar la seguridad social como salud, pensión y riesgos profesionales y presentar sus pagos.

Noveno. Terminación anticipada o anormal. – incumplir las obligaciones propias de cada una de las partes, dará lugar a la otra para terminar unilateralmente el contrato de prestación de servicio.

Este contrato presta merito ejecutivo por ser una obligación clara, expresa y exigible para las partes.

Se firma por las partes: el día, 7 OCT 2022 , en la ciudad de Barrancabermeja

El contratante

ASOC. CENTRO VIDA DEL ADULTO MAYOR
ATEBA
MARTHA CECILIA JIMENEZ CUBILLOS
C.C. 37.923.331 de Barrancabermeja
Rep. Legal

El contratista

Saira Melissa Mosquera Diaz
C. C. No 1.030.627.072
Bogota
PSICOLOGA
T, P 169689

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:

SAIRA MELISSA MOSQUERA DIAZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.030.627.072**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 1 de Octubre del 2022.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

COMPROBANTE DE RADICACIÓN DE LA AFILIACIÓN DEL DIA 01/10/2022

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo documento:	NI	**Número de documento:**	829001096	**Cédula Usuario:**	CC 37923331
Nombre:	ASOCIACIÓN CENTRO VIDA DEL ADULTO MAYOR ATEBA				
Dirección:	KR 15 43 42 BR ARENAL				
Departamento:	SANTANDER		**Municipio:**	BARRANCABERMEJA	
Correo electrónico:	jimenezcubillosmartha@gmail.com				
Teléfono:	3012615442		**Tarifa:**	0.522	
Actividad Económica:	1522101 EMPRESAS DEDICADAS AL COMERCIO AL POR MENOR DE FRUTAS Y VERDURAS, EN ESTABLECIMIENTOS ESPECIALIZADOS				

DATOS DEL USUARIO QUE REALIZA LA RADICACIÓN

Cédula Usuario	Nombres y Apellidos del Usuario
CC 37923331	MARTHA CECILIA JIMENEZ CUBILLO

DATOS AFILIADOS RADICADOS

	Radicado	Cobertura	Documento	Nombre Trabajador	Riesgo	Tarifa	Tipo
1	46	04/10/2022	CC 1030627072	MOSQUERA DIAZ SAIRA	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.

MIS_4_1_3_FR15 v_04

Cordial saludo,

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

9075F87D2008F5533CB59A166A5871E3

Certificado impreso el día 10/1/2022 12:36:34 PM por el portal de empresas Edesk

POSITIVA
COMPAÑÍA DE SEGUROS

POSITIVA
COMPAÑÍA DE SEGUROS

EN CASO DE ACCIDENTE DE TRABAJO

Diríjase a la Institución Prestadora de Salud (**IPS**) asignada en la línea Positiva **01 8000 111 170**, en Bogotá (**601**) **330 7000.**

www.positiva.gov.co

LA ASEGURADORA DE TODOS LOS COLOMBIANOS

SAIRA MELISSA
MOSQUERA DIAZ
1030627072

ASOCIACIÓN CENTRO VIDA DEL ADULTO MAYOR ATEB
829001096

ASOCIACION CENTRO VIDA DEL ADULTO MAYOR ATEBA
NIT 829001096-9
CRA 15 No 43-12 B. ARENAL TELEFONO 3012615442
BARRANCABERMEJA- SANTANDER

Contrato de prestación de servicios
Numero 024

Entre la ASOCIACION CENTRO VIDA DEL ADULTO MAYOR ATBE COMUNA 1, con personería Jurídica legalmente constituida y con domicilio principal en la ciudad de Barrancabermeja (Santander) quien adelante se denominará CONTRATANTE, representada legalmente por MARTHA CECILIA JIMENEZ CUBILLOS, identificada con cedula de ciudadanía No 37.923.331 expedida en Barrancabermeja (Santander) como aparece al pie de su firma, y por otra parte Yolanda Perez Jimenez identificada con cedula de ciudadanía No 28.488.476 de Barrancabermeja, de profesión DIRECTOR TECNICO quien se identifica como aparece al pie de su firma y en adelante se denominara CONTRATISTA, hemos convenido en celebrar un contrato de prestación de servicios profesionales que se regulara por las cláusulas que a continuación se expresan y en general por las disposiciones del código civil y código de comercio aplicables a la materia de qué trata este contrato:

Primera. Objeto. EL CONTRATISTA, de manera independiente, sin subordinación o dependencia, utilizando sus propios medios, elementos de trabajo, personal a su cargo, prestara los servicios de dirección técnica, apoyadas en acompañamiento a y seguimiento en todos los servicios, (seguimiento al plan) para los adultos mayores participantes y beneficiados del programa.

Segunda: Termino del contrato. Este contrato de prestación de servicios se extenderá por un periodo de sesenta y tres días (63) a partir de la suscripción del acta de inicio.

Tercero: Honorarios – EL CONTRATE pagara al CONTRATISTA por concepto de honorarios la suma de ciento dieciséis mil ciento sesenta pesos mcte ($116.160) diarios, por el valor del servicio prestado, sin contar domingos, los cuales serán cancelados mensualmente. Este valor incluye atención de 110 adultos mayores
Cuarta. Prorroga. Si vencido el plazo establecido para la ejecución del contrato de

prestación de servicios el CONTRATANTE decide ampliar el plazo de vencimiento, se suscribirá minuta suscrita por las partes, que hará parte integral de este contrato

Quinta. Nuevo servicio. Si finalizado el objeto del servicio contratado, el CONTRATANTE necesita un nuevo servicio del CONTRATISTA, se deberá hacer un nuevo contrato de prestación de servicios y no se entenderá como prórroga para desaparecer las causas contractuales que dieron origen a este contrato.

Sexta. Obligaciones del CONTRATISTA. Son obligaciones del CONTRATISTA: 1. Obrar con seriedad y diligencia en el servicio contratado, 2. Realizar informes mensuales. 3 atender las solicitudes y recomendaciones que haga el contratante que haga el CONTRATANTE o sus delegados, con la mayor prontitud.

Séptima. Obligaciones del CONTRATANTE. Son obligaciones del CONTRATANTE:1 cancelar los honorarios fijados al CONTRATISTA, según la forma que se pactó dentro del término debido.2 entregar toda la información que solicite el CONTRATISTA para poder desarrollar con normalidad su labor independiente

Octavo. Afiliación y pago a seguridad social. Es obligación del CONTRATISTA pagar la seguridad social como salud, pensión y riesgos profesionales y presentar sus pagos.

Noveno. Terminación anticipada o anormal. – incumplir las obligaciones propias de cada una de las partes, dará lugar a la otra para terminar unilateralmente el contrato de prestación de servicio.

Este contrato presta merito ejecutivo por ser una obligación clara, expresa y exigible para las partes.

Se firma por las partes: el día, 7 OCT 2022 , en la ciudad de Barrancabermeja

El contratante

ASOC. CENTRO VIDA DEL ADULTO MAYOR ATEBA
MARTHA CECILIA JIMENEZ CUBILLOS
C.C. 37.923.331 de Barrancabermeja
Rep. Legal

El contratista

Yolanda Pérez Jiménez.
C. C. No 28.488.476
BARRANCABERMEJA.

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

COMPROBANTE DE RADICACIÓN DE LA AFILIACIÓN DEL DIA 01/10/2022

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo documento:	NI	**Número de documento:**	829001096	**Cédula Usuario:**	CC 37923331
Nombre:	ASOCIACIÓN CENTRO VIDA DEL ADULTO MAYOR ATEBA				
Dirección:	KR 15 43 42 BR ARENAL				
Departamento:	SANTANDER		**Municipio:**	BARRANCABERMEJA	
Correo electrónico:	jimenezcubillosmartha@gmail.com				
Teléfono:	3012615442		**Tarifa:**	0.522	
Actividad Económica:	1522101 EMPRESAS DEDICADAS AL COMERCIO AL POR MENOR DE FRUTAS Y VERDURAS, EN ESTABLECIMIENTOS ESPECIALIZADOS				

DATOS DEL USUARIO QUE REALIZA LA RADICACIÓN

Cédula Usuario	Nombres y Apellidos del Usuario
CC 37923331	MARTHA CECILIA JIMENEZ CUBILLO

DATOS AFILIADOS RADICADOS

	Radicado	Cobertura	Documento	Nombre Trabajador	Riesgo	Tarifa	Tipo
1	50	04/10/2022	CC 28488212	VALENCIA QUINTERO NINFA	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.

MIS_4_1_3_FR15 v_04

Cordial saludo,

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

9075F87D2008F5533CB59A166A5871E3

Certificado impreso el día 10/1/2022 1:40:10 PM por el portal de empresas Edesk

POSITIVA
COMPAÑÍA DE SEGUROS

POSITIVA
COMPAÑÍA DE SEGUROS

EN CASO DE ACCIDENTE DE TRABAJO

Diríjase a la Institución Prestadora de Salud (**IPS**) asignada en la línea Positiva **01 8000 111 170**, en Bogotá (**601**) **330 7000.**

www.positiva.gov.co

LA ASEGURADORA DE TODOS LOS COLOMBIANOS

NINFA SOFIA
VALENCIA QUINTERO
28488212

ASOCIACIÓN CENTRO VIDA DEL ADULTO MAYOR ATEB
829001096

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **VALENCIA QUINTERO NINFA SOFIA** identificado(a) con **CC** número **28.488.212** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 02 de abril de 2013 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO**.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 02 de octubre de 2022.

Cordialmente,

Laura Patricia Merchan Metaute
Equipo Gestión de Operaciones.

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**
Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**
www.proteccion.com

202210020428

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Famisanar EPS

NIT 830.003.564-7

* 0 6 0 4 6 9 1 7 7 *

No. de Radicación

Fecha de Radicación

Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo

I. DATOS DEL TRÁMITE

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

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

6. Apellidos y nombres			
VALENCIA	QUINTERO	NINFA	SOFIA
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CC	28.488.212	Femenino F Masculino	0 9 0 2 1 9 8 2

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial	15. Administradora de riesgos laborales - ARL	16. Administradora de pensiones
	Tipo Condición			POSITIVA	PORVENIR

17. Ingreso base de cotización - IBC	18. Residencia			
$ 1,000,000	CL 46 28 31			3163224857
ninfa.valencia@gmail.com	B/BERMEJA	Zona Urbana X Rural	Localidad / Comuna	SANTANDER

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

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

20. Tipo de documento de identidad	21. Número del documento de identidad	22. Sexo	23. Fecha de nacimiento
		Femenino Masculino	D D M M A A A A

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

	24. Apellidos y nombres			
	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

	25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo		28. Fecha de nacimiento	Datos complementarios	
			Femenino	Masculino	D D M M A A A A	29. Parentesco	30. Etnia
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

	31. Discapacidad					32. Datos de residencia				33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
	Tipo			Condición			Zona			
	F	N	M	T	P	Municipio / Distrito	Urbana	Rural	Departamento	Teléfono fijo y/o celular
B1										
B2										
B3										
B4										
B5										

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

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

39. Ubicación				
Dirección	Teléfono	Correo electrónico	Municipio / Distrito	Departamento

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

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

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	42. Fecha novedad
		Femenino Masculino	D D M M A A A A	0 4 1 0 2 0 2 2

VIII. FIRMAS

NINFA VALENCIA	
84. El afiliado, cabeza de familia o cónyuge	85. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio

IX. ANEXOS

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

Cantidad:

57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
58. Copia del registro civil de matrimonio o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare 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. Copia del documento en que conste la pérdida de la patria potestad o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los padres.
63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.
64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial		67. Datos del SISBEN			68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación
Código del municipio	Código del departamento	Número de la ficha	Puntaje	Nivel	D D M M A A A A	D D M M A A A A

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

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

VIGILADO Supersalud

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.

07/2015

- ORIGINAL: E.P.S. -

ASOCIACION CENTRO VIDA DEL ADULTO MAYOR ATEBA
NIT 829001096-9
CRA 15 No 43-12 B. ARENAL TELEFONO 3012615442
BARRANCABERMEJA- SANTANDER

Contrato de prestación de servicios
Numero 019

Entre la ASOCIACION CENTRO VIDA DEL ADULTO MAYOR ATEBA COMUNA 1, con personería Jurídica legalmente constituida y con domicilio principal en la ciudad de Barrancabermeja (Santander) quien adelante se denominará CONTRATANTE, representada legalmente por MARTHA CECILIA JIMENEZ CUBILLOS, identificada con cedula de ciudadanía No 37.923.331 expedida en Barrancabermeja (Santander) como aparece al pie de su firma, y por otra parte YURLEY PATRICIA VEGA PEREZ identificada con cedula de ciudadanía No 1.096.203.514 Barrancabermeja (Santander), de profesión Técnico auxiliar de enfermería CONTRATISTA, hemos convenido en celebrar un contrato de prestación de servicios profesionales que se regulara por las cláusulas que a continuación se expresan y en general por las disposiciones del código civil y código de comercio aplicables a la materia de qué trata este contrato:

Primera. Objeto. EL CONTRATISTA, de manera independiente, sin subordinación o dependencia, utilizando sus propios medios, elementos de trabajo, personal a su cargo, prestara los servicios de toma de tensión arterial, visitas domiciliarias actividades de promoción y prevención en la atención integral para los adultos mayores participantes y beneficiados del programa.

Segunda: Termino del contrato. Este contrato de prestación de servicios se extenderá por un periodo de sesenta y tres días (63) a partir de la suscripción del acta de inicio.

Tercero: Honorarios – EL CONTRATE pagara al CONTRATISTA por concepto de honorarios la suma de ochenta y cuatro mil setecientos pesos mcte ($84.700) diarios, por el valor del servicio prestado, en una jornada sin contar domingos, los cuales serán cancelados mensualmente. Este valor incluye atención de 110 adultos mayores.

Cuarta. Prorroga. Si vencido el plazo establecido para la ejecución del contrato de prestación de servicios el CONTRATANTE decide ampliar el plazo de vencimiento, se suscribirá minuta suscrita por las partes, que hará parte integral de este contrato.

Quinta. Nuevo servicio. Si finalizado el objeto del servicio contratado, el CONTRATANTE necesita un nuevo servicio del CONTRATISTA, se deberá hacer un nuevo contrato de prestación de servicios y no se entenderá como prórroga para desaparecer las causas contractuales que dieron origen a este contrato.

Sexta. Obligaciones del CONTRATISTA. Son obligaciones del CONTRATISTA: 1. Obrar con seriedad y diligencia en el servicio contratado, 2. Realizar informes quincenales. 3 atender las solicitudes y recomendaciones que haga el CONTRATANTE o sus delegados, con la mayor prontitud, 4 diligenciar diariamente las planillas de atención y alimentación al adulto mayor

Séptima. Obligaciones del CONTRATANTE. Son obligaciones del CONTRATANTE:1 cancelar los honorarios fijados al CONTRATISTA, según la forma que se pactó dentro del término debido.2 entregar toda la información que solicite el CONTRATISTA para poder desarrollar con normalidad su labor independiente

Octavo. Afiliación y pago a seguridad social. Es obligación del CONTRATISTA pagar la seguridad social como salud, pensión y riesgos profesionales y presentar sus pagos.

Noveno. Terminación anticipada o anormal. – incumplir las obligaciones propias de cada una de las partes, dará lugar a la otra para terminar unilateralmente el contrato de prestación de servicio.

Este contrato presta merito ejecutivo por ser una obligación clara, expresa y exigible para las partes.

Se firma por las partes: el día 7 OCT 2022 , en la ciudad de Barrancabermeja

El contratante

ASOC. CENTRO VIDA DEL ADULTO MAYOR ATEBA
MARTHA CECILIA JIMENEZ CUBILLOS
C.C. 37.923.331 de Barrancabermeja
Rep. Legal

El contratista

YURLEY PATRICIA VEGA PEREZ
C. C. No 1.096.203.514
BARRANCABERMEJA (Santander).
Técnico auxiliar de enfermería
Resolución: 001097

porvenir
sólo hay uno

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR

NIT 800.144.331-3

CERTIFICA QUE:

YURLEY PATRICIA VEGA PEREZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.096.203.514**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir**.

La presente certificación se expide el 14 de Septiembre del 2022.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

COMPROBANTE DE RADICACIÓN DE LA AFILIACIÓN DEL DIA 01/10/2022

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo documento:	NI	**Número de documento:**	829001096	**Cédula Usuario:**	CC 37923331
Nombre:	ASOCIACIÓN CENTRO VIDA DEL ADULTO MAYOR ATEBA				
Dirección:	KR 15 43 42 BR ARENAL				
Departamento:	SANTANDER		**Municipio:**	BARRANCABERMEJA	
Correo electrónico:	jimenezcubillosmartha@gmail.com				
Teléfono:	3012615442		**Tarifa:**	0.522	
Actividad Económica:	1522101 EMPRESAS DEDICADAS AL COMERCIO AL POR MENOR DE FRUTAS Y VERDURAS, EN ESTABLECIMIENTOS ESPECIALIZADOS				

DATOS DEL USUARIO QUE REALIZA LA RADICACIÓN

Cédula Usuario	Nombres y Apellidos del Usuario
CC 37923331	MARTHA CECILIA JIMENEZ CUBILLO

DATOS AFILIADOS RADICADOS

	Radicado	Cobertura	Documento	Nombre Trabajador	Riesgo	Tarifa	Tipo
1	48	04/10/2022	CC 1096203514	VEGA PEREZ YURLEY	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.

MIS_4_1_3_FR15 v_04

Cordial saludo,

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

9075F87D2008F5533CB59A166A5871E3

Certificado impreso el día 10/1/2022 12:57:36 PM por el portal de empresas Edesk

POSITIVA
COMPAÑÍA DE SEGUROS

POSITIVA
COMPAÑÍA DE SEGUROS

EN CASO DE ACCIDENTE DE TRABAJO

Diríjase a la Institución Prestadora de Salud (**IPS**) asignada en la línea Positiva **01 8000 111 170**, en Bogotá (**601**) **330 7000.**

www.positiva.gov.co

LA ASEGURADORA DE TODOS LOS COLOMBIANOS

YURLEY PATRICIA
VEGA PEREZ
1096203514

ASOCIACIÓN CENTRO VIDA DEL ADULTO MAYOR ATEE
829001096

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

"Código Único exclusivo para dependientes y afiliaciones al Régimen Subsidiado"

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva eps
gente cuidando gente
NIT 900.156.264-2

FORMULARIO VÍA WEB

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 [ ] B. REPORTE DE NOVEDADES [X]	A. Individual: a) Cotizante o cabeza de familia [X] b) Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectivo [ ] 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 [ ]		DÍA MES AÑO

6. AFILIACIÓN

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

8. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS				
PRIMER APELLIDO: VEGA	SEGUNDO APELLIDO: PEREZ	PRIMER NOMBRE: YURLEY	SEGUNDO NOMBRE: PATRICIA	
7. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: CC	8. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1.096.203.514	9. SEXO: F	10. FECHA NACIMIENTO: 08 / 12 / 1989	

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

11. ORIGEN	12. DISCAPACIDAD	13. PUNTAJE Y NIVEL DEL SISBEN	14. GRUPO DE POBLACIÓN ESPECIAL	15. ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
Código: / Cód. ÚNICO:	Tipo: / Condición:			POSITIVA

16. ADMINISTRADORA DE PENSIONES	17. INGRESO BASE COTIZACIÓN (IBC)	18. UBICACIÓN DIRECCIÓN DE RESIDENCIA	ZONA	LOCALIDAD / COMUNA	BARRIO
PORVENIR	$ 1,000,000	KR 15 43 12	U. [X] R. [ ]		ARENAL

MUNICIPIO / DOMICILIO	DEPARTAMENTO	TELÉFONO FIJO	TELÉFONO MÓVIL	CORREO ELECTRÓNICO	CÓDIGO IPS
B/BERMEJA	SANTANDER		3004606435	yurley.vega@hotmail.com	

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. R.C. C.C. P.A. C.D.	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	28. FECHA DE NACIMIENTO	29. PARENTESCO	30. ETNIA	31. DISCAPACIDAD: Tipo	Condición
1				F. M.				F. N. M.	I. P.
2				F. M.				F. N. M.	I. P.
3				F. M.				F. N. M.	I. P.
4				F. M.				F. N. M.	I. P.

	32. DATOS DE RESIDENCIA: Ciudad / Mpio.	Departamento	Zona	Teléfono Fijo	Teléfono Móvil	33. VALOR UPC AFILIADO ADICIONAL (Sólo Administradoras ARS)	34. Nombre de la Institución prestadora de servicios de salud (IPS)	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 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. T.I. N.I.	37. Número documento de identidad	DV	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones

39. UBICACIÓN O DIRECCIÓN					
	NOMBRE / PROPIEDAD	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	TELÉFONO MÓVIL	CORREO ELECTRÓNICO

FECHA INICIO DE RELACIÓN LABORAL	CARGO	SALARIO
04 / 10 / 2022	ENFERMERA	$ 1,000,000

VI. REPORTE DE NOVEDADES

40. TIPO DE NOVEDAD			
1. MODIFICACIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN	[ ]	8. EXCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES	[ ]
2. CORRECCIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN	[ ]	9. INICIO DE RELACIÓN LABORAL O ADQUISICIÓN DE CONDICIONES PARA COTIZAR	[ ]
3. ACTUALIZACIÓN DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD	[ ]	10. TERMINACIÓN DE LA RELACIÓN LABORAL O PÉRDIDA DE LAS CONDICIONES PARA SEGUIR COTIZANDO	[ ]
4. ACTUALIZACIÓN Y/O CORRECCIÓN DE DATOS COMPLEMENTARIOS	[ ]	11. VINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS	[ ]
5. TERMINACIÓN DE LA INSCRIPCIÓN EN LA EPS Código:	[ ]	12. DESVINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS	[ ]
6. REINSCRIPCIÓN EN LA EPS	[ ]	13. MOVILIDAD a) AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO b) AL RÉGIMEN SUBSIDIADO	[ ]
7. INCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES	[ ]	14. TRASLADO a) MISMO RÉGIMEN 01 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.	NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	SEXO: F M	FECHA NACIMIENTO: DÍA MES AÑO	

42. FECHA (a partir de)	43. EPS ANTERIOR Código	44. MOTIVO DE TRASLADO Código	45. CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR O PAGADOR DE PENSIONES
DÍA MES AÑO			

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 ellos(as) 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 acrediten 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 públicas que por sus funciones la requieran. [ ]
52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013. [ ]
53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto. [ ]

VIII. FIRMAS

54. Firma del cotizante, cabeza de familia o beneficiario	55. Firma y sello del empleador, apoderado o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio
YURLEY VEGA	

IX. ANEXOS

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

57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente. [ ]
58. Copia del registro civil de matrimonio, o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital. [ ]
59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital. [ ]
60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor. [ ]
61. Copia de la orden judicial o decisión administrativa de custodia. [ ]
62. Documento en que consta la petición de la pareja ante notario o el certificado de disolución de los padres o la declaración jurada del 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 consta la calidad de beneficiario o de cabeza de familia de oficio. [ ]

nueva eps
Radicado No D PEÑALOZA
Fecha: 03/10/2022 C1361

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

ASOCIACION CENTRO VIDA DEL ADULTO MAYOR ATEBA
NIT 829001096-9
CRA 15 No 43-12 B. ARENAL TELEFONO 3012615442
BARRANCABERMEJA- SANTANDER

Contrato de prestación de servicios
Numero 023

Entre la ASOCIACION CENTRO VIDA DEL ADULTO MAYOR ATEBA COMUNA 1, con personería Jurídica legalmente constituida y con domicilio principal en la ciudad de Barrancabermeja (Santander) quien adelante se denominará CONTRATANTE, representada legalmente por MARTHA CECILIA JIMENEZ CUBILLOS, identificada con cedula de ciudadanía No 37.923.331 expedida en Barrancabermeja (Santander) como aparece al pie de su firma, y por otra parte LEONARDO QUEVEDO LOPEZ, identificado con cedula de ciudadanía No 71.182.768 de puerto Berrio, de profesión capacitador, elaboración de muñequería, bisutería, artesanía y proyecto productivo .quien se identifica como aparece al pie de su firma y adelante se denominara CONTRATISTA, hemos convenido en celebrar un contrato de prestación de servicios profesionales que se regulara por las cláusulas que a continuación se expresan y en general por las disposiciones del código civil y código de comercio aplicables a la materia de qué trata este contrato:

Primera. Objeto. EL CONTRATISTA, de manera independiente, sin subordinación o dependencia, utilizando sus propios medios, elementos de trabajo, personal a su cargo, prestara los servicios en promoción a los trabajos asociativos y productivos para los adultos mayores participantes y beneficiados del programa.

Segunda: Termino del contrato. Este contrato de prestación de servicios se extenderá por un periodo de sesenta y tres días (63)a partir de la suscripción del acta de inicio. Sin contar domingos.

Tercero: Honorarios – EL CONTRATE pagara al CONTRATISTA por concepto de honorarios la suma de Setenta y cinco mil veinte pesos (75.020) por actividades productivas y sesenta y tres mil cuatrocientos setenta pesos (63.470) por actividades en manualidades para un total de ciento treinta y ocho mil cuatrocientos noventa pesos mcte ($138.490) diarios, por las dos jornadas sin contar domingos, los cuales serán cancelados mensualmente. **Cuarta.** Prorroga. Si vencido el plazo establecido para la ejecución del contrato de prestación de servicios el CONTRATANTE decide ampliar el plazo de vencimiento, se suscribirá minuta suscrita por las partes, que hará parte integral de este contrato.

Quinta. Nuevo servicio. Si finalizado el objeto del servicio contratado, el CONTRATANTE necesita un nuevo servicio del CONTRATISTA, se deberá hacer

un nuevo contrato de prestación de servicios y no se entenderá como prórroga para desaparecer las causas contractuales que dieron origen a este contrato.

Sexta. Obligaciones del CONTRATISTA. Son obligaciones del CONTRATISTA: 1. Obrar con seriedad y diligencia en el servicio contratado, 2. Realizar informes mensuales. 3 atender las solicitudes y recomendaciones que haga el contratante que haga el CONTRATANTE o sus delegados, con la mayor prontitud.

Séptima. Obligaciones del CONTRATANTE. Son obligaciones del CONTRATANTE:1 cancelar los honorarios fijados al CONTRATISTA, según la forma que se pactó dentro del término debido.2 entregar toda la información que solicite el CONTRATISTA para poder desarrollar con normalidad su labor independiente

Octavo. Afiliación y pago a seguridad social. Es obligación del CONTRATISTA pagar la seguridad social como salud, pensión y riesgos profesionales y presentar sus pagos.

Noveno. Terminación anticipada o anormal. – incumplir las obligaciones propias de cada una de las partes, dará lugar a la otra para terminar unilateralmente el contrato de prestación de servicio.

Este contrato presta merito ejecutivo por ser una obligación clara, expresa y exigible para las partes.

Se firma por las partes: el día 7 OCT 2022 , en la ciudad de Barrancabermeja

Nota aclaratoria, el siguiente contrato empezara a contar a partir del acta de inicio

El contratante

ASOC. CENTRO VIDA DEL ADULTO MAYOR ATEBA
MARTHA CECILIA JIMENEZ CUBILLOS
C.C. 37.923.331 de Barrancabermeja
Rep. Legal

El contratista

LEONARDO QUEVEDO LOPEZ.
C. C. No 71.182.768
PTO BERRIO ANTIOQUIA.

Colpensiones 10 años

GOBIERNO DE COLOMBIA

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **LEONARDO QUEVEDO LOPEZ** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **71182768,** se encuentra afiliado/a desde **09/04/1999** 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 14 de septiembre de 2022.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Rosa Mercedes Nino 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.

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

COMPROBANTE DE RADICACIÓN DE LA AFILIACIÓN DEL DIA 01/10/2022

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo documento:	NI	**Número de documento:**	829001096	**Cédula Usuario:**	CC 37923331
Nombre:	ASOCIACIÓN CENTRO VIDA DEL ADULTO MAYOR ATEBA				
Dirección:	KR 15 43 42 BR ARENAL				
Departamento:	SANTANDER		**Municipio:**	BARRANCABERMEJA	
Correo electrónico:	jimenezcubillosmartha@gmail.com				
Teléfono:	3012615442		**Tarifa:**	0.522	
Actividad Económica:	1522101 EMPRESAS DEDICADAS AL COMERCIO AL POR MENOR DE FRUTAS Y VERDURAS, EN ESTABLECIMIENTOS ESPECIALIZADOS				

DATOS DEL USUARIO QUE REALIZA LA RADICACIÓN

Cédula Usuario	Nombres y Apellidos del Usuario
CC 37923331	MARTHA CECILIA JIMENEZ CUBILLO

DATOS AFILIADOS RADICADOS

	Radicado	Cobertura	Documento	Nombre Trabajador	Riesgo	Tarifa	Tipo
1	52	04/10/2022	CC 71182768	QUEVEDO LOPEZ LEONARDO	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.

MS_4_1_3_FR15 v_04

Cordial saludo,

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

9075F87D2008F5533CB59A166A5871E3

Certificado impreso el día 10/1/2022 2:20:50 PM por el portal de empresas Edesk

POSITIVA
COMPAÑÍA DE SEGUROS

EN CASO DE ACCIDENTE DE TRABAJO

Dirijase a la Institución Prestadora de Salud (**IPS**) asignada en la línea Positiva **01 8000 111170**, en Bogotá (**601**) **330 7000.**

www.positiva.gov.co

LA ASEGURADORA DE TODOS LOS COLOMBIANOS

POSITIVA
COMPAÑÍA DE SEGUROS

LEONARDO
QUEVEDO LOPEZ
71182768

ASOCIACIÓN CENTRO VIDA DEL ADULTO MAYOR ATEB
829001096

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

"Código Único exclusivo para dependientes y afiliaciones al Régimen Subsidiado"

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva eps
gente cuidando gente
NIT 900.156.264-2

FORMULARIO VÍA WEB

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 [ ] B. REPORTE DE NOVEDADES [X]	A. Individual: a) Cotizante o cabeza de familia [X] b) Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectivo [ ] 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 [ ] CF Cabeza de Familia [X] BE Beneficiario [ ]	A. Dependiente [ ] B. Independiente [X] C. Pensionado [ ]		DÍA MES AÑO

6. AFILIACIÓN

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

6. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS				
PRIMER APELLIDO: QUEVEDO	SEGUNDO APELLIDO: LOPEZ	PRIMER NOMBRE: LEONARDO	SEGUNDO NOMBRE:	
7. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: TI [ ] CC [X] CE [ ] PA [ ] CD [ ] SC [ ]	8. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 71182768	9. SEXO: F [ ] M [X]	10. FECHA NACIMIENTO: DÍA 11 MES 09 AÑO 1957	

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

11. ORIGEN: Código ETIOLÓGICO	12. DISCAPACIDAD: Tipo / Condición	13. PUNTAJE Y NIVEL DEL SISBEN	14. GRUPO DE POBLACIÓN ESPECIAL	15. ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
				POSITIVA

16. ADMINISTRADORA DE PENSIONES	17. INGRESO BASE DE COTIZACIÓN	18. DIRECCIÓN DE RESIDENCIA	ZONA: U. [X] R. [ ]	LOCALIDAD / COMUNA	BARRIO
PORVENIR	$ 1,000,000	CL 47 55 ARENAL			

CIUDAD Y MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	TELÉFONO FIJO	TELÉFONO MÓVIL	CORREO ELECTRÓNICO	CÓDIGO IPS
B/BERMEJA	SANTANDER		3183285050		

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos de identificación del beneficiario (Conyuge 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 [ ]	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	28. FECHA DE NACIMIENTO	29. PARENTESCO	30. ZONA	31. SISBEN Tipo	31. SISBEN Clasificación
1									
2									
3									
4									

	32. DATOS DE RESIDENCIA: Ciudad / Municipio	Departamento	Tipo	Teléfono Fijo	Teléfono Móvil	33. VALOR UPC AFILIADO ADICIONAL (Los Afiliados la EPS)	34. Nombre de la Institución prestadora de servicios de salud (IPS)	NIVEL DE SISBEN	GRUPO POBLACIONAL
1			R. [ ] U. [ ]					I. [ ] II. [ ]	
2			R. [ ] U. [ ]					I. [ ] II. [ ]	
3			R. [ ] U. [ ]					I. [ ] II. [ ]	
4			R. [ ] U. [ ]					I. [ ] II. [ ]	

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

35. Nombre o Razón Social	36. Tipo documento de identidad: NIT [ ] CE [ ] PA [ ] CD [ ] SC [ ]	37. Número documento de identidad	DV	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones

39. UBICACIÓN O DIRECCIÓN					
	CÓDIGO DEPARTAMENTO	CÓDIGO CIUDAD / MUNICIPIO	CÓDIGO ZONA	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO

FECHA INICIO DE RELACIÓN LABORAL	CARGO	SALARIO
DÍA 19 MES 09 AÑO 2022	INSTRUCTOR	$ 1,000,000

VI. 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 REGIMEN [ ]
B) DIFERENTE REGIMEN [ ]
15. REPORTE DE FALLECIMIENTO [ ]
16. REPORTE DEL TRAMITE DE PROTECCIÓN AL CESANTE [ ]
17. REPORTE DE LA CALIDAD DE PENSIONADO [ ]
18. REPORTE DE LA CALIDAD DE PENSIONADO [ ]

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	
TIPO NUMERO DE IDENTIDAD: TI [ ] CC [ ] CE [ ] PA [ ] CD [ ] SC [ ]	NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	SEXO: F [ ] M [ ]	FECHA NACIMIENTO: DÍA MES AÑO	

42. FECHA (a partir de)	43. EPS ANTERIOR Código	44. MOTIVO DE TRASLADO Código	45. CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR O PAGADOR DE PENSIONES
DÍA MES AÑO			

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) depende(n) 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 acrediten 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 públicas que por sus funciones la requieran. [ ]
52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013. [ ]
53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto. [ ]

VIII. FIRMAS

54. Firma del cotizante, cabeza de familia o beneficiario	55. Firma y sello del empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio
LEONARDO QUEVEDO	

IX. ANEXOS

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

57. Copia del dictamen de la incapacidad permanente emitido por la entidad competente. [ ]
58. Copia del registro civil de matrimonio, o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declara la unión marital. [ ]
59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la cesación de efectos y terminación de la unión marital, o 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. Declaración en que conste la petición de la parte presentada o el compañero de adopción de los padres o la declaración suscrita con el cotizante sobre la adopción de los menores. [ ]
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 pensionado o beneficiario de afiliación de oficio. [ ]

nueva eps
Radicado No D.PEÑALOZA
Fecha: 03/10/2022 C1361

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

ASOCIACION CENTRO VIDA DEL ADULTO MAYOR ATEBA
NIT 829001096-9
CRA 15 No 43-12 B. ARENAL TELEFONO 3012615442
BARRANCABERMEJA- SANTANDER

Contrato de prestación de servicios
Numero 016

Entre la ASOCIACION CENTRO VIDA DEL ADULTO MAYOR ATEBA COMUNA 1, con personería Jurídica legalmente constituida y con domicilio principal en la ciudad de Barrancabermeja (Santander) quien adelante se denominará CONTRATANTE, representada legalmente por MARTHA CECILIA JIMENEZ CUBILLOS, identificada con cedula de ciudadanía No 37.923.331 expedida en Barrancabermeja (Santander) como aparece al pie de su firma, y por otra parte NARLY PAOLA GARCES PABON identificada con cedula de ciudadanía No 1.096.239.757 de Barrancabermeja, CARGO MANTENIMIENTO Y ASEO EN GENERAL, quien se identifica como aparece al pie de su firma y en adelante se denominara CONTRATISTA, hemos convenido en celebrar un contrato de prestación de servicios profesionales que se regulara por las cláusulas que a continuación se expresan y en general por las disposiciones del código civil y código de comercio aplicables a la materia de qué trata este contrato:

Primera. Objeto. EL CONTRATISTA, de manera independiente, sin subordinación o dependencia, utilizando sus propios medios, elementos de trabajo, en mantenimiento y aseo en general en el centro vida beneficiando los adultos mayores participantes y beneficiados del programa.

Segunda: Termino del contrato. Este contrato de prestación de servicios se extenderá por un periodo de Sesenta y tres días (63) a partir de la suscripción del acta de inicio. Sin contar domingos.

Tercero: Honorarios – EL CONTRATE pagara al CONTRATISTA por concepto de honorarios la suma de ciento ocho mil novecientos pesos mcte ($.108.900), por el valor del servicio prestado diariamente, sin contar domingos, los cuales serán cancelados mensualmente. Este valor incluye atención de 110 adultos mayores.

Cuarta. Prorroga. Si vencido el plazo establecido para la ejecución del contrato de prestación de servicios el CONTRATANTE decide ampliar el plazo de vencimiento, se suscribirá minuta suscrita por las partes, que hará parte integral de este contrato

Quinta. Nuevo servicio. Si finalizado el objeto del servicio contratado, el CONTRATANTE necesita un nuevo servicio del CONTRATISTA, se deberá hacer un nuevo contrato de prestación de servicios y no se entenderá como prórroga para desaparecer las causas contractuales que dieron origen a este contrato.

Sexta. Obligaciones del CONTRATISTA. Son obligaciones del CONTRATISTA: 1. Obrar con seriedad y diligencia en el servicio contratado, 2. Realizar informes mensuales. 3 atender las solicitudes y recomendaciones que haga el contratante que haga el CONTRATANTE o sus delegados, con la mayor prontitud.

Séptima. Obligaciones del CONTRATANTE. Son obligaciones del CONTRATANTE:1 cancelar los honorarios fijados al CONTRATISTA, según la forma que se pactó dentro del término debido.2 entregar toda la información que solicite el CONTRATISTA para poder desarrollar con normalidad su labor independiente

Octavo. Afiliación y pago a seguridad social. Es obligación del CONTRATISTA pagar la seguridad social como salud, pensión y riesgos profesionales y presentar sus pagos.

Noveno. Terminación anticipada o anormal. – incumplir las obligaciones propias de cada una de las partes, dará lugar a la otra para terminar unilateralmente el contrato de prestación de servicio.

Este contrato presta merito ejecutivo por ser una obligación clara, expresa y exigible para las partes.

Se firma por las partes: el día 17 OCT 2022, en la ciudad de Barrancabermeja

Nota aclaratoria, el siguiente contrato empezara a contar a partir del acta de inicio

EMPLEADOR

ASOC. CENTRO VIDA DEL ADULTO MAYOR ATEBA
MARTHA CECILIA JIMENEZ CUBILLOS
C.C. 37.923.331 de Barrancabermeja
Rep. Legal

TRABAJADOR

NARLY PAOLA GARCES PABON
C. C. No 1.096.239.757
BARRANCABERMEJA.

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:

NARLY PAOLA GARCES PABON, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.096.239.757**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 14 de Septiembre del 2022.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

En este momento de su vida, lo que más le conviene es estar en un fondo privado como Porvenir, ¿por que? porque está acumulando semanas, ahorrando dinero y obteniendo rendimiento.

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 NARLY PAOLA GARCES PABON, con Cédula Ciudadanía No. 1096239757 contratista de la empresa ASOCIACIÓN CENTRO VIDA DEL ADULTO MAYOR ATEBA, con Nit No. 829001096, tiene un registro como Independiente desde el 04/10/2022 y fecha fin de contrato 16/12/2022 con riesgo 1 y a la fecha se encuentra AFILIADO.

Recuerde que una vez cumplida la fecha fin de contrato, 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): 2022010204608.

Dada en Bogotá, a los 1 días del mes de octubre de 2022

MES_4_1_3_FR15 v_04

Cordialmente

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

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

"Código Balcanizado para dependientes y afiliaciones al Régimen Subsidiado"

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva eps
gente cuidando gente
NIT 900.156.264-2

FORMULARIO VÍA WEB

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 [ ] B. REPORTE DE NOVEDADES [X]	A. Individual: a) Cotizante o cabeza de familia [X] b) Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectivo [ ] 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 [ ]		DÍA MES AÑO

6. AFILIACIÓN

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

8. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS			
PRIMER APELLIDO: GARCES	SEGUNDO APELLIDO: PABON	PRIMER NOMBRE: NARLY	SEGUNDO NOMBRE: PAOLA

7. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	8. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	9. SEXO	10. FECHA NACIMIENTO
CC	1.096.239.757	F	03 06 1996

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

11. ORIGEN	12. DISCAPACIDAD	13. PUNTAJE Y NIVEL DEL SISBEN	14. GRUPO DE POBLACIÓN ESPECIAL	15. ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
Código	Tipo / Condición			POSITIVA

16. ADMINISTRADORA DE PENSIONES	17. INGRESO BASE DE COTIZACIÓN (IBC)	18. DIRECCIÓN DE RESIDENCIA	ZONA U. / R.	LOCALIDAD / COMUNA	BARRIO
PORVENIR	$ 1,000,000	KR 15 43 12	U. [X] R. [ ]	ARENAL	

PAÍS / DEPARTAMENTO / MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	TELÉFONO FIJO	TELÉFONO MÓVIL	CORREO ELECTRÓNICO	CÓDIGO IPS
B/BERMEJA	SANTANDER		3232391830		

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR
Datos de identificación del beneficiario (Conyuge 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

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. EDAD	31. TIPO CAPACIDAD Tipo	31. TIPO CAPACIDAD Condición
1								F N M	I P
2								F N M	I P
3								F N M	I P
4								F N M	I P

	32. DATOS DE RESIDENCIA Ciudad / Municipio	Departamento	Zona	Teléfono Fijo	Teléfono Móvil	33. VALOR UPC AFILIADO ADICIONAL (Los adicionales la pagan)	34. Nombre de la Institución prestadora de servicios de salud (IPS)	NIVEL DE SISBEN	GRUPO POBLACIONAL
1			R. U.					I II	
2			R. U.					I II	
3			R. U.					I II	
4			R. U.					I II	

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

35. Nombre o Razón Social	36. Tipo documento de identidad	37. Número documento de identidad	DV	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones

39. UBICACIÓN O DIRECCIÓN	CÓDIGO MUNICIPIO	CÓDIGO ZONA	TELÉFONO FIJO	CÓDIGO ACTIVIDAD ECONÓMICA

FECHA INICIO DE RELACIÓN LABORAL	CARGO	SALARIO
04 10 2022	INSTRUCTOR	$ 1,000,000

U. 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 PERDIDA 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 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	NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	SEXO	FECHA NACIMIENTO

42. FECHA (a partir de)	43. EPS ANTERIOR Código	44. MOTIVO DE TRASLADO Código	45. CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR O PAGADOR DE PENSIONES

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

Declaración Juramentada de convivencia: 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 ausencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acrediten 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 públicas que por sus funciones la requieran. [ ]
52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013. [ ]
53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto. [ ]

VIII. FIRMAS

54. Firma del cotizante, cabeza de familia o beneficiario	55. Firma y sello del empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio
NARLY GARCES	

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad: CN [ ] RC [ ] TI [ ] CC [ ] PA [ ] CE [ ] CD [ ] SC [ ] Cantidad: [ ] Total [ ]
57. Copia del dictamen de la 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 declara la unión marital. [ ]
59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la cesación de efectos y escritura pública, acta de conciliación judicial que declara la disolución 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 práctica de la prueba ordenada o el certificado de defunción de los padres o la declaración jurada con el contenido sobre la ausencia de los mismos. [ ]
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 providencias de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o no cotizante en situación de oficio. [ ]

nueva eps
Radicado No D.PEÑALOZA
Fecha: 03/10/2022 C1361

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL