CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS

CONTRATANTE:	**FUNDACION COLOMBIA DE ACCION HUMANITARIA-FUCAH**
NIT:	900285578-2
CONTRATISTA:	**ANGIE CAROLINA DIMAS RODRIGUEZ**
IDENTIFICACIÓN:	C.C. 1.005.322.619
TELÉFONO:	3042531588
DIRECCIÓN:	CALLE 72 n° 34 A 09 SAN JUDAS BARRANCABERMEJA.
OBJETO:	"PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA DEL CENTRO VIDA FUNDACION COLOMBIA DE ACCION HUMANITARIA FUCAH"
VALOR:	CUATRO MILLONES OCHOCIENTOS CINCUENTA Y UN MIL PESOS MCTE ($ 4.851.000 MCTE).
FECHA DE INICIO:	5 DE OCTUBRE DEL 2022
RÉGIMEN TRIBUTARIO:	Régimen Simplificado
DURACIÓN:	SESENTA Y TRES (63) DIAS CALENDARIOS PROGRAMADOS (LUNES A SABADO INCLUYENDO FESTIVOS)
SUPERVISOR:	RAMON GOYENECHE BARRAGAN

Entre los suscritos a saber: **RAMON GOYENECHE BARRAGAN**, identificada con la cedula de ciudadanía número 5.671.864 de Lebrija, quien actúa en representación legal de la **FUNDACION COLOMBIA DE ACCION HUMANITARIA CENTRO VIDA FUCAH** con NIT N°: 900285578-2, y quien para los efectos de este contrato se denominará EL CONTRATANTE; y por otra parte **ANGIE CAROLINA DIMAS RODRIGUEZ**, mayor de edad, identificado con cédula de ciudadanía C.C. 1.005.322.619, actuando en nombre propio, con capacidad para contratar, quien manifiesta no estar incurso en las causales de inhabilidad e incompatibilidad contempladas en el artículo 8 de la ley 80 de 1993,en la Constitución o en la ley Colombiana, ni tiene obligaciones parafiscales pendientes que le impidan contratar, declaración que se entiende prestada con la firma del presente contrato y quién en adelante y para los efectos legales de este contrato se denominará EL CONTRATISTA, hemos convenido celebrar el presente CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS, previas consideraciones que se señalan a continuación: Que LA **FUNDACION COLOMBIA DE ACCION HUMANITARIA CENTRO VIDA FUCAH** 2, tiene la necesidad de contratar: 1.Los servicios en el área de auxiliar de enfermeria del centro vida de la **FUNDACION COLOMBIA DE ACCION HUMANITARIA CENTRO VIDA FUCAH** 2. Cuidar y devolver los equipos que le fueron asignados

para su gestión. 3. Pagar la seguridad social integral. **SEGUNDA- VALOR DEL CONTRATO Y FORMA DE PAGO:** Para todos los efectos legales el valor del presente contrato es por la suma de CUATRO MILLONES OCHOCIENTOS CINCUENTA Y UN MIL PESOS MCTE ($ 4.851.000 MCTE). Dividido en pagos mensuales por un valor de DOS MILLONES CUATROCIENTOS VEINTICINCO MIL QUINIENTOS PESOS MCTE : al finalizar los 30 días calendarios programados de lunes a sábado incluyendo los días festivos, previa presentación del pago de seguridad social integral. **TERCERA: DURACION DEL CONTRATO:** El presente contrato tendrá una duración de sesenta y tres (63) días hábiles de lunes a sábado incluyendo días festivos, contados a partir de la fecha de firma del acta de inicio del convenio 5456-22. **CUARTA: PROHIBICION DE CESION Y SUSTITUCION,** el contratista no podrá ceder a ningún título a persona natural o jurídica, las obligaciones adquiridas mediante este contrato, salvo que exista autorización expresa y escrita del contratante. **QUINTA: INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES O ANTECEDENTES**, el contratista declara bajo la gravedad de juramento que no le asiste ningún tipo de inhabilidad de las señaladas en la Ley o antecedentes disciplinarios, fiscales o judiciales que impida la celebración del presente contrato. **SEXTA: SUPERVISION DEL CONTRATO**, La supervisión del contrato será ejercida por la Representante Legal del contratante, la cual se encargará de evaluar, aprobar o rechazar el servicio contratado y dar el visto bueno para el pago del contrato, con el lleno de requisitos. **SEPTIMA: OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA:** Son obligaciones del contratista las siguientes: 1. Disponer de todos los implementos necesarios que se llegare a requerir para ejecución de las actividades. 2. Será responsable de tener su dotación acorde a su actividad 3. Cumplir a cabalidad todas las obligaciones que aparecen relacionadas en este contrato. **OCTAVA: OBLIGACIONES DEL CONTRATANTE**: 1. Prestar el apoyo en la ejecución del objeto contractual. 2. Cancelar los honorarios en la forma pactada. **NOVENA: NATURALEZA DEL CONTRATO:** El presente contrato se rige por las normas del código civil, código de comercio. **DECIMA: IMPUESTOS TASAS Y CONTRIBUCIONES:** Los impuestos gravámenes y tasas que pueden ocasionarse por la celebración y ejecución del contrato son a cargo del contratista. **DECIMO PRIMERA: GASTOS:** El desplazamiento al sitio donde prestara los servicios para el cumplimiento del objeto contractual serán por cuenta del contratante. **DECIMA SEGUNDA: PERFECCIONAMIENTO**: El presente contrato se perfecciona con la firma de las partes y en constancia.

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS

CONTRATANTE

Ramon Goyeneche B

RAMON GOYENECHE BARRAGAN
5.671.864 de Lebrija
Representante Legal

CONTRATISTA

Angie Dimas

ANGIE CAROLINA DIMAS RODRIGUEZ
C.C 1.005.322.619

FUCAH
Fundación Colombiana de Acción Humanitaria

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

"Código Únicamente 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 [ ] D. Independiente [X] C. Pensionado [ ]
CÓDIGO:
FECHA DE LA SOLICITUD: DÍA | MES | AÑO
A. AFILIACIÓN

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

6. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS
PRIMER APELLIDO: DIMAS | SEGUNDO APELLIDO: RODRIGUEZ | PRIMER NOMBRE: ANGIE | SEGUNDO NOMBRE: CAROLINA
7. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: CC | 8. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1.005.322.619 | 9. SEXO: M | 10. FECHA NACIMIENTO: 07 02 2001

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

11. ORIGEN: Código | 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: COLPENSIONES | 17. INGRESO BASE DE COTIZACIÓN - IBC: $ 1,000,000 | 18. DIRECCIÓN DE RESIDENCIA: CL 72 34A 11 | ZONA: U. [X] R. [ ] | LOCALIDAD / COMUNA | BARRIO
CIUDAD / MUNICIPIO: B/BERMEJA | DEPARTAMENTO: SANTANDER | TELÉFONO FIJO | TELÉFONO CELULAR: 3007085626 | CORREO ELECTRÓNICO | CÓDIGO IPS

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

19. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS
PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE
20. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD | 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. ETNIA	31. DISCAPACIDAD: Tipo	Condición
1									
2									
3									
4									

	32. DATOS DE RESIDENCIA: Ciudad / Municipio	Departamento	Zona	Teléfono Fijo	Teléfono Móvil	33. VALOR UPC AFILIADO ADICIONAL (que reconocerá la EPS)	34. Nombre de la institución prestadora de servicios de salud (IPS)	NIVEL DE SISBÉN	COPAGO PAGO ADICIONAL
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. C.D. NIT | 37. Número documento de identidad | DV | 38. Tipo de aportante o pagador de pensiones

39. UBICACIÓN O DIRECCIÓN | PAÍS | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | TELÉFONO FIJO | CORREO ELECTRÓNICO

FECHA INICIO DE RELACIÓN LABORAL: 05 10 2022 | CARGO: ENFERMERA | SALARIO: $ 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 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 TRÁMITE DE PROTECCIÓN AL DESEMPLEO [ ]
17. REPORTE DE LA CALIDAD DE PREPENSIONADO [ ]
18. REPORTE DE LA CALIDAD DE PENSIONADO [ ]

VII. 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

VIII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

Declaración Juramentada de convivencia: Declaro que convivo con el(la) Señor(a) _____ identificado(a) con _____ No. _____ desde el día _____ del mes _____ del año _____
46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales: Declaro bajo la gravedad de juramento que el(los) beneficiario(s) reportado(s) dependen económicamente de mí.
47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios. Anexo soporte 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: ANGIE DIMAS
55. Firma y sello del empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad: CN [ ] RC [ ] TI [ ] 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 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 petición de la pareja unificada o el certificado de defunción de los padres o la declaración juramentada con el cotizante, sobre la ausencia de progenitores.
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 beneficiarios o su retiro o la solicitud de oficio.

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

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

COMPROBANTE DE RADICACIÓN DE LA AFILIACIÓN DEL DIA 03/10/2022

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo documento:	NI	**Número de documento:**	900285578	**Cédula Usuario:**	CC 1096246113
Nombre:	FUNDACION COLOMBIA DE ACCION HUMANITARIA				
Dirección:	KR 52 37A 155 ALTOS DEL CAMPESTRE				
Departamento:	SANTANDER		**Municipio:**	BARRANCABERMEJA	
Correo electrónico:	FUCAH2009@GMAIL.COM				
Teléfono:	3108636761		**Tarifa:**	0.522	
Actividad Económica:	1853201 EMPRESAS DE SERVICIOS SOCIALES SIN ALOJAMIENTO INCLUYE ACTIVIDADES SOCIALES DE ASESORAMIENTO, BIENESTAR, ALBERGUE, ORIENTACION Y ACTIVIDADES SIMILARES PRESTADAS A PERSONAS Y FAMILIAS EN SUS HOGARES Y EN OTROS LUGARES, LA PRESTACION DIRECTA DE BIENESTAR SOCIAL Y DE INDOLE CONEXA, LAS ACTIVIDADES DE LAS GUARDERIAS INFANTILES, ACTIVIDADES RELACIONADAS CON LA ADOPCION, ACTIVIDADES RELATIVAS AL ALBERGUE DE VICTIMAS DE DESASTRES ETC.				

DATOS DEL USUARIO QUE REALIZA LA RADICACIÓN

Cédula Usuario	Nombres y Apellidos del Usuario
CC 1096246113	NEFTALI MANDON QUINTERO

DATOS AFILIADOS RADICADOS

	Radicado	Cobertura	Documento	Nombre Trabajador	Riesgo	Tarifa	Tipo
1	17	05/10/2022	CC 1005322619	DIMAS RODRIGUEZ ANGIE	1	0.522	Independiente

OBSERVACIONES

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

MRS_4_1_3_FR15 v_04

Cordial saludo,

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

256AD5CC1F13F2C69EFEC43E1B8F5A6B Certificado impreso el día 10/3/2022 11:41:43 PM por el portal de empresas Edesk

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 **ANGIE CAROLINA DIMAS RODRIGUEZ** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1005322619,** se encuentra afiliado/a desde **01/08/2020** 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 03 de octubre 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.

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS

CONTRATANTE:	**FUNDACION COLOMBIA DE ACCION HUMANITARIA-FUCAH**
NIT:	900285578-2
CONTRATISTA:	**ANGY CAROLINA AFANADOR OROZCO**
IDENTIFICACIÓN:	C.C. 1.005.182.699
TELÉFONO:	3102526593
DIRECCIÓN:	CALLE 37 N° CASA 14 BARRIO LAS PALMAS BARRANCABERMEJA.
OBJETO:	"PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA DEL CENTRO VIDA FUNDACION COLOMBIA DE ACCION HUMANITARIA FUCAH"
VALOR:	CUATRO MILLONES OCHOCIENTOS CINCUENTA Y UN MIL PESOS MCTE ($ 4.851.000 MCTE).
FECHA DE INICIO:	05 DE OCTUBRE 2022
RÉGIMEN TRIBUTARIO:	Régimen Simplificado
DURACIÓN:	SESENTA Y TRES (63) DIAS CALENDARIOS PROGRAMADOS (LUNES A SABADO INCLUYENDO FESTIVOS)
SUPERVISOR:	RAMON GOYENECHE BARRAGAN

Entre los suscritos a saber: **RAMON GOYENECHE BARRAGAN**, identificada con la cedula de ciudadanía número 5.671.864 de Lebrija, quien actúa en representación legal de la **FUNDACION COLOMBIA DE ACCION HUMANITARIA CENTRO VIDA FUCAH** con NIT N°: 900285578-2, y quien para los efectos de este contrato se denominará EL CONTRATANTE; y por otra parte **ANGY CAROLINA AFANADOR OROZCO**, mayor de edad, identificado con cédula de ciudadanía C.C. 1.005.182.699, actuando en nombre propio, con capacidad para contratar, quien manifiesta no estar incurso en las causales de inhabilidad e incompatibilidad contempladas en el artículo 8 de la ley 80 de 1993,en la Constitución o en la ley Colombiana, ni tiene obligaciones parafiscales pendientes que le impidan contratar, declaración que se entiende prestada con la firma del presente contrato y quién en adelante y para los efectos legales de este contrato se denominará EL CONTRATISTA, hemos convenido celebrar el presente CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS, previas consideraciones que se señalan a continuación: Que LA **FUNDACION COLOMBIA DE ACCION HUMANITARIA CENTRO VIDA FUCAH** 2, tiene la necesidad de contratar: 1.Los servicios en el área de auxiliar de enfermería del centro vida de la **FUNDACION COLOMBIA DE ACCION**

HUMANITARIA CENTRO VIDA FUCAH 2. Cuidar y devolver los equipos que le fueron asignados para su gestión. 3. Pagar la seguridad social integral. **SEGUNDA- VALOR DEL CONTRATO Y FORMA DE PAGO:** Para todos los efectos legales el valor del presente contrato es por la suma de CUATRO MILLONES OCHOCIENTOS CINCUENTA Y UN MIL PESOS MCTE ($ 4.851.000 MCTE). Dividido en pagos mensuales por un valor de DOS MILLONES CUATROCIENTOS VEINTICINCO MIL QUINIENTOS PESOS MCTE. Dividido en pagos al finalizar los 30 días calendarios programados de lunes a sábado incluyendo los días festivos, previa presentación del pago de seguridad social integral. **TERCERA: DURACION DEL CONTRATO:** El presente contrato tendrá una duración de sesenta y tres (63) días hábiles de lunes a sábado incluyendo días festivos, contados a partir de la fecha de firma del acta de inicio del convenio 5456-21. **CUARTA: PROHIBICION DE CESION Y SUSTITUCION,** el contratista no podrá ceder a ningún título a persona natural o jurídica, las obligaciones adquiridas mediante este contrato, salvo que exista autorización expresa y escrita del contratante. **QUINTA: INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES O ANTECEDENTES**, el contratista declara bajo la gravedad de juramento que no le asiste ningún tipo de inhabilidad de las señaladas en la Ley o antecedentes disciplinarios, fiscales o judiciales que impida la celebración del presente contrato. **SEXTA: SUPERVISION DEL CONTRATO**, La supervisión del contrato será ejercida por la Representante Legal del contratante, la cual se encargará de evaluar, aprobar o rechazar el servicio contratado y dar el visto bueno para el pago del contrato, con el lleno de requisitos. **SEPTIMA: OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA:** Son obligaciones del contratista las siguientes: 1. Disponer de todos los implementos necesarios que se llegare a requerir para ejecución de las actividades. 2. Será responsable de tener su dotación acorde a su actividad 3. Cumplir a cabalidad todas las obligaciones que aparecen relacionadas en este contrato. **OCTAVA: OBLIGACIONES DEL CONTRATANTE**: 1. Prestar el apoyo en la ejecución del objeto contractual. 2. Cancelar los honorarios en la forma pactada. **NOVENA: NATURALEZA DEL CONTRATO:** El presente contrato se rige por las normas del código civil, código de comercio. **DECIMA: IMPUESTOS TASAS Y CONTRIBUCIONES:** Los impuestos gravámenes y tasas que pueden ocasionarse por la celebración y ejecución del contrato son a cargo del contratista. **DECIMO PRIMERA: GASTOS:** El desplazamiento al sitio donde prestara los servicios para el cumplimiento del objeto contractual serán por cuenta del contratante. **DECIMA SEGUNDA: PERFECCIONAMIENTO**: El presente contrato se perfecciona con la firma de las partes y en constancia.

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS

CONTRATANTE	CONTRATISTA
Ramon Goyeneche B.	Angy Carolina Afanador O.
RAMON GOYENECHE BARRAGAN	**ANGY CAROLINA AFANADOR OROZCO**
5.671.864 de Lebrija	C.C. 1.005.182.699
Representante Legal	

FUCAH
Fundación Colombiana de Acción Humanitaria

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

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva eps
gente cuidando gente
NIT 900.156.264-2

"Código ÚNICAMENTE para dependientes y afiliaciones al Régimen Subsidiado"

FORMULARIO VÍA WEB

Lea atentamente las instrucciones antes de diligenciar este formulario

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. TIPO DE TRÁMITE: A. AFILIACIÓN [ ] B. REPORTE DE NOVEDADES [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 [ ] B. Independiente [X] C. Pensionado [ ]
CÓDIGO
FECHA DE LA SOLICITUD: DÍA | MES | AÑO

A. AFILIACIÓN

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

6. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS
PRIMER APELLIDO: AFANADOR | SEGUNDO APELLIDO: OROZCO | PRIMER NOMBRE: ANGY | SEGUNDO NOMBRE: CAROLINA
7. TIPO DE IDENTIDAD: RC TI [ ] CC [X] CE PA CD SC | 8. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1.005.182.699 | 9. SEXO: F [X] M [ ] | 10. FECHA NACIMIENTO: 07 03 2000

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

11. ORIGEN: Código CÚNICO | 12. DISCAPACIDAD: Tipo F I M | Condición T F | 13. PUNTAJE Y NIVEL DEL SISBEN | 14. GRUPO DE POBLACIÓN ESPECIAL | 15. ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES: POSITIVA
16. ADMINISTRADORA DE PENSIONES: PORVENIR | 17. INGRESO BASE DE COTIZACIÓN: $ 1,000,000 | 18. DIRECCIÓN DE RESIDENCIA: CL 37 CASA 14 | ZONA: U. [X] R. [ ] | LOCALIDAD / COMUNA | BARRIO
CIUDAD / MUNICIPIO: B/BERMEJA | DEPARTAMENTO: SANTANDER | TELÉFONO FIJO | TELÉFONO MÓVIL: 3102526593 | CORREO ELECTRÓNICO | CÓDIGO IPS

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

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

19. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS
PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE
20. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: TI RC 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. EDAD	31. DISCAPACIDAD: Tipo	Condición
1				F M				F I M	T F
2				F M				F I M	T F
3				F M				F I M	T F
4				F M				F I M	T F

	32. DATOS DE RESIDENCIA: Ciudad / Mpio.	Departamento	Zona	Teléfono Fijo	Teléfono Móvil	33. VALOR UPC AFILIADO ADICIONAL (Los Adicionales la EPS)	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: NI CE PA CD NIT | 37. Número documento de identidad | DV | 38. Tipo de aportante o pagador de pensiones

39. UBICACIÓN O DIRECCIÓN | DEPARTAMENTO | CIUDAD | TELÉFONO FIJO | TELÉFONO MÓVIL | CORREO ELECTRÓNICO

FECHA INICIO DE RELACIÓN LABORAL: 05 10 2022 | CARGO: AUX. ENFERMERIA | SALARIO: $ 1,000,000

B. REPORTE DE NOVEDADES

49. 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 NO CORRECCIÓN DE DATOS COMPLEMENTARIOS [ ]
5. TERMINACIÓN DE LA INSCRIPCIÓN EN LA EPS [ ] Código
6. REINSCRIPCIÓN EN LA EPS [ ]
7. INCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES [ ]
8. EXCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES [ ]
9. INICIO DE RELACIÓN LABORAL O ADQUISICIÓN DE CONDICIONES PARA COTIZAR [ ]
10. TERMINACIÓN DE LA RELACIÓN LABORAL O PÉRDIDA DE LAS CONDICIONES PARA SEGUIR COTIZANDO [ ]
11. VINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS [ ]
12. DESVINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS [ ]
13. MOVILIDAD
A) AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO [ ]
B) AL RÉGIMEN SUBSIDIADO [ ]
14. TRASLADO
A) MISMO RÉGIMEN [ ]
B) DIFERENTE RÉGIMEN [ ]
15. REPORTE DE FALLECIMIENTO [ ]
16. REPORTE DEL TRÁMITE DE PROTECCIÓN AL CESANTE [ ]
17. REPORTE DE LA CALIDAD DE PREPENSIONADO [ ]
18. REPORTE DE LA CALIDAD DE PENSIONADO [ ]

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN
PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE
TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: RC TI CC CE PA CD SC | NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD | SEXO: F M | FECHA NACIMIENTO: DÍA MES AÑO

42. FECHA (a partir de): DÍA MES AÑO | 43. EPS ANTERIOR Código | 44. 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) (los) beneficiario(s) reportado(s) dependen económicamente de mí. [ ]
47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción. [ ]
48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que 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 Unidad de Pago de afiliados vigentes y 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 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: ANGY AFANADOR

55. Firma y sello del empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad: CN [ ] RC [ ] TI [ ] CC [ ] PA [ ] CE [ ] LC [ ] 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 declaren el divorcio, sentencia judicial que declare la cesación de efectos civiles 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 consten la aceptación o la prima unilateral o el certificado de defunción de los padres o la declaración jurada con el contenido 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 providencias de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio. [ ]

nueva eps
Radicado No D. PEÑALOZA
Fecha: 04/10/2022 C1361

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

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:**	900285578	**Cédula Usuario:**	CC 1096246113
Nombre:	FUNDACION COLOMBIA DE ACCION HUMANITARIA				
Dirección:	KR 52 37A 155 ALTOS DEL CAMPESTRE				
Departamento:	SANTANDER		**Municipio:**	BARRANCABERMEJA	
Correo electrónico:	FUCAH2009@GMAIL.COM				
Teléfono:	3108636761		**Tarifa:**	0.522	
Actividad Económica:	1853201 EMPRESAS DE SERVICIOS SOCIALES SIN ALOJAMIENTO INCLUYE ACTIVIDADES SOCIALES DE ASESORAMIENTO, BIENESTAR, ALBERGUE, ORIENTACION Y ACTIVIDADES SIMILARES PRESTADAS A PERSONAS Y FAMILIAS EN SUS HOGARES Y EN OTROS LUGARES, LA PRESTACION DIRECTA DE BIENESTAR SOCIAL Y DE INDOLE CONEXA, LAS ACTIVIDADES DE LAS GUARDERIAS INFANTILES, ACTIVIDADES RELACIONADAS CON LA ADOPCION, ACTIVIDADES RELATIVAS AL ALBERGUE DE VICTIMAS DE DESASTRES ETC.				

DATOS DEL USUARIO QUE REALIZA LA RADICACIÓN

Cédula Usuario	Nombres y Apellidos del Usuario
CC 1096246113	NEFTALI MANDON QUINTERO

DATOS AFILIADOS RADICADOS

	Radicado	Cobertura	Documento	Nombre Trabajador	Riesgo	Tarifa	Tipo
1	20	05/10/2022	CC 1005182699	AFANADOR OROZCO ANGY	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.

256AD5CC1F13F2C69EFEC43E1B8F5A6B Certificado impreso el dia 10/4/2022 1:40:35 AM por el portal de empresas Edesk

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:

ANGY CAROLINA AFANADOR OROZCO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.005.182.699**, 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:

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.

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS

CONTRATANTE:	**FUNDACION COLOMBIA DE ACCION HUMANITARIA-FUCAH**
NIT:	900285578-2
CONTRATISTA:	**EYLIN CAROLINA REY OCHOA**
IDENTIFICACIÓN:	C.C. 37.443.867
TELÉFONO:	3103232560
DIRECCIÓN:	Calle 75ª # 15-31 casa 36 los periodistas BARRANCABERMEJA.
OBJETO:	"PRESTACION DE SERVICIOS COMO PROFESIONAL EN FISIOTERAPIA DEL CENTRO VIDA FUNDACION COLOMBIA DE ACCION HUMANITARIA FUCAH"
VALOR:	SEIS MILLONES OCHOCIENTOS SESENTA MIL SETESIENTOS PESOS MCTE ($ 6.860.700 MCTE).
FECHA DE INICIO:	05 DE OCTUBRE 2022
RÉGIMEN TRIBUTARIO:	Régimen Simplificado
DURACIÓN:	SESENTA Y TRES (63) DIAS CALENDARIOS PROGRAMADOS (LUNES A SABADO INCLUYENDO FESTIVOS)
SUPERVISOR:	RAMON GOYENECHE BARRAGAN

Entre los suscritos a saber: **RAMON GOYENECHE BARRAGAN**, identificada con la cedula de ciudadanía número 5.671.864 de Lebrija, quien actúa en representación legal de la **FUNDACION COLOMBIA DE ACCION HUMANITARIA CENTRO VIDA FUCAH** con NIT Nº: 900285578-2, y quien para los efectos de este contrato se denominará EL CONTRATANTE; y por otra parte **EYLIN CAROLINA REY OCHOA**, mayor de edad, identificado con cédula de ciudadanía C.C. 37.443.867, actuando en nombre propio, con capacidad para contratar, quien manifiesta no estar incurso en las causales de inhabilidad e incompatibilidad contempladas en el artículo 8 de la ley 80 de 1993,en la Constitución o en la ley Colombiana, ni tiene obligaciones parafiscales pendientes que le impidan contratar, declaración que se entiende prestada con la firma del presente contrato y quién en adelante y para los efectos legales de este contrato se denominará EL CONTRATISTA, hemos convenido celebrar el presente CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS, previas consideraciones que se señalan a continuación: Que LA **FUNDACION COLOMBIA DE ACCION HUMANITARIA CENTRO VIDA FUCAH** 2, tiene la necesidad de contratar: 1.Los servicios en el área de fisioterapia del centro vida de la

FUNDACION COLOMBIA DE ACCION HUMANITARIA CENTRO VIDA FUCAH 2. Cuidar y devolver los equipos que le fueron asignados para su gestión. 3. Pagar la seguridad social integral. **SEGUNDA- VALOR DEL CONTRATO Y FORMA DE PAGO:** Para todos los efectos legales el valor del presente contrato es por la suma de SEIS MILLONES OCHOCIENTOS SESENTA MIL SETESIENTOS PESOS MCTE ($ 6.860.700 MCTE). Dividido en pagos mensuales por un valor de TRES MILLONES CUATROCIENTOS TREINTA MIL TRECIENTOS CINCUENTA PESOS MCTE: (3.430.350 MCTE) al finalizar los 30 días calendarios programados de lunes a sábado incluyendo los días festivos, previa presentación del pago de seguridad social integral. **TERCERA: DURACION DEL CONTRATO:** El presente contrato tendrá una duración de sesenta y tres (63) días hábiles de lunes a sábado incluyendo días festivos, contados a partir de la fecha de firma del acta de inicio del convenio 5456-22. **CUARTA: PROHIBICION DE CESION Y SUSTITUCION,** el contratista no podrá ceder a ningún título a persona natural o jurídica, las obligaciones adquiridas mediante este contrato, salvo que exista autorización expresa y escrita del contratante. **QUINTA: INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES O ANTECEDENTES**, el contratista declara bajo la gravedad de juramento que no le asiste ningún tipo de inhabilidad de las señaladas en la Ley o antecedentes disciplinarios, fiscales o judiciales que impida la celebración del presente contrato. **SEXTA: SUPERVISION DEL CONTRATO**, La supervisión del contrato será ejercida por la Representante Legal del contratante, la cual se encargará de evaluar, aprobar o rechazar el servicio contratado y dar el visto bueno para el pago del contrato, con el lleno de requisitos. **SEPTIMA: OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA:** Son obligaciones del contratista las siguientes: 1. Disponer de todos los implementos necesarios que se llegare a requerir para ejecución de las actividades. 2. Será responsable de tener su dotación acorde a su actividad 3. Cumplir a cabalidad todas las obligaciones que aparecen relacionadas en este contrato. **OCTAVA: OBLIGACIONES DEL CONTRATANTE**: 1. Prestar el apoyo en la ejecución del objeto contractual. 2. Cancelar los honorarios en la forma pactada. **NOVENA: NATURALEZA DEL CONTRATO:** El presente contrato se rige por las normas del código civil, código de comercio. **DECIMA: IMPUESTOS TASAS Y CONTRIBUCIONES:** Los impuestos gravámenes y tasas que pueden ocasionarse por la celebración y ejecución del contrato son a cargo del contratista. **DECIMO PRIMERA: GASTOS:** El desplazamiento al sitio donde prestara los servicios para el cumplimiento del objeto contractual serán por cuenta del contratante. **DECIMA SEGUNDA: PERFECCIONAMIENTO**: El presente contrato se perfecciona con la firma de las partes y en constancia.

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS

CONTRATANTE

Ramon Goyeneche B

RAMON GOYENECHE BARRAGAN
5.671.864 de Lebrija
Representante Legal

CONTRATISTA

Eylin C Rey O

EYLIN CAROLINA REY OCHOA
C.C. 37.443.867

FUCAH
Fundacion Colombiana de Accion Humanitaria

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

NIT 800.130.907-4

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

CONSECUTIVO No.

No. de Radicación | Fecha de Radicación D D M M A A A A

I. DATOS DEL TRÁMITE

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

2. Tipo de Afiliación: A. Individual: -Cotizante o Cabeza de Familia [X] -Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]

3. Régimen: A. Contributivo [X] B. Subsidiado [ ]

4. Tipo de afiliado: A. Cotizante [X] B. Cabeza de Familia [ ] C. Beneficiario [ ]

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

Código (a registrar por la EPS)

A. AFILIACIÓN

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

6. Apellidos y nombres			
Primer Apellido: REY	Segundo Apellido: OCHOA	Primer nombre: EYLIN	Segundo nombre: CAROLINA

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CC	37.443.867	Femenino [X] Masculino [ ]	17 04 1983

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBEN	14. Grupo de población especial
	Tipo [ ] [ ] [ ] Condición [ ] [ ]		

15. Administradora de Riesgos Laborales -ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotización -IBC
POSITIVA	PROTECCION	$ 1,372,140

18. Residencia	Teléfono Fijo		
CL 75 A 15 31	3103232560	eylinrey.ochoa@gmail.com	
Municipio/Distrito: BARRANCABERMEJA	Zona: Urbana [X] Rural [ ]	Localidad/Comuna	Departamento: 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 Femenino	27. Sexo Masculino	28. Fecha de nacimiento
B1					D D M M A A A A
B2					D D M M A A A A
B3					D D M M A A A A
B4					D D M M A A A A
B5					D D M M A A A A

Datos complementarios

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

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

Selección de la IPS Primaria

34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C	
B	
B	
B	
B	
B	

Salud Total EPS-S

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

F385-RVA V.1.0-2016

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

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

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo documento:	NI	**Número de documento:**	900285578	**Cédula Usuario:**	CC 1096246113
Nombre:	FUNDACION COLOMBIA DE ACCION HUMANITARIA				
Dirección:	KR 52 37A 155 ALTOS DEL CAMPESTRE				
Departamento:	SANTANDER		**Municipio:**	BARRANCABERMEJA	
Correo electrónico:	FUCAH2009@GMAIL.COM				
Teléfono:	3108636761		**Tarifa:**	0.522	
Actividad Económica:	1853201 EMPRESAS DE SERVICIOS SOCIALES SIN ALOJAMIENTO INCLUYE ACTIVIDADES SOCIALES DE ASESORAMIENTO, BIENESTAR, ALBERGUE, ORIENTACION Y ACTIVIDADES SIMILARES PRESTADAS A PERSONAS Y FAMILIAS EN SUS HOGARES Y EN OTROS LUGARES, LA PRESTACION DIRECTA DE BIENESTAR SOCIAL Y DE INDOLE CONEXA, LAS ACTIVIDADES DE LAS GUARDERIAS INFANTILES, ACTIVIDADES RELACIONADAS CON LA ADOPCION, ACTIVIDADES RELATIVAS AL ALBERGUE DE VICTIMAS DE DESASTRES ETC.				

DATOS DEL USUARIO QUE REALIZA LA RADICACIÓN

Cédula Usuario	Nombres y Apellidos del Usuario
CC 1096246113	NEFTALI MANDON QUINTERO

DATOS AFILIADOS RADICADOS

	Radicado	Cobertura	Documento	Nombre Trabajador	Riesgo	Tarifa	Tipo
1	18	05/10/2022	CC 37443867	REY OCHOA EYLIN	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.

256AD5CC1F13F2C69EFEC43E1B8F5A6B

Certificado impreso el día 10/4/2022 1:05:54 AM por el portal de empresas Edesk

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) *Señor(a)* **REY OCHOA EYLIN CAROLINA** *identificado(a) con* **CC** *número* **37.443.867** *se encuentra afiliado(a)* en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 02 de octubre de 2008 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 04 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

20221004010003

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS

CONTRATANTE:	**FUNDACION COLOMBIA DE ACCION HUMANITARIA-FUCAH**
NIT:	900285578-2
CONTRATISTA:	**JOSE LUIS QUIROGA ARRIETA**
IDENTIFICACIÓN:	C.C. 1.096.223.626
TELÉFONO:	3108420072
DIRECCIÓN:	CALLE 50 N 15-73 COLOMBIA BARRANCABERMEJA.
OBJETO:	"PRESTACION DE SERVICIOS COMO PROFESIONAL EN DEPORTE Y RECREACION DEL CENTRO VIDA FUNDACION COLOMBIA DE ACCION HUMANITARIA FUCAH"
VALOR:	SEIS MILLONES CUATROCIENTOS CUARENTA Y CUATRO MIL NOVECIENTOS PESOS MCTE ($ 6.444.900 MCTE).
FECHA DE INICIO:	05 DE OCTUBRE
RÉGIMEN TRIBUTARIO:	Régimen Simplificado
DURACIÓN:	SESENTA Y TRES (63) DIAS CALENDARIOS PROGRAMADOS (LUNES A SABADO INCLUYENDO FESTIVOS)
SUPERVISOR:	RAMON GOYENECHE BARRAGAN

Entre los suscritos a saber: **RAMON GOYENECHE BARRAGAN**, identificada con la cedula de ciudadanía número 5.671.864 de Lebrija, quien actúa en representación legal de la **FUNDACION COLOMBIA DE ACCION HUMANITARIA CENTRO VIDA FUCAH** con NIT Nº: 900285578-2, y quien para los efectos de este contrato se denominará EL CONTRATANTE; y por otra parte **JOSE LUIS QUIROGA ARRIETA**, mayor de edad, identificado con cédula de ciudadanía C.C. 1.096.223.626, actuando en nombre propio, con capacidad para contratar, quien manifiesta no estar incurso en las causales de inhabilidad e incompatibilidad contempladas en el artículo 8 de la ley 80 de 1993,en la Constitución o en la ley Colombiana, ni tiene obligaciones parafiscales pendientes que le impidan contratar, declaración que se entiende prestada con la firma del presente contrato y quién en adelante y para los efectos legales de este contrato se denominará EL CONTRATISTA, hemos convenido celebrar el presente CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS, previas consideraciones que se señalan a continuación: Que LA **FUNDACION COLOMBIA DE ACCION HUMANITARIA CENTRO VIDA FUCAH** 2, tiene la necesidad de contratar: 1.Los servicios en el área de recreación y deporte del centro vida de la **FUNDACION COLOMBIA DE ACCION HUMANITARIA CENTRO VIDA FUCAH** 2. Cuidar y devolver los equipos que le fueron asignados

para su gestión. 3. Pagar la seguridad social integral. **SEGUNDA- VALOR DEL CONTRATO Y FORMA DE PAGO:** Para todos los efectos legales el valor del presente contrato es por la suma de SEIS MILLONES CUATROCIENTOS CUARENTA Y CUATRO MIL NOVECIENTOS PESOS MCTE ($ 6.444.900 MCTE). Dividido en pagos mensuales de TRES MILLONES DOCIENTOS VEINTIDOSMIL CUATROCIENTOS CINCIENTA PESOS MCTE ($ 3.222.450MCTE).: al finalizar los 30 días calendarios programados de lunes a sábado incluyendo los días festivos, previa presentación del pago de seguridad social integral. **TERCERA: DURACION DEL CONTRATO:** El presente contrato tendrá una duración de sesenta y tres (63) días hábiles de lunes a sábado incluyendo días festivos, contados a partir de la fecha de firma del acta de inicio del convenio 5456-22. **CUARTA: PROHIBICION DE CESION Y SUSTITUCION,** el contratista no podrá ceder a ningún título a persona natural o jurídica, las obligaciones adquiridas mediante este contrato, salvo que exista autorización expresa y escrita del contratante. **QUINTA: INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES O ANTECEDENTES**, el contratista declara bajo la gravedad de juramento que no le asiste ningún tipo de inhabilidad de las señaladas en la Ley o antecedentes disciplinarios, fiscales o judiciales que impida la celebración del presente contrato. **SEXTA: SUPERVISION DEL CONTRATO**, La supervisión del contrato será ejercida por la Representante Legal del contratante, la cual se encargará de evaluar, aprobar o rechazar el servicio contratado y dar el visto bueno para el pago del contrato, con el lleno de requisitos. **SEPTIMA: OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA:** Son obligaciones del contratista las siguientes: 1. Disponer de todos los implementos necesarios que se llegare a requerir para ejecución de las actividades. 2. Será responsable de tener su dotación acorde a su actividad 3. Cumplir a cabalidad todas las obligaciones que aparecen relacionadas en este contrato. **OCTAVA: OBLIGACIONES DEL CONTRATANTE**: 1. Prestar el apoyo en la ejecución del objeto contractual. 2. Cancelar los honorarios en la forma pactada. **NOVENA: NATURALEZA DEL CONTRATO:** El presente contrato se rige por las normas del código civil, código de comercio. **DECIMA: IMPUESTOS TASAS Y CONTRIBUCIONES:** Los impuestos gravámenes y tasas que pueden ocasionarse por la celebración y ejecución del contrato son a cargo del contratista. **DECIMO PRIMERA: GASTOS:** El desplazamiento al sitio donde prestara los servicios para el cumplimiento del objeto contractual serán por cuenta del contratante. **DECIMA SEGUNDA: PERFECCIONAMIENTO**: El presente contrato se perfecciona con la firma de las partes y en constancia.

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS

CONTRATANTE

RAMON GOYENECHE BARRAGAN
5.671.864 de Lebrija
Representante Legal

CONTRATISTA

JOSE LUIS QUIROGA ARRIETA
C.C. 1.096.223.626

FUCAH
Fundación Colombiana de Acción Humanitaria

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 AFILIADO: A. Individual: a) Cotizante o Cabeza de familia [X] b) Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectivo [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]
3. RÉGIMEN: C. Contributivo [X] S. Subsidiado [ ]
4. TIPO DE AFILIADO: CO Cotizante [X] CF Cabeza de Familia [ ] BE Beneficiario [ ]
5. TIPO DE COTIZANTE: A. Dependiente [ ] B. Independiente [X] C. Pensionado [ ]
CÓDIGO:
FECHA DE LA SOLICITUD: DÍA: MES: AÑO:
6. AFILIACIÓN

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

6. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS
PRIMER APELLIDO: QUIROGA | SEGUNDO APELLIDO: ARRIETA | PRIMER NOMBRE: JOSE | SEGUNDO NOMBRE: LUIS
7. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: CC | 8. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1.096.223.626 | 9. SEXO: M | 10. FECHA NACIMIENTO: 12 09.1993

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

11. ORIGEN: Código ETNICO | 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: PROTECCION | 17. INGRESO BASE DE COTIZACIÓN - IBC: $ 1,289,000 | 18. DIRECCIÓN DE RESIDENCIA: CL 50 # 15-73 | ZONA U. [X] R. [ ] | LOCALIDAD / COMUNA | BARRIO
CIUDAD / MUNICIPIO: B/BERMEJA | DEPARTAMENTO: SANTANDER | TELÉFONO FIJO | TELÉFONO MÓVIL: 3108420072 | CORREO ELECTRÓNICO | CÓDIGO EPS

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: DÍA: MES: AÑO: | CÓDIGO EPS

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	Condición
1								F. M. M.	T. F.
2								F. M. M.	T. F.
3								F. M. M.	T. F.
4								F. M. M.	T. F.

	32. DATOS DE RESIDENCIA Ciudad / Munic.	Departamento	Zona	Teléfono Fijo	Tel Hogar Movil	33. VALOR IBC AFILIADO ADICIONAL (Se Aplicara la R.I.B)	34. Nombre de la Institución prestadora de servicios de salud (IPS)	NIVEL DE SISBEN	GRUPO POBLACIONAL
1			a. U. r. U.					I. II.	
2			a. U. r. U.					I. II.	
3			a. U. r. U.					I. II.	
4			a. U. 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 | 37. Número documento de identidad | DV | 38. Tipo de aportante o pagador de pensiones
39. UBICACIÓN O DIRECCIÓN | DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | BARRIO | TELÉFONO | CORREO ELECTRÓNICO
FECHA INICIO DE RELACIÓN LABORAL: 05 10 2022 | OCUPACIÓN: INSTRUC. DEPORTES | SALARIO: $ 1,288,000

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 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 TRÁMITE DE PROTECCIÓN AL CESANTE
17. REPORTE DE LA CALIDAD DE PREPENSIONADO
18. REPORTE DE LA CALIDAD DE PENSIONADO

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN
PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE
TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD | NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD | SEXO | FECHA NACIMIENTO: DÍA: MES: AÑO:
42. FECHA (a partir de): DÍA: MES: AÑO: | 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 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: JOSE QUIROGA
55. Firma y sello del empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad: CN [ ] RC [ ] TI [ ] 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 prescripción de la unión marital.
60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.
61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
62. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad o el consentido de donación de los padres o la declaración judicial en el mismo sentido, sobre la ausencia de los mismos.
63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.
64. Certificado 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 su reconocimiento.

nueva eps
Radicado No D.PEÑALOZA
Fecha: 04/10/2022 C1361

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **QUIROGA ARRIETA JOSE LUIS** identificado(a) con **CC** número **1.096.223.626** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 01 de julio de 2020 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 04 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

20221004012113

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

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

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo documento:	NI	**Número de documento:**	900285578	**Cédula Usuario:**	CC 1096246113
Nombre:	FUNDACION COLOMBIA DE ACCION HUMANITARIA				
Dirección:	KR 52 37A 155 ALTOS DEL CAMPESTRE				
Departamento:	SANTANDER		**Municipio:**	BARRANCABERMEJA	
Correo electrónico:	FUCAH2009@GMAIL.COM				
Teléfono:	3108636761		**Tarifa:**	0.522	
Actividad Económica:	1853201 EMPRESAS DE SERVICIOS SOCIALES SIN ALOJAMIENTO INCLUYE ACTIVIDADES SOCIALES DE ASESORAMIENTO, BIENESTAR, ALBERGUE, ORIENTACION Y ACTIVIDADES SIMILARES PRESTADAS A PERSONAS Y FAMILIAS EN SUS HOGARES Y EN OTROS LUGARES, LA PRESTACION DIRECTA DE BIENESTAR SOCIAL Y DE INDOLE CONEXA, LAS ACTIVIDADES DE LAS GUARDERIAS INFANTILES, ACTIVIDADES RELACIONADAS CON LA ADOPCION, ACTIVIDADES RELATIVAS AL ALBERGUE DE VICTIMAS DE DESASTRES ETC.				

DATOS DEL USUARIO QUE REALIZA LA RADICACIÓN

Cédula Usuario	Nombres y Apellidos del Usuario
CC 1096246113	NEFTALI MANDON QUINTERO

DATOS AFILIADOS RADICADOS

	Radicado	Cobertura	Documento	Nombre Trabajador	Riesgo	Tarifa	Tipo
1	19	05/10/2022	CC 1096223626	QUIROGA ARRIETA JOSE	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.

256AD5CC1F13F2C69EFEC43E1B8F5A6B

Certificado impreso el día 10/4/2022 1:25:35 AM por el portal de empresas Edesk

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS

CONTRATANTE:	**FUNDACION COLOMBIA DE ACCION HUMANITARIA-FUCAH**
NIT:	900285578-2
CONTRATISTA:	**LUZ DARY HERNANDEZ PALENCIA**
IDENTIFICACIÓN:	C.C. 63.460.970
TELÉFONO:	3134050476
DIRECCIÓN:	Trasversal 42ª No. 58ª - 03 BARRANCABERMEJA.
OBJETO:	"PRESTACION DE SERVICIOS COMO MANIPULADORA DE ALIMENTOS DEL CENTRO VIDA FUNDACION COLOMBIA DE ACCION HUMANITARIA FUCAH"
VALOR:	DOS MILLONES SEISCIENTOS VEINTIOCHO MIL PESOS ($ 2.628.000 MCTE).
FECHA DE INICIO:	SEGÚN ACTA DE INICIO
RÉGIMEN TRIBUTARIO:	Régimen Simplificado
DURACIÓN:	SESENTA Y TRES (63) DIAS CALENDARIOS PROGRAMADOS (LUNES A SABADO INCLUYENDO FESTIVOS)
SUPERVISOR:	RAMON GOYENECHE BARRAGAN

Entre los suscritos a saber: **RAMON GOYENECHE BARRAGAN**, identificada con la cedula de ciudadanía número 5.671.864 de Lebrija, quien actúa en representación legal de la **FUNDACION COLOMBIA DE ACCION HUMANITARIA CENTRO VIDA FUCAH** con NIT Nº: 900285578-2, y quien para los efectos de este contrato se denominará EL CONTRATANTE; y por otra parte **LUZ DARY HERNANDEZ PALENCIA**, mayor de edad, identificado con cédula de ciudadanía C.C. 63.460.970, actuando en nombre propio, con capacidad para contratar, quien manifiesta no estar incurso en las causales de inhabilidad e incompatibilidad contempladas en el artículo 8 de la ley 80 de 1993,en la Constitución o en la ley Colombiana, ni tiene obligaciones parafiscales pendientes que le impidan contratar, declaración que se entiende prestada con la firma del presente contrato y quién en adelante y para los efectos legales de este contrato se denominará EL CONTRATISTA, hemos convenido celebrar el presente CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS, previas consideraciones que se señalan a continuación: Que LA **FUNDACION COLOMBIA DE ACCION HUMANITARIA CENTRO VIDA FUCAH** 2, tiene la necesidad de contratar: 1.Los servicios en el área de manipulador de alimentos del centro vida de la **FUNDACION COLOMBIA DE ACCION**

HUMANITARIA CENTRO VIDA FUCAH 2. Cuidar y devolver los equipos que le fueron asignados para su gestión. 3. Pagar la seguridad social integral. **SEGUNDA- VALOR DEL CONTRATO Y FORMA DE PAGO:** Para todos los efectos legales el valor del presente contrato es por la suma de DOS MILLONES SEISCIENTOS VEINTIOCHO MIL PESOS ($ 2.628.000 MCTE). Dividido en pagos mensuales de UN MILLON TRECIENTOS CATORCE MIL PESOS MCTE ($ 1.314.000 MCTE).: al finalizar los 30 días calendarios programados de lunes a sábado incluyendo los días festivos, previa presentación del pago de seguridad social integral. **TERCERA: DURACION DEL CONTRATO:** El presente contrato tendrá una duración de sesenta y tres (63) días hábiles de lunes a sábado incluyendo días festivos, contados a partir de la fecha de firma del acta de inicio del convenio 1661-21. **CUARTA: PROHIBICION DE CESION Y SUSTITUCION,** el contratista no podrá ceder a ningún título a persona natural o jurídica, las obligaciones adquiridas mediante este contrato, salvo que exista autorización expresa y escrita del contratante. **QUINTA: INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES O ANTECEDENTES**, el contratista declara bajo la gravedad de juramento que no le asiste ningún tipo de inhabilidad de las señaladas en la Ley o antecedentes disciplinarios, fiscales o judiciales que impida la celebración del presente contrato. **SEXTA: SUPERVISION DEL CONTRATO**, La supervisión del contrato será ejercida por la Representante Legal del contratante, la cual se encargará de evaluar, aprobar o rechazar el servicio contratado y dar el visto bueno para el pago del contrato, con el lleno de requisitos. **SEPTIMA: OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA:** Son obligaciones del contratista las siguientes: 1. Disponer de todos los implementos necesarios que se llegare a requerir para ejecución de las actividades. 2. Será responsable de tener su dotación acorde a su actividad 3. Cumplir a cabalidad todas las obligaciones que aparecen relacionadas en este contrato. **OCTAVA: OBLIGACIONES DEL CONTRATANTE**: 1. Prestar el apoyo en la ejecución del objeto contractual. 2. Cancelar los honorarios en la forma pactada. **NOVENA: NATURALEZA DEL CONTRATO:** El presente contrato se rige por las normas del código civil, código de comercio. **DECIMA: IMPUESTOS TASAS Y CONTRIBUCIONES:** Los impuestos gravámenes y tasas que pueden ocasionarse por la celebración y ejecución del contrato son a cargo del contratista. **DECIMO PRIMERA: GASTOS:** El desplazamiento al sitio donde prestara los servicios para el cumplimiento del objeto contractual serán por cuenta del contratante. **DECIMA SEGUNDA: PERFECCIONAMIENTO**: El presente contrato se perfecciona con la firma de las partes.

Fundación Colombiana de Acción Humanitaria

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS

El presente contrato se perfecciona con la firma de las partes y en constancia se firma según fecha de inicio.

CONTRATANTE

RAMON GOYENECHE BARRAGAN
5.671.864 de Lebrija
Representante Legal

CONTRATISTA

LUZ DARY HERNANDEZ PALENCIA
C.C. 63.460.970

FUCAH
Fundación Colombiana de Acción Humanitaria

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	A. Individual: • Cotizante o cabeza de familia	B. Colectiva	A. Contributivo X	A. Cotizante X	A. Dependiente	(a registrar por la EPS)
B. Reporte de Novedades X	• Beneficiario o afiliado adicional	C. Institucional	B. Subsidiado	B. Cabeza de familia	B. Independiente X	
		D. De oficio		C. Beneficiario	C. Pensionado	

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

6. Apellidos y nombres			
Primer Apellido: HERNANDEZ	Segundo Apellido: PALENCIA	Primer Nombre: LUZ	Segundo Nombre: DARY

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CC	63.460.970	Femenino X Masculino	2 8 0 8 1 9 7 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	TV 42 A # 58 A 03		Teléfono	3134050476
luzdaryhernandez@hotmail.com	BARRANCABERMEJA	Zona Urbana X Rural	Departamento / Provincia	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
			Femenino | Masculino	D D M M A A A A
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

Datos complementarios

29. Parentesco	30. Etnia

	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	42. Fecha novedad
				0 4 1 0 2 0 2 2

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	Sexo	Fecha de nacimiento
		Femenino Masculino	D D M M A A A A

VIII. FIRMAS

luz dary hernandez

34. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario

35. 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: Total

57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
58. Copia del registro civil de matrimonio o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.
60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.
61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
62. 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 dos eseres
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

VIGILADO Supersalud

66. Identificación de la Entidad Territorial		67. Datos del SISBÉN			68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación
Código del municipio	Código del departamento	Número de 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

Recuerde que con la firma del formulario, el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el capítulo VII del formulario.

- ORIGINAL: E.P.S. -

07/2016

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:**	900285578	**Cédula Usuario:**	CC 1096246113
Nombre:	FUNDACION COLOMBIA DE ACCION HUMANITARIA				
Dirección:	KR 52 37A 155 ALTOS DEL CAMPESTRE				
Departamento:	SANTANDER		**Municipio:**	BARRANCABERMEJA	
Correo electrónico:	FUCAH2009@GMAIL.COM				
Teléfono:	3108636761		**Tarifa:**	0.522	
Actividad Económica:	1853201 EMPRESAS DE SERVICIOS SOCIALES SIN ALOJAMIENTO INCLUYE ACTIVIDADES SOCIALES DE ASESORAMIENTO, BIENESTAR, ALBERGUE, ORIENTACION Y ACTIVIDADES SIMILARES PRESTADAS A PERSONAS Y FAMILIAS EN SUS HOGARES Y EN OTROS LUGARES, LA PRESTACION DIRECTA DE BIENESTAR SOCIAL Y DE INDOLE CONEXA, LAS ACTIVIDADES DE LAS GUARDERIAS INFANTILES, ACTIVIDADES RELACIONADAS CON LA ADOPCION, ACTIVIDADES RELATIVAS AL ALBERGUE DE VICTIMAS DE DESASTRES ETC.				

DATOS DEL USUARIO QUE REALIZA LA RADICACIÓN

Cédula Usuario	Nombres y Apellidos del Usuario
CC 1096246113	NEFTALI MANDON QUINTERO

DATOS AFILIADOS RADICADOS

	Radicado	Cobertura	Documento	Nombre Trabajador	Riesgo	Tarifa	Tipo
1	26	05/10/2022	CC 63460970	HERNANDEZ PALENCIA LUZ	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.

256AD5CC1F13F2C69EFEC43E1B8F5A6B

Certificado impreso el día 10/4/2022 3:08:03 AM por el portal de empresas Edesk

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **HERNANDEZ PALENCIA LUZ DARY** identificado(a) con **CC** número **63.460.970** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 15 de marzo de 2022 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MODERADO**.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 04 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

202210040305

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS

CONTRATANTE:	**FUNDACION COLOMBIA DE ACCION HUMANITARIA-FUCAH**
NIT:	900285578-2
CONTRATISTA:	**MARIA ANGELICA CASTRO GOYENECHE**
IDENTIFICACIÓN:	C.C. 1.096.233.547
TELÉFONO:	3108420072
DIRECCIÓN:	CALLE 50 N 15-73 BARRIO COLOMBIA BARRANCABERMEJA.
OBJETO:	"PRESTACION DE SERVICIOS COMO DIRECTORA TECNICA DEL CENTRO VIDA FUNDACION COLOMBIA DE ACCION HUMANITARIA FUCAH"
VALOR:	SEIS MILLONES SEISCIENTOS CINCUENTA Y DOS MIL OCHOCIENTOS PESOS MCTE ($ 6.652.800 MCTE).
FECHA DE INICIO:	05 DE OCTUBRE
RÉGIMEN TRIBUTARIO:	Régimen Simplificado
DURACIÓN:	SESENTA Y TRES (63) DIAS CALENDARIOS PROGRAMADOS (LUNES A SABADO INCLUYENDO FESTIVOS)
SUPERVISOR:	RAMON GOYENECHE BARRAGAN

Entre los suscritos a saber: **RAMON GOYENECHE BARRAGAN**, identificada con la cedula de ciudadanía número 5.671.864 de Lebrija, quien actúa en representación legal de la **FUNDACION COLOMBIA DE ACCION HUMANITARIA CENTRO VIDA FUCAH** con NIT Nº: 900285578-2, y quien para los efectos de este contrato se denominará EL CONTRATANTE; y por otra parte **MARIA ANGELICA CASTRO GOYENECHE**, mayor de edad, identificado con cédula de ciudadanía C.C. 1.096.233.547, actuando en nombre propio, con capacidad para contratar, quien manifiesta no estar incurso en las causales de inhabilidad e incompatibilidad contempladas en el artículo 8 de la ley 80 de 1993,en la Constitución o en la ley Colombiana, ni tiene obligaciones parafiscales pendientes que le impidan contratar, declaración que se entiende prestada con la firma del presente contrato y quién en adelante y para los efectos legales de este contrato se denominará EL CONTRATISTA, hemos convenido celebrar el presente CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS, previas consideraciones que se señalan a continuación: Que LA **FUNDACION COLOMBIA DE ACCION HUMANITARIA CENTRO VIDA FUCAH** 2, tiene la necesidad de contratar: *1.Los servicios en el* área director tecnico del centro vida de la **FUNDACION COLOMBIA** *DE ACCION HUMANITARIA* **CENTRO VIDA FUCAH** 2. Cuidar y devolver los equipos que le fueron *signados para su gestión*

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS

CONTRATANTE:	**FUNDACION COLOMBIA DE ACCION HUMANITARIA-FUCAH**
NIT:	900285578-2
CONTRATISTA:	**MARIA ANGELICA CASTRO GOYENECHE**
IDENTIFICACIÓN:	C.C. 1.096.233.547
TELÉFONO:	3108420072
DIRECCIÓN:	CALLE 50 N 15-73 BARRIO COLOMBIA BARRANCABERMEJA.
OBJETO:	"PRESTACION DE SERVICIOS COMO DIRECTORA TECNICA DEL CENTRO VIDA FUNDACION COLOMBIA DE ACCION HUMANITARIA FUCAH"
VALOR:	SEIS MILLONES SEISCIENTOS CINCUENTA Y DOS MIL OCHOCIENTOS PESOS MCTE ($ 6.652.800 MCTE).
FECHA DE INICIO:	05 DE OCTUBRE
RÉGIMEN TRIBUTARIO:	Régimen Simplificado
DURACIÓN:	SESENTA Y TRES (63) DIAS CALENDARIOS PROGRAMADOS (LUNES A SABADO INCLUYENDO FESTIVOS)
SUPERVISOR:	RAMON GOYENECHE BARRAGAN

Entre los suscritos a saber: **RAMON GOYENECHE BARRAGAN**, identificada con la cedula de ciudadanía número 5.671.864 de Lebrija, quien actúa en representación legal de la **FUNDACION COLOMBIA DE ACCION HUMANITARIA CENTRO VIDA FUCAH** con NIT Nº: 900285578-2, y quien para los efectos de este contrato se denominará EL CONTRATANTE; y por otra parte **MARIA ANGELICA CASTRO GOYENECHE**, mayor de edad, identificado con cédula de ciudadanía C.C. 1.096.233.547, actuando en nombre propio, con capacidad para contratar, quien manifiesta no estar incurso en las causales de inhabilidad e incompatibilidad contempladas en el artículo 8 de la ley 80 de 1993,en la Constitución o en la ley Colombiana, ni tiene obligaciones parafiscales pendientes que le impidan contratar, declaración que se entiende prestada con la firma del presente contrato y quién en adelante y para los efectos legales de este contrato se denominará EL CONTRATISTA, hemos convenido celebrar el presente CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS, previas consideraciones que se señalan a continuación: Que LA **FUNDACION COLOMBIA DE ACCION HUMANITARIA CENTRO VIDA FUCAH** 2, tiene la necesidad de contratar: 1.Los servicios en el área director tecnico del centro vida de la **FUNDACION COLOMBIA DE ACCION HUMANITARIA CENTRO VIDA FUCAH** 2. Cuidar y devolver los equipos que le fueron asignados para su gestión.

3. Pagar la seguridad social integral. **SEGUNDA- VALOR DEL CONTRATO Y FORMA DE PAGO:** Para todos los efectos legales el valor del presente contrato es por la suma de SEIS MILLONES SEISCIENTOS CINCUENTA Y DOS MIL OCHOCIENTOS PESOS MCTE ($ 6.652.800 MCTE). Dividido en pagos de TRES MILLONES TRECIENTOS VEINTISEIS MIL CUATROCIENTOS PESOS ($3.326.400 MCTE), al finalizar los 30 días calendarios programados de lunes a sábado incluyendo los días festivos, previa presentación del pago de seguridad social integral. **TERCERA: DURACION DEL CONTRATO:** El presente contrato tendrá una duración de sesenta y tres (63) días hábiles de lunes a sábado incluyendo días festivos, contados a partir de la fecha de firma del acta de inicio del convenio 5456-22 **CUARTA: PROHIBICION DE CESION Y SUSTITUCION,** el contratista no podrá ceder a ningún título a persona natural o jurídica, las obligaciones adquiridas mediante este contrato, salvo que exista autorización expresa y escrita del contratante. **QUINTA: INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES O ANTECEDENTES**, el contratista declara bajo la gravedad de juramento que no le asiste ningún tipo de inhabilidad de las señaladas en la Ley o antecedentes disciplinarios, fiscales o judiciales que impida la celebración del presente contrato. **SEXTA: SUPERVISION DEL CONTRATO**, La supervisión del contrato será ejercida por la Representante Legal del contratante, la cual se encargará de evaluar, aprobar o rechazar el servicio contratado y dar el visto bueno para el pago del contrato, con el lleno de requisitos. **SEPTIMA: OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA:** Son obligaciones del contratista las siguientes: 1. Disponer de todos los implementos necesarios que se llegare a requerir para ejecución de las actividades. 2. Será responsable de tener su dotación acorde a su actividad 3. Cumplir a cabalidad todas las obligaciones que aparecen relacionadas en este contrato. **OCTAVA: OBLIGACIONES DEL CONTRATANTE**: 1. Prestar el apoyo en la ejecución del objeto contractual. 2. Cancelar los honorarios en la forma pactada. **NOVENA: NATURALEZA DEL CONTRATO:** El presente contrato se rige por las normas del código civil, código de comercio. **DECIMA: IMPUESTOS TASAS Y CONTRIBUCIONES:** Los impuestos gravámenes y tasas que pueden ocasionarse por la celebración y ejecución del contrato son a cargo del contratista. **DECIMO PRIMERA: GASTOS:** El desplazamiento al sitio donde prestara los servicios para el cumplimiento del objeto contractual serán por cuenta del contratante. **DECIMA SEGUNDA: PERFECCIONAMIENTO**: El presente contrato se perfecciona con la firma de las partes y en constancia.

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS

CONTRATANTE

Ramon Goyeneche B

RAMON GOYENECHE BARRAGAN
5.671.864 de Lebrija
Representante Legal

CONTRATISTA

Angelica Castro

MARIA ANGELICA CASTRO GOYENECHE
C.C. 1.096.233.547

FUCAH
Fundación Colombiana de Acción Humanitaria

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

"Código Único 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 [ ] B. Independiente [X] C. Pensionado [ ]
CÓDIGO:
FECHA DE LA SOLICITUD: DÍA | MES | AÑO

A. AFILIACIÓN

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

6. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS
PRIMER APELLIDO: CASTRO — SEGUNDO APELLIDO: GOYENECHE — PRIMER NOMBRE: MARIA — SEGUNDO NOMBRE: ANGELICA
7. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: CC — 8. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1.096.233.547 — 9. SEXO: F — 10. FECHA NACIMIENTO: 03 06 1995

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

11. ORIGEN: Código Único [ ] — 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: PORVENIR — 17. INGRESO BASE DE COTIZACIÓN - IBC: $ 1,331,000 — 18. UBICACIÓN O DIRECCIÓN DE RESIDENCIA: CL 50 15 73 — ZONA: U. [X] R. [ ] — LOCALIDAD / COMUNA — BARRIO
CIUDAD Y MUNICIPIO: B/BERMEJA — DEPARTAMENTO: SANTANDER — TELÉFONO FIJO — TELÉFONO MÓVIL: 3108420072 — CORREO ELECTRÓNICO — 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. NUMERO DE IDENTIDAD	27. SEXO	28. FECHA DE NACIMIENTO	29. PARENTESCO	30. ZONA	31. DISCAPACIDAD Tipo	31. DISCAPACIDAD Condición
1									
2									
3									
4									

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

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 — CIUDAD / MUNICIPIO — DEPARTAMENTO — TELÉFONO FIJO — CORREO ELECTRÓNICO
FECHA INICIO DE RELACIÓN LABORAL: 05 10 2022 — OCUPACIÓN: DIRECTORA TECNICA — SALARIO: $ 1,331,000

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 TRÁMITE 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 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 ella) Señora(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 (los) Beneficiario(s) reportado(s) dependen económicamente de mí.
47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que 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 afiliación Prestativa 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 publicas 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: MARIA CASTRO
55. Firma y sello del empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad: CN [ ] RC [ ] TI [ ] CC [ ] PA [ ] CE [ ] CD SISBEN [ ] 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 declara el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.
60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.
61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
62. Documento en que conste la partición de la parte conyugal o el certificado de defunción de los padres o la declaración jurada por el cotizante 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 providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiarios o se informe la situación de oficio.

nueva eps
Radicado No D.PEÑALOZA
Fecha: 04/10/2022 C1361

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

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:**	900285578	**Cédula Usuario:**	CC 1096246113
Nombre:	FUNDACION COLOMBIA DE ACCION HUMANITARIA				
Dirección:	KR 52 37A 155 ALTOS DEL CAMPESTRE				
Departamento:	SANTANDER		**Municipio:**	BARRANCABERMEJA	
Correo electrónico:	FUCAH2009@GMAIL.COM				
Teléfono:	3108636761		**Tarifa:**	0.522	
Actividad Económica:	1853201 EMPRESAS DE SERVICIOS SOCIALES SIN ALOJAMIENTO INCLUYE ACTIVIDADES SOCIALES DE ASESORAMIENTO, BIENESTAR, ALBERGUE, ORIENTACION Y ACTIVIDADES SIMILARES PRESTADAS A PERSONAS Y FAMILIAS EN SUS HOGARES Y EN OTROS LUGARES, LA PRESTACION DIRECTA DE BIENESTAR SOCIAL Y DE INDOLE CONEXA, LAS ACTIVIDADES DE LAS GUARDERIAS INFANTILES, ACTIVIDADES RELACIONADAS CON LA ADOPCION, ACTIVIDADES RELATIVAS AL ALBERGUE DE VICTIMAS DE DESASTRES ETC.				

DATOS DEL USUARIO QUE REALIZA LA RADICACIÓN

Cédula Usuario	Nombres y Apellidos del Usuario
CC 1096246113	NEFTALI MANDON QUINTERO

DATOS AFILIADOS RADICADOS

	Radicado	Cobertura	Documento	Nombre Trabajador	Riesgo	Tarifa	Tipo
1	22	05/10/2022	CC 1096233547	CASTRO GOYENECHE MARIA	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.

MBS_v1_3_FR15 v_04

Cordial saludo,

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

256AD5CC1F13F2C69EFEC43E1B8F5A6B

Certificado impreso el día 10/4/2022 2:06:34 AM por el portal de empresas Edesk

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:

MARIA ANGELICA CASTRO GOYENECHE, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.096.233.547**, 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:

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.

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS

CONTRATANTE:	**FUNDACION COLOMBIA DE ACCION HUMANITARIA-FUCAH**
NIT:	900285578-2
CONTRATISTA:	**MARIA JOSEFA GONZALEZ MORALES**
IDENTIFICACIÓN:	C.C. 1.096.189.985
TELÉFONO:	3022485879
DIRECCIÓN:	KRA 49 N° 29-30 BARRIO EL CASTILLO BARRANCABERMEJA.
OBJETO:	"PRESTACION DE SERVICIOS COMO NUTRICIONISTA DEL CENTRO VIDA FUNDACION COLOMBIA DE ACCION HUMANITARIA FUCAH"
VALOR:	CINCO MILLONES QUINIENTOS CUARENTA Y CUATRO MIL PESOS ($ 5.544. 000 MCTE).
FECHA DE INICIO:	5 DE OCTUBRE
RÉGIMEN TRIBUTARIO:	Régimen Simplificado
DURACIÓN:	SESENTA Y TRES (63) DIAS CALENDARIOS PROGRAMADOS (LUNES A SABADO INCLUYENDO FESTIVOS)
SUPERVISOR:	RAMON GOYENECHE BARRAGAN

Entre los suscritos a saber: **RAMON GOYENECHE BARRAGAN**, identificada con la cedula de ciudadanía número 5.671.864 de Lebrija, quien actúa en representación legal de la **FUNDACION COLOMBIA DE ACCION HUMANITARIA CENTRO VIDA FUCAH** con NIT Nº: 900285578-2, y quien para los efectos de este contrato se denominará EL CONTRATANTE; y por otra parte **MARIA JOSEFA GONZALEZ MORALES**, mayor de edad, identificado con cédula de ciudadanía C.C. 1.096.189.985, actuando en nombre propio, con capacidad para contratar, quien manifiesta no estar incurso en las causales de inhabilidad e incompatibilidad contempladas en el artículo 8 de la ley 80 de 1993,en la Constitución o en la ley Colombiana, ni tiene obligaciones parafiscales pendientes que le impidan contratar, declaración que se entiende prestada con la firma del presente contrato y quién en adelante y para los efectos legales de este contrato se denominará EL CONTRATISTA, hemos convenido celebrar el presente CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS, previas consideraciones que se señalan a continuación: Que LA **FUNDACION COLOMBIA DE ACCION HUMANITARIA CENTRO VIDA FUCAH** 2, tiene la necesidad de contratar: 1.Los servicios en el área de nutrición del centro vida de la **FUNDACION COLOMBIA DE ACCION HUMANITARIA CENTRO VIDA FUCAH** 2. Cuidar y devolver los equipos que le fueron asignados para su gestión.

3. Pagar la seguridad social integral. **SEGUNDA- VALOR DEL CONTRATO Y FORMA DE PAGO:** Para todos los efectos legales el valor del presente contrato es por la suma de CINCO MILLONES QUINIENTOS CUARENTA Y CUATRO MIL PESOS ($ 5.544. 000 MCTE). Dividido en pagos mensuales de DOS MILLONES SETECIENTOS SETENTA Y DOS MIL PESOS ($ 2.772.000 MCTE). Al finalizar los 30 días calendarios programados de lunes a sábado incluyendo los días festivos, previa presentación del pago de seguridad social integral. **TERCERA: DURACION DEL CONTRATO:** El presente contrato tendrá una duración de sesenta y tres (63) días hábiles de lunes a sábado incluyendo días festivos, contados a partir de la fecha de firma del acta de inicio del convenio 5456-22. **CUARTA: PROHIBICION DE CESION Y SUSTITUCION,** el contratista no podrá ceder a ningún título a persona natural o jurídica, las obligaciones adquiridas mediante este contrato, salvo que exista autorización expresa y escrita del contratante. **QUINTA: INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES O ANTECEDENTES**, el contratista declara bajo la gravedad de juramento que no le asiste ningún tipo de inhabilidad de las señaladas en la Ley o antecedentes disciplinarios, fiscales o judiciales que impida la celebración del presente contrato. **SEXTA: SUPERVISION DEL CONTRATO**, La supervisión del contrato será ejercida por la Representante Legal del contratante, la cual se encargará de evaluar, aprobar o rechazar el servicio contratado y dar el visto bueno para el pago del contrato, con el lleno de requisitos. **SEPTIMA: OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA:** Son obligaciones del contratista las siguientes: 1. Disponer de todos los implementos necesarios que se llegare a requerir para ejecución de las actividades. 2. Será responsable de tener su dotación acorde a su actividad 3. Cumplir a cabalidad todas las obligaciones que aparecen relacionadas en este contrato. **OCTAVA: OBLIGACIONES DEL CONTRATANTE**: 1. Prestar el apoyo en la ejecución del objeto contractual. 2. Cancelar los honorarios en la forma pactada. **NOVENA: NATURALEZA DEL CONTRATO:** El presente contrato se rige por las normas del código civil, código de comercio. **DECIMA: IMPUESTOS TASAS Y CONTRIBUCIONES:** Los impuestos gravámenes y tasas que pueden ocasionarse por la celebración y ejecución del contrato son a cargo del contratista. **DECIMO PRIMERA: GASTOS:** El desplazamiento al sitio donde prestara los servicios para el cumplimiento del objeto contractual serán por cuenta del contratante. **DECIMA SEGUNDA: PERFECCIONAMIENTO**: El presente contrato se perfecciona con la firma de las partes y en constancia.

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS

CONTRATANTE

Ramon Goyeneche B

RAMON GOYENECHE BARRAGAN
5.671.864 de Lebrija
Representante Legal

CONTRATISTA

Maria Jose G M.

MARIA JOSEFA GONZALEZ MORALES
C.C. 1.096.189.985

FUCAH
Fundacion Colombiana de Accion Humanitaria

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

E.P.S. Sanitas
Organización Sanitas Internacional
NIT. 800.251.440-6

CÓDIGO 005, República de Colombia - SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

Fecha de Radicación D D M M A A A A

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

1. Tipo de trámite	2. Tipo de Afiliación	3. Régimen
A. Afiliación [ ]	A. Individual - Cotizante o Cabeza de Familia [X]	A. Contributivo [X]
B. Reporte de Novedades [X]	A. Individual - Beneficiario o Afiliado adicional [ ]	B. Subsidiado [ ]
	B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De Oficio [ ]	

4. Tipo de afiliado	5. Tipo de cotizante	Código
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			
GONZALEZ	MORALES	MARIA	JOSEFA
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	1.096.189.985	Femenino X Masculino	31 08 1986

III - DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial
	Tipo F N M Condición T P		

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso Base de Cotización - IBC
POSITIVA	PORVENIR	$ 1,109,000

18. Residencia Dirección	Teléfono Fijo	Teléfono Celular	Correo Electrónico
K 49 # 29 30		3022485879	majogonmo@gmail.com

Municipio / Distrito	Zona	Localidad / Comuna	Departamento
BARRANCABERMEJA	Urbana [X] Rural [ ]		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 documento de identidad	27. Sexo		28. Fecha de nacimiento
			Femenino	Masculino	
B1					D D M M A A A A
B2					D D M M A A A A
B3					D D M M A A A A
B4					D D M M A A A A
B5					D D M M A A A A

Datos complementarios

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

	32. Datos de residencia Municipio / Distrito	Zona Urbana	Zona Rural	Departamento	Teléfono fijo y/o Celular	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (A registrar por la E.P.S.)
B1						
B2						
B3						
B4						
B5						

Selección de la I.P.S. Primaria

	34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS	Código de la IPS (A registrar por la E.P.S.)
C		
B		
B		
B		

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 (A registrar por la E.P.S.)

39. Ubicación Dirección	Teléfono Fijo	Correo Electrónico	Municipio / Distrito	Departamento

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

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

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo documento:	NI	**Número de documento:**	900285578	**Cédula Usuario:**	CC 1096246113
Nombre:	FUNDACION COLOMBIA DE ACCION HUMANITARIA				
Dirección:	KR 52 37A 155 ALTOS DEL CAMPESTRE				
Departamento:	SANTANDER		**Municipio:**	BARRANCABERMEJA	
Correo electrónico:	FUCAH2009@GMAIL.COM				
Teléfono:	3108636761		**Tarifa:**	0.522	
Actividad Económica:	1853201 EMPRESAS DE SERVICIOS SOCIALES SIN ALOJAMIENTO INCLUYE ACTIVIDADES SOCIALES DE ASESORAMIENTO, BIENESTAR, ALBERGUE, ORIENTACION Y ACTIVIDADES SIMILARES PRESTADAS A PERSONAS Y FAMILIAS EN SUS HOGARES Y EN OTROS LUGARES, LA PRESTACION DIRECTA DE BIENESTAR SOCIAL Y DE INDOLE CONEXA, LAS ACTIVIDADES DE LAS GUARDERIAS INFANTILES, ACTIVIDADES RELACIONADAS CON LA ADOPCION, ACTIVIDADES RELATIVAS AL ALBERGUE DE VICTIMAS DE DESASTRES ETC.				

DATOS DEL USUARIO QUE REALIZA LA RADICACIÓN

Cédula Usuario	Nombres y Apellidos del Usuario
CC 1096246113	NEFTALI MANDON QUINTERO

DATOS AFILIADOS RADICADOS

	Radicado	Cobertura	Documento	Nombre Trabajador	Riesgo	Tarifa	Tipo
1	23	05/10/2022	CC 1096189985	GONZALEZ MORALES MARIA	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_A_[illegible]_FR15 v_04

Cordial saludo,

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

256AD5CC1F13F2C69EFEC43E1B8F5A6B

Certificado impreso el día 10/4/2022 2:18:19 AM por el portal de empresas Edesk

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:

MARIA JOSEFA GONZALEZ MORALES, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.096.189.985**, 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.

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS

CONTRATANTE:	**FUNDACION COLOMBIA DE ACCION HUMANITARIA-FUCAH**
NIT:	900285578-2
CONTRATISTA:	**MARIO ÁNGEL MARTÍNEZ SILVA**
IDENTIFICACIÓN:	79.370.266 Bogotá
TELÉFONO:	3108420072
DIRECCIÓN:	Calle 29B N° 37-13 CASTILLO BARRANCABERMEJA.
OBJETO:	"PRESTACION DE SERVICIOS COMO TECNICO DE SISTEMAS DEL CENTRO VIDA FUNDACION COLOMBIA DE ACCION HUMANITARIA FUCAH"
VALOR:	UN MILLON TRECIENTOS CATORCE MIL PESOS MCTE ($ 3.326.400 MCTE).
FECHA DE INICIO:	05 DE OCTUBRE 2022
RÉGIMEN TRIBUTARIO:	Régimen Simplificado
DURACIÓN:	SESENTA Y TRES (63) DIAS CALENDARIOS PROGRAMADOS (LUNES A SABADO INCLUYENDO FESTIVOS)
SUPERVISOR:	RAMON GOYENECHE BARRAGAN

Entre los suscritos a saber: **RAMON GOYENECHE BARRAGAN**, identificada con la cedula de ciudadanía número 5.671.864 de Lebrija, quien actúa en representación legal de la **FUNDACION COLOMBIA DE ACCION HUMANITARIA CENTRO VIDA FUCAH** con NIT Nº: 900285578-2, y quien para los efectos de este contrato se denominará EL CONTRATANTE; y por otra parte **MARIO ÁNGEL MARTÍNEZ SILVA C.C** 79.370.266 , actuando en nombre propio, con capacidad para contratar, quien manifiesta no estar incurso en las causales de inhabilidad e incompatibilidad contempladas en el artículo 8 de la ley 80 de 1993,en la Constitución o en la ley Colombiana, ni tiene obligaciones parafiscales pendientes que le impidan contratar, declaración que se entiende prestada con la firma del presente contrato y quién en adelante y para los efectos legales de este contrato se denominará EL CONTRATISTA, hemos convenido celebrar el presente CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS, previas consideraciones que se señalan a continuación: Que LA **FUNDACION COLOMBIA DE ACCION HUMANITARIA CENTRO VIDA FUCAH** 2, tiene la necesidad de contratar: 1.Los servicios en el área de talleres referentes al uso de internet del centro vida de la **FUNDACION COLOMBIA DE ACCION HUMANITARIA CENTRO VIDA FUCAH** 2.

Cuidar y devolver los equipos que le fueron asignados para su gestión. 3. Pagar la seguridad social *integral.* **SEGUNDA- VALOR DEL CONTRATO Y FORMA DE PAGO:** Para todos los efectos legales el valor del presente contrato es por la suma de UN MILLON TRECIENTOS CATORCE MIL PESOS MCTE ($ 3.326.400 MCTE). Dividido en pagos mensuales de UN MILLON SEISCIENTOS SESENTA Y TRES MIL DOCIENTOS MCTE, al finalizar los 30 días calendarios programados de lunes a sábado incluyendo los días festivos, previa presentación del pago de seguridad social integral. **TERCERA: DURACION DEL CONTRATO:** El presente contrato tendrá una duración de sesenta y tres (63) días hábiles de lunes a sábado incluyendo días festivos, contados a partir de la fecha de firma del acta de inicio del convenio 5456-22. **CUARTA: PROHIBICION DE CESION Y SUSTITUCION,** el contratista no podrá ceder a ningún título a persona natural o jurídica, las obligaciones adquiridas mediante este contrato, salvo que exista autorización expresa y escrita del contratante. **QUINTA: INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES O ANTECEDENTES**, el contratista declara bajo la gravedad de juramento que no le asiste ningún tipo de inhabilidad de las señaladas en la Ley o antecedentes disciplinarios, fiscales o judiciales que impida la celebración del presente contrato. **SEXTA: SUPERVISION DEL CONTRATO**, La supervisión del contrato será ejercida por la Representante Legal del contratante, la cual se encargará de evaluar, aprobar o rechazar el servicio contratado y dar el visto bueno para el pago del contrato, con el lleno de requisitos. **SEPTIMA: OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA:** Son obligaciones del contratista las siguientes: 1. Disponer de todos los implementos necesarios que se llegare a requerir para ejecución de las actividades. 2. Será responsable de tener su dotación acorde a su actividad 3. Cumplir a cabalidad todas las obligaciones que aparecen relacionadas en este contrato. **OCTAVA: OBLIGACIONES DEL CONTRATANTE**: 1. Prestar el apoyo en la ejecución del objeto contractual. 2. Cancelar los honorarios en la forma pactada. **NOVENA: NATURALEZA DEL CONTRATO:** El presente contrato se rige por las normas del código civil, código de comercio. **DECIMA: IMPUESTOS TASAS Y CONTRIBUCIONES:** Los impuestos gravámenes y tasas que pueden ocasionarse por la celebración y ejecución del contrato son a cargo del contratista. **DECIMO PRIMERA: GASTOS:** El desplazamiento al sitio donde prestara los servicios para el cumplimiento del objeto contractual serán por cuenta del contratante. **DECIMA SEGUNDA: PERFECCIONAMIENTO**: El presente contrato se perfecciona con la firma de las partes y en constancia.

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS

CONTRATANTE

Ramon Goyeneche B

RAMON GOYENECHE BARRAGAN
5.671.864 de Lebrija
Representante legal

CONTRATISTA

MARIO ÁNGEL MARTÍNEZ SILVA
79.370.266 Bogotá

FUCAH
Fundación Colombiana de Acción Humanitaria

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

"Código Unificado 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: MARTINEZ	SEGUNDO APELLIDO: SILVA	PRIMER NOMBRE: MARIO	SEGUNDO NOMBRE: ANGEL

7. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	8. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	9. SEXO	10. FECHA NACIMIENTO
T.I. [ ] C.C. [X] C.E. [ ] P.A. [ ] C.D. [ ] S.C. [ ]	79.370.266	M	24 08 1965

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

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

16. ADMINISTRADORA DE PENSIONES	17. INGRESO BASE DE COTIZACIÓN - IBC	18. DIRECCIÓN DE RESIDENCIA	ZONA	LOCALIDAD / COMUNA	BARRIO
PROTECCION	$ 1.000.000	CL 29 B 37 13	U. [X] R. [ ]		

CIUDAD Y MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	TELÉFONO FIJO	TELÉFONO MÓVIL	CORREO ELECTRÓNICO	CÓDIGO EPS
B/BERMEJA	SANTANDER		3108420072		

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 EPS
T.I. C.C. C.E. P.A. C.D.				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. ETNIA	31. DISCAPACIDAD Tipo	Condición
1								F. M. N.	T. M. P.
2								F. M. N.	T. M. P.
3								F. M. N.	T. M. P.
4								F. M. N.	T. M. P.

	32. DATOS DE RESIDENCIA Ciudad / Municipio	Departamento	Zona	Teléfono Fijo	Teléfono Móvil	33. VALOR UPC AFILIADO ADICIONAL (Los definirá la EPS)	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	37. Número documento de identidad	DV	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones
	N.I.T. [ ] C.E. [ ] P.A. [ ] C.D. [ ]			

39. UBICACIÓN O DIRECCIÓN					
	CIUDAD / MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	TELÉFONO	DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN	CORREO ELECTRÓNICO

FECHA INICIO DE RELACIÓN LABORAL	CARGO	SALARIO
DÍA 05 MES 10 AÑO 2022	TECN. SISTEMAS	$ 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	
2. CORRECCIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN		9. INICIO DE RELACIÓN LABORAL O ADQUISICIÓN DE CONDICIONES PARA COTIZAR		A) AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO	
3. ACTUALIZACIÓN DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD		10. TERMINACIÓN DE LA RELACIÓN LABORAL O PERDIDA DE LAS CONDICIONES PARA SEGUIR COTIZANDO		B) AL RÉGIMEN SUBSIDIADO	
4. ACTUALIZACIÓN Y/O CORRECCIÓN DE DATOS COMPLEMENTARIOS		11. VINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS		14. TRASLADO A) MISMO RÉGIMEN	
5. TERMINACIÓN DE LA INSCRIPCIÓN EN LA EPS Código		12. DESVINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS		B) DIFERENTE RÉGIMEN	
6. REINSCRIPCIÓN EN LA EPS				15. REPORTE DE FALLECIMIENTO	
7. INCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES				16. REPORTE DEL TRÁMITE DE PROTECCIÓN AL CESANTE	
				17. REPORTE DE LA CALIDAD DE PENSIONADO	
				19. 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			
T.I. C.C. C.E. P.A. C.D. P.E.		F. M.	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) 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 intermediación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Instipación 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
MARIO MARTINEZ	

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad: CN [ ] RC [ ] TI [ ] CC [ ] PA [ ] CE [ ] C.D [ ] 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 declara 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 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 petición de la parte interesada o el certificado de declaración de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de progenitores. [ ]
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 se ordene la afiliación de oficio. [ ]

nueva eps
Radicado No D.PEÑALOZA
Fecha: 04/10/2022 C1361

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

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:**	900285578	**Cédula Usuario:**	CC 1096246113
Nombre:	FUNDACION COLOMBIA DE ACCION HUMANITARIA				
Dirección:	KR 52 37A 155 ALTOS DEL CAMPESTRE				
Departamento:	SANTANDER		**Municipio:**	BARRANCABERMEJA	
Correo electrónico:	FUCAH2009@GMAIL.COM				
Teléfono:	3108636761		**Tarifa:**	0.522	
Actividad Económica:	1853201 EMPRESAS DE SERVICIOS SOCIALES SIN ALOJAMIENTO INCLUYE ACTIVIDADES SOCIALES DE ASESORAMIENTO, BIENESTAR, ALBERGUE, ORIENTACION Y ACTIVIDADES SIMILARES PRESTADAS A PERSONAS Y FAMILIAS EN SUS HOGARES Y EN OTROS LUGARES, LA PRESTACION DIRECTA DE BIENESTAR SOCIAL Y DE INDOLE CONEXA, LAS ACTIVIDADES DE LAS GUARDERIAS INFANTILES, ACTIVIDADES RELACIONADAS CON LA ADOPCION, ACTIVIDADES RELATIVAS AL ALBERGUE DE VICTIMAS DE DESASTRES ETC.				

DATOS DEL USUARIO QUE REALIZA LA RADICACIÓN

Cédula Usuario	Nombres y Apellidos del Usuario
CC 1096246113	NEFTALI MANDON QUINTERO

DATOS AFILIADOS RADICADOS

	Radicado	Cobertura	Documento	Nombre Trabajador	Riesgo	Tarifa	Tipo
1	21	05/10/2022	CC 79370266	MARTINEZ SILVA MARIO	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.

256AD5CC1F13F2C69EFEC43E1B8F5A6B

Certificado impreso el día 10/4/2022 1:56:08 AM por el portal de empresas Edesk

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) *Señor(a)* **MARTINEZ SILVA MARIO ANGEL** *identificado(a) con* **CC** *número* **79.370.266** *se encuentra* afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 01 de octubre de 2001 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 20% al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN CONSERVADOR
2. El 80% al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MODERADO

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 04 de octubre de 2022.

Cordialmente,

Laura P. Merchán M.

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

2022100401511

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS

CONTRATANTE:	**FUNDACION COLOMBIA DE ACCION HUMANITARIA-FUCAH**
NIT:	900285578-2
CONTRATISTA:	**MILENA RAMÍREZ CHAPARRO**
IDENTIFICACIÓN:	C.C. 37.577.813
TELÉFONO:	3227898183
DIRECCIÓN:	Trasversal 42ª No. 58ª - 03 BARRANCABERMEJA.
OBJETO:	"PRESTACION DE SERVICIOS COMO MANIPULADORA DE ALIMENTOS DEL CENTRO VIDA FUNDACION COLOMBIA DE ACCION HUMANITARIA FUCAH"
VALOR:	DOS MILLONES SEISCIENTOS VEINTIOCHO MIL PESOS ($ 2.628.000 MCTE).
FECHA DE INICIO:	5 DE OCTUBRE 2022
RÉGIMEN TRIBUTARIO:	Régimen Simplificado
DURACIÓN:	SESENTA Y TRES (63) DIAS CALENDARIOS PROGRAMADOS (LUNES A SABADO INCLUYENDO FESTIVOS)
SUPERVISOR:	RAMON GOYENECHE BARRAGAN

Entre los suscritos a saber: **RAMON GOYENECHE BARRAGAN**, identificada con la cedula de ciudadanía número 5.671.864 de Lebrija, quien actúa en representación legal de la **FUNDACION COLOMBIA DE ACCION HUMANITARIA CENTRO VIDA FUCAH** con NIT Nº: 900285578-2, y quien para los efectos de este contrato se denominará EL CONTRATANTE; y por otra parte **MILENA RAMÍREZ CHAPARRO**, mayor de edad, identificado con cédula de ciudadanía C.C. 37.577.813, actuando en nombre propio, con capacidad para contratar, quien manifiesta no estar incurso en las causales de inhabilidad e incompatibilidad contempladas en el artículo 8 de la ley 80 de 1993,en la Constitución o en la ley Colombiana, ni tiene obligaciones parafiscales pendientes que le impidan contratar, declaración que se entiende prestada con la firma del presente contrato y quién en adelante y para los efectos legales de este contrato se denominará EL CONTRATISTA, hemos convenido celebrar el presente CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS, previas consideraciones que se señalan a continuación: Que LA **FUNDACION COLOMBIA DE ACCION HUMANITARIA CENTRO VIDA FUCAH** 2, tiene la necesidad de contratar: 1.Los servicios en el área de manipulador de alimentos del centro vida de la **FUNDACION COLOMBIA DE ACCION**

HUMANITARIA CENTRO VIDA FUCAH 2. Cuidar y devolver los equipos que le fueron asignados para su gestión. 3. Pagar la seguridad social integral. **SEGUNDA- VALOR DEL CONTRATO Y FORMA DE PAGO:** Para todos los efectos legales el valor del presente contrato es por la suma de DOS MILLONES SEISCIENTOS VEINTIOCHO MIL PESOS ($ 2.628.000 MCTE). Dividido en pagos mensuales de UN MILLON TRECIENTOS CATORCE MIL PESOS MCTE ($ 1.314.000 MCTE). Dividido en un pago: al finalizar los 30 días calendarios programados de lunes a sábado incluyendo los días festivos, previa presentación del pago de seguridad social integral. **TERCERA: DURACION DEL CONTRATO:** El presente contrato tendrá una duración de sesenta y tres (63) días hábiles de lunes a sábado incluyendo días festivos, contados a partir de la fecha de firma del acta de inicio del convenio 1661-21. **CUARTA: PROHIBICION DE CESION Y SUSTITUCION,** el contratista no podrá ceder a ningún título a persona natural o jurídica, las obligaciones adquiridas mediante este contrato, salvo que exista autorización expresa y escrita del contratante. **QUINTA: INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES O ANTECEDENTES**, el contratista declara bajo la gravedad de juramento que no le asiste ningún tipo de inhabilidad de las señaladas en la Ley o antecedentes disciplinarios, fiscales o judiciales que impida la celebración del presente contrato. **SEXTA: SUPERVISION DEL CONTRATO**, La supervisión del contrato será ejercida por la Representante Legal del contratante, la cual se encargará de evaluar, aprobar o rechazar el servicio contratado y dar el visto bueno para el pago del contrato, con el lleno de requisitos. **SEPTIMA: OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA:** Son obligaciones del contratista las siguientes: 1. Disponer de todos los implementos necesarios que se llegare a requerir para ejecución de las actividades. 2. Será responsable de tener su dotación acorde a su actividad 3. Cumplir a cabalidad todas las obligaciones que aparecen relacionadas en este contrato. **OCTAVA: OBLIGACIONES DEL CONTRATANTE**: 1. Prestar el apoyo en la ejecución del objeto contractual. 2. Cancelar los honorarios en la forma pactada. **NOVENA: NATURALEZA DEL CONTRATO:** El presente contrato se rige por las normas del código civil, código de comercio. **DECIMA: IMPUESTOS TASAS Y CONTRIBUCIONES:** Los impuestos gravámenes y tasas que pueden ocasionarse por la celebración y ejecución del contrato son a cargo del contratista. **DECIMO PRIMERA: GASTOS:** El desplazamiento al sitio donde prestara los servicios para el cumplimiento del objeto contractual serán por cuenta del contratante. **DECIMA SEGUNDA: PERFECCIONAMIENTO**: El presente contrato se perfecciona con la firma de las partes.

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS

CONTRATANTE

RAMON GOYENECHE BARRAGAN
5.671.864 de Lebrija
Representante Legal

CONTRATISTA

MILENA RAMÍREZ CHAPARRO
C.C. 37.577.813

FUCAH
Fundación Colombiana de Acción Humanitaria

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

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva eps
gente cuidando gente
NIT 900.156.264-2

"Código Únicamente para dependientes y afiliaciones al Régimen Subsidiado"

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. Colectivo [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]
3. RÉGIMEN: C. Contributivo [X] S. Subsidiado [ ]
4. TIPO DE AFILIADO: CO Cotizante [X] CF Cabeza de Familia [ ] BE Beneficiario [ ]
5. TIPO DE COTIZANTE: A. Dependiente [ ] B. Independiente [X] C. Pensionado [ ]
CÓDIGO
FECHA DE LA SOLICITUD: DÍA | MES | AÑO

A. AFILIACIÓN

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

6. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS
PRIMER APELLIDO: RAMIREZ — SEGUNDO APELLIDO: CHAPARRO — PRIMER NOMBRE: MILENA — SEGUNDO NOMBRE:
7. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: CC — 8. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 37.577.813 — 9. SEXO: F — 10. FECHA NACIMIENTO: 03 10 1982

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

11. ORIGEN: Código — 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: PROTECCION — 17. INGRESO BASE DE COTIZACIÓN - IBC: $ 1,000,000 — 18. DIRECCIÓN DE RESIDENCIA: TV 42 A 58 A 03 — ZONA: U. [X] R. [ ] — LOCALIDAD / COMUNA — BARRIO
CIUDAD / MUNICIPIO: B/BERMEJA — DEPARTAMENTO: SANTANDER — TELÉFONO FIJO — TELÉFONO MÓVIL: 3227898183 — CORREO ELECTRÓNICO — CÓDIGO IPS

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

19. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS
PRIMER APELLIDO — SEGUNDO APELLIDO — PRIMER NOMBRE — SEGUNDO NOMBRE
20. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD — 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. ETNIA	31. DISCAPACIDAD: Tipo	Condición
1									
2									
3									
4									

	32. DATOS DE RESIDENCIA: Ciudad / Municipio	Departamento	Tipo	Teléfono Fijo	Teléfono Móvil	33. VALOR UPC AFILIADO ADICIONAL (Ver tabla en la ayuda)	34. Nombre de la Institución prestadora de servicios de salud (IPS)	NIVEL DE SISBÉN	ESTUDIA ACTUALMENTE
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. C.D. NIT
37. Número documento de identidad
DV
38. Tipo de aportante o pagador de pensiones
39. UBICACIÓN O DIRECCIÓN: SUCURSAL / DEPARTAMENTO — CIUDAD / MUNICIPIO — DIRECCIÓN — TELÉFONO — CORREO ELECTRÓNICO
FECHA INICIO DE RELACIÓN LABORAL: DÍA 05 MES 10 AÑO 2022 — OCUPACIÓN: MANIPULADORA — SALARIO $ 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 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. MÓVIL UAD: A) AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO [ ] B) AL RÉGIMEN SUBSIDIADO [ ]
14. TRASLADO: A) MISMO RÉGIMEN [ ] B) DIFERENTE RÉGIMEN [ ]
15. REPORTE DE FALLECIMIENTO [ ]
16. REPORTE DEL TRÁMITE DE PROTECCIÓN AL CESANTE [ ]
17. REPORTE DE LA CALIDAD DE PREPENSIONADO [ ]
18. REPORTE DE LA CALIDAD DE PENSIONADO [ ]

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN
PRIMER APELLIDO — SEGUNDO APELLIDO — PRIMER NOMBRE — SEGUNDO NOMBRE
TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: R.C. T.I. C.C. C.E. P.A. C.D. N.C. — NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD — SEXO: F M — FECHA NACIMIENTO: DÍA MES AÑO
42. FECHA (a partir de): DÍA MES AÑO
43. EPS ANTERIOR Código
44. 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 existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios. Anexo soporte de la Entidad [ ]
49. Declaración de no intermediación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud. [ ]
50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales. [ ]
51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades 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: MILENA CHAPARRO
55. Firma y sello del empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad: CN [ ] RC [ ] TI [ ] CC [ ] PA [ ] CE [ ] C.D. [ ] 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 en cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital. [ ]
60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor. [ ]
61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia. [ ]
62. Documento en que conste la petición de la misma interesada o el certificado de defunción de los padres o la declaración jurada con el contenido 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 providencias de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio. [ ]

nueva eps
Radicado No D.PEÑALOZA
Fecha: 04/10/2022 C1361

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

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:**	900285578	**Cédula Usuario:**	CC 1096246113
Nombre:	FUNDACION COLOMBIA DE ACCION HUMANITARIA				
Dirección:	KR 52 37A 155 ALTOS DEL CAMPESTRE				
Departamento:	SANTANDER		**Municipio:**	BARRANCABERMEJA	
Correo electrónico:	FUCAH2009@GMAIL.COM				
Teléfono:	3108636761		**Tarifa:**	0.522	
Actividad Económica:	1853201 EMPRESAS DE SERVICIOS SOCIALES SIN ALOJAMIENTO INCLUYE ACTIVIDADES SOCIALES DE ASESORAMIENTO, BIENESTAR, ALBERGUE, ORIENTACION Y ACTIVIDADES SIMILARES PRESTADAS A PERSONAS Y FAMILIAS EN SUS HOGARES Y EN OTROS LUGARES, LA PRESTACION DIRECTA DE BIENESTAR SOCIAL Y DE INDOLE CONEXA, LAS ACTIVIDADES DE LAS GUARDERIAS INFANTILES, ACTIVIDADES RELACIONADAS CON LA ADOPCION, ACTIVIDADES RELATIVAS AL ALBERGUE DE VICTIMAS DE DESASTRES ETC.				

DATOS DEL USUARIO QUE REALIZA LA RADICACIÓN

Cédula Usuario	Nombres y Apellidos del Usuario
CC 1096246113	NEFTALI MANDON QUINTERO

DATOS AFILIADOS RADICADOS

	Radicado	Cobertura	Documento	Nombre Trabajador	Riesgo	Tarifa	Tipo
1	27	05/10/2022	CC 37577813	RAMIREZ CHAPARRO MILENA	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.

256AD5CC1F13F2C69EFEC43E1B8F5A6B

Certificado impreso el día 10/4/2022 3:38:01 AM por el portal de empresas Edesk

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) *Señor(a)* **RAMIREZ CHAPARRO MILENA** *identificado(a) con* **CC** *número* **37.577.813** *se encuentra afiliado(a)* en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 15 de marzo de 2022 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 04 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

20221004093235

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS

CONTRATANTE:	**FUNDACION COLOMBIA DE ACCION HUMANITARIA-FUCAH**
NIT:	900285578-2
CONTRATISTA:	**MILEYDIS POLO SIMANCA**
IDENTIFICACIÓN:	28.020.676 Barrancabermeja
TELÉFONO:	3135740243
DIRECCIÓN:	Calle 52 casa 98. Barrio las torres. BARRANCABERMEJA.
OBJETO:	"PRESTACION DE SERVICIOS COMO ACTIVIDADES DE EMPRENDIMIENTO Y PRODUCTIVAS DEL CENTRO VIDA FUNDACION COLOMBIA DE ACCION HUMANITARIA FUCAH"
VALOR:	TRES MILLONES SEISCIENTOS TREINTA Y CINCO MIL CIEN PESOS ($ 3.635.100 MCTE).
FECHA DE INICIO:	5 DE OCTUBRE
RÉGIMEN TRIBUTARIO:	Régimen Simplificado
DURACIÓN:	SESENTA Y TRES (63) DIAS CALENDARIOS PROGRAMADOS (LUNES A SABADO INCLUYENDO FESTIVOS)
SUPERVISOR:	RAMON GOYENECHE BARRAGAN

Entre los suscritos a saber: **RAMON GOYENECHE BARRAGAN**, identificada con la cedula de ciudadanía número 5.671.864 de Lebrija, quien actúa en representación legal de la **FUNDACION COLOMBIA DE ACCION HUMANITARIA CENTRO VIDA FUCAH** con NIT Nº: 900285578-2, y quien para los efectos de este contrato se denominará EL CONTRATANTE; y por otra parte **MILEYDIS POLO SIMANCA**, mayor de edad, identificado con cédula de ciudadanía C.C. 28.020.676, actuando en nombre propio, con capacidad para contratar, quien manifiesta no estar incurso en las causales de inhabilidad e incompatibilidad contempladas en el artículo 8 de la ley 80 de 1993,en la Constitución o en la ley Colombiana, ni tiene obligaciones parafiscales pendientes que le impidan contratar, declaración que se entiende prestada con la firma del presente contrato y quién en adelante y para los efectos legales de este contrato se denominará EL CONTRATISTA, hemos convenido celebrar el presente CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS, previas consideraciones que se señalan a continuación: Que LA **FUNDACION COLOMBIA DE ACCION HUMANITARIA CENTRO VIDA FUCAH** 2, tiene la necesidad de contratar: 1.Los servicios en el área de actividades manualidades del centro vida de la **FUNDACION COLOMBIA DE ACCION**

HUMANITARIA CENTRO VIDA FUCAH 2. Cuidar y devolver los equipos que le fueron asignados para su gestión. 3. Pagar la seguridad social integral. **SEGUNDA- VALOR DEL CONTRATO Y FORMA DE PAGO:** Para todos los efectos legales el valor del presente contrato es por la suma de TRES MILLONES SEISCIENTOS TREINTA Y CINCO MIL CIEN PESOS ($ 3.635.100 MCTE). Dividido en pagos mensuales de UN MILLON OCHOCIENTOS DIECISIETE MIL QUINIENTOS CINCUENTA PESOS ($ 1.817.550 MCTE) al finalizar los 30 días calendarios programados de lunes a sábado incluyendo los días festivos, previa presentación del pago de seguridad social integral. **TERCERA: DURACION DEL CONTRATO:** El presente contrato tendrá una duración de sesenta y tres (63) días hábiles de lunes a sábado incluyendo días festivos, contados a partir de la fecha de firma del acta de inicio del convenio 5456-22. **CUARTA: PROHIBICION DE CESION Y SUSTITUCION,** el contratista no podrá ceder a ningún título a persona natural o jurídica, las obligaciones adquiridas mediante este contrato, salvo que exista autorización expresa y escrita del contratante. **QUINTA: INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES O ANTECEDENTES**, el contratista declara bajo la gravedad de juramento que no le asiste ningún tipo de inhabilidad de las señaladas en la Ley o antecedentes disciplinarios, fiscales o judiciales que impida la celebración del presente contrato. **SEXTA: SUPERVISION DEL CONTRATO**, La supervisión del contrato será ejercida por la Representante Legal del contratante, la cual se encargará de evaluar, aprobar o rechazar el servicio contratado y dar el visto bueno para el pago del contrato, con el lleno de requisitos. **SEPTIMA: OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA:** Son obligaciones del contratista las siguientes: 1. Disponer de todos los implementos necesarios que se llegare a requerir para ejecución de las actividades. 2. Será responsable de tener su dotación acorde a su actividad 3. Cumplir a cabalidad todas las obligaciones que aparecen relacionadas en este contrato. **OCTAVA: OBLIGACIONES DEL CONTRATANTE**: 1. Prestar el apoyo en la ejecución del objeto contractual. 2. Cancelar los honorarios en la forma pactada. **NOVENA: NATURALEZA DEL CONTRATO:** El presente contrato se rige por las normas del código civil, código de comercio. **DECIMA: IMPUESTOS TASAS Y CONTRIBUCIONES:** Los impuestos gravámenes y tasas que pueden ocasionarse por la celebración y ejecución del contrato son a cargo del contratista. **DECIMO PRIMERA: GASTOS:** El desplazamiento al sitio donde prestara los servicios para el cumplimiento del objeto contractual serán por cuenta del contratante. **DECIMA SEGUNDA: PERFECCIONAMIENTO**: El presente contrato se perfecciona con la firma de las partes y en constancia.

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS

CONTRATANTE

RAMON GOYENECHE BARRAGAN
5.671.864 de Lebrija
Representante legal

CONTRATISTA

MILEYDIS POLO SIMANCA
C.C 28.020.676 Barrancabermeja

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

"Código Balcanceado para Aportantes 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. Colectivo [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]
3. RÉGIMEN: C. Contributivo [X] S. Subsidiado [ ]
4. TIPO DE AFILIADO: CO Cotizante [X] CF Cabeza de Familia [ ] BE Beneficiario [ ]
5. TIPO DE COTIZANTE: A. Dependiente [ ] B. Independiente [X] C. Pensionado [ ]
CÓDIGO:
FECHA DE LA SOLICITUD: DÍA | MES | AÑO

A. AFILIACIÓN

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

6. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS
PRIMER APELLIDO: POLO | SEGUNDO APELLIDO: SIMANCA | PRIMER NOMBRE: MILEIDYS | SEGUNDO NOMBRE:
7. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: CC | 8. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 28.020.676 | 9. SEXO: F | 10. FECHA NACIMIENTO: 11 08 1979

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

11. ORIGEN CÚNICO: Código | 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: PORVENIR | 17. INGRESO BASE DE COTIZACIÓN: $ 1,000,000 | 18. DIRECCIÓN DE RESIDENCIA: CL 52 CS 98 | ZONA: U. [X] R. [ ] | LOCALIDAD / COMUNA | BARRIO
CIUDAD Y MUNICIPIO: B/BERMEJA | DEPARTAMENTO: SANTANDER | TELÉFONO FIJO | TELÉFONO MÓVIL: 3135740243 | CORREO ELECTRÓNICO | CÓDIGO IPS

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

19. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS
PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE
20. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD | 21. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD | 22. SEXO | 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. DISCAPACIDAD: Tipo	Condición
1									
2									
3									
4									

	32. DATOS DE RESIDENCIA: Ciudad / Mpio.	Departamento	Zona	Teléfono Fijo	Teléfono Móvil	33. VALOR UPC AFILIADO ADICIONAL (Ley 1438 de 2011)	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 | 36. Tipo documento de identidad: CC CE PA CD NIT | 37. Número documento de identidad | DV | 38. Tipo de aportante a pagador de pensiones
39. UBICACIÓN O DIRECCIÓN | CIUDAD / MUNICIPIO | DEPARTAMENTO | TELÉFONO FIJO | TELÉFONO MÓVIL | CORREO ELECTRÓNICO
FECHA INICIO DE RELACIÓN LABORAL: DÍA 05 MES 10 AÑO 2022 | OCUPACIÓN: INSTRUCTOR | SALARIO: $ 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 DESCRIPCIÓN EN LA EPS Código [ ]
6. REINSCRIPCIÓN EN LA EPS [ ]
7. INCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES [ ]
8. EXCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES [ ]
9. INICIO DE RELACIÓN LABORAL O ADQUISICIÓN DE CONDICIONES PARA COTIZAR [ ]
10. TERMINACIÓN DE LA RELACIÓN LABORAL O PÉRDIDA DE LAS CONDICIONES PARA SEGUIR COTIZANDO [ ]
11. VINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS [ ]
12. DESVINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS [ ]
13. MOVILIDAD: A) AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO [ ] B) AL RÉGIMEN SUBSIDIADO [ ]
14. TRASLADO: A) MISMO RÉGIMEN [ ] B) DIFERENTE RÉGIMEN [ ]
15. REPORTE DE FALLECIMIENTO [ ]
16. REPORTE DEL TRÁMITE DE PROTECCIÓN AL CESANTE [ ]
17. REPORTE DE LA CALIDAD DE PREPENSIONADO [ ]
18. REPORTE DE LA CALIDAD DE PENSIONADO [ ]

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN
PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE
TIPO NUCUMENTO DE IDENTIDAD | NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD | SEXO | FECHA NACIMIENTO: DÍA | MES | AÑO
42. FECHA (a partir de): DÍA | MES | AÑO | 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 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: MILEIDYS POLO
55. Firma y sello del empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad: CN [ ] RC [ ] TI [ ] 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 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 petición de la patria potestad o el certificado de defunción de los padres o la declaración jurada en el cotizante sobre la ausencia de estos padres. [ ]
63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud [ ]
64. Certificado 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. [ ]

nueva eps
Radicado No D. PEÑALOZA
Fecha: 04/10/2022 C1361

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

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:

MILEYDIS POLO SIMANCA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **28.020.676**, 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.

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

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

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo documento:	NI	**Número de documento:**	900285578	**Cédula Usuario:**	CC 1096246113
Nombre:	FUNDACION COLOMBIA DE ACCION HUMANITARIA				
Dirección:	KR 52 37A 155 ALTOS DEL CAMPESTRE				
Departamento:	SANTANDER		**Municipio:**	BARRANCABERMEJA	
Correo electrónico:	FUCAH2009@GMAIL.COM				
Teléfono:	3108636761		**Tarifa:**	0.522	
Actividad Económica:	1853201 EMPRESAS DE SERVICIOS SOCIALES SIN ALOJAMIENTO INCLUYE ACTIVIDADES SOCIALES DE ASESORAMIENTO, BIENESTAR, ALBERGUE, ORIENTACION Y ACTIVIDADES SIMILARES PRESTADAS A PERSONAS Y FAMILIAS EN SUS HOGARES Y EN OTROS LUGARES, LA PRESTACION DIRECTA DE BIENESTAR SOCIAL Y DE INDOLE CONEXA, LAS ACTIVIDADES DE LAS GUARDERIAS INFANTILES, ACTIVIDADES RELACIONADAS CON LA ADOPCION, ACTIVIDADES RELATIVAS AL ALBERGUE DE VICTIMAS DE DESASTRES ETC.				

DATOS DEL USUARIO QUE REALIZA LA RADICACIÓN

Cédula Usuario	Nombres y Apellidos del Usuario
CC 1096246113	NEFTALI MANDON QUINTERO

DATOS AFILIADOS RADICADOS

	Radicado	Cobertura	Documento	Nombre Trabajador	Riesgo	Tarifa	Tipo
1	25	05/10/2022	CC 28020676	POLO SIMANCA MILEYDIS	1	0.522	**Independiente**
2	24	05/10/2022	CC 28020676	POLO SIMANCA MILEYDIS	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.

256AD5CC1F13F2C69EFEC43E1B8F5A6B

Certificado impreso el día 10/4/2022 2:44:11 AM por el portal de empresas Edesk

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS

CONTRATANTE:	**FUNDACION COLOMBIA DE ACCION HUMANITARIA-FUCAH**
NIT:	900285578-2
CONTRATISTA:	**MILEYDIS POLO SIMANCA**
IDENTIFICACIÓN:	28.020.676 Barrancabermeja
TELÉFONO:	3135740243
DIRECCIÓN:	Calle 52 casa 98. Barrio las torres. BARRANCABERMEJA.
OBJETO:	"PRESTACION DE SERVICIOS COMO ACTIVIDADES DE EMPRENDIMIENTO Y PRODUCTIVAS DEL CENTRO VIDA FUNDACION COLOMBIA DE ACCION HUMANITARIA FUCAH"
VALOR:	CUATRO MILLONES DOCIENTOS NOVENTA Y SEISMIL SEISCIENTOS PESOS ($ 4.296.600 MCTE).
FECHA DE INICIO:	5 DE OCTUBRE
RÉGIMEN TRIBUTARIO:	Régimen Simplificado
DURACIÓN:	SESENTA Y TRES (63) DIAS CALENDARIOS PROGRAMADOS (LUNES A SABADO INCLUYENDO FESTIVOS)
SUPERVISOR:	RAMON GOYENECHE BARRAGAN

Entre los suscritos a saber: **RAMON GOYENECHE BARRAGAN**, identificada con la cedula de ciudadanía número 5.671.864 de Lebrija, quien actúa en representación legal de la **FUNDACION COLOMBIA DE ACCION HUMANITARIA CENTRO VIDA FUCAH** con NIT Nº: 900285578-2, y quien para los efectos de este contrato se denominará EL CONTRATANTE; y por otra parte **MILEYDIS POLO SIMANCA**, mayor de edad, identificado con cédula de ciudadanía C.C. 28.020.676, actuando en nombre propio, con capacidad para contratar, quien manifiesta no estar incurso en las causales de inhabilidad e incompatibilidad contempladas en el artículo 8 de la ley 80 de 1993,en la Constitución o en la ley Colombiana, ni tiene obligaciones parafiscales pendientes que le impidan contratar, declaración que se entiende prestada con la firma del presente contrato y quién en adelante y para los efectos legales de este contrato se denominará EL CONTRATISTA, hemos convenido celebrar el presente CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS, previas consideraciones que se señalan a continuación: Que LA **FUNDACION COLOMBIA DE ACCION HUMANITARIA CENTRO VIDA FUCAH** 2, tiene la necesidad de contratar: 1.Los servicios en el

área de actividades productivas del centro vida de la **FUNDACION COLOMBIA DE ACCION HUMANITARIA CENTRO VIDA FUCAH** 2. Cuidar y devolver los equipos que le fueron asignados para su gestión. 3. Pagar la seguridad social integral. **SEGUNDA- VALOR DEL CONTRATO Y FORMA DE PAGO:** Para todos los efectos legales el valor del presente contrato es por la suma de TRES MILLONES SEISCIENTOS TREINTA Y CINCO MIL CIEN PESOS ($ 3.635.100 MCTE). Dividido en pagos mensuales de UN MILLON OCHOCIENTOS DIECISIETE MIL QUINIENTOS CINCUENTA PESOS ($ 1.817.550 MCTE) al finalizar los 30 días calendarios programados de lunes a sábado incluyendo los días festivos, previa presentación del pago de seguridad social integral. **TERCERA: DURACION DEL CONTRATO:** El presente contrato tendrá una duración de sesenta y tres (63) días hábiles de lunes a sábado incluyendo días festivos, contados a partir de la fecha de firma del acta de inicio del convenio 5456-22. **CUARTA: PROHIBICION DE CESION Y SUSTITUCION,** el contratista no podrá ceder a ningún título a persona natural o jurídica, las obligaciones adquiridas mediante este contrato, salvo que exista autorización expresa y escrita del contratante. **QUINTA: INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES O ANTECEDENTES**, el contratista declara bajo la gravedad de juramento que no le asiste ningún tipo de inhabilidad de las señaladas en la Ley o antecedentes disciplinarios, fiscales o judiciales que impida la celebración del presente contrato. **SEXTA: SUPERVISION DEL CONTRATO**, La supervisión del contrato será ejercida por la Representante Legal del contratante, la cual se encargará de evaluar, aprobar o rechazar el servicio contratado y dar el visto bueno para el pago del contrato, con el lleno de requisitos. **SEPTIMA: OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA:** Son obligaciones del contratista las siguientes: 1. Disponer de todos los implementos necesarios que se llegare a requerir para ejecución de las actividades. 2. Será responsable de tener su dotación acorde a su actividad 3. Cumplir a cabalidad todas las obligaciones que aparecen relacionadas en este contrato. **OCTAVA: OBLIGACIONES DEL CONTRATANTE**: 1. Prestar el apoyo en la ejecución del objeto contractual. 2. Cancelar los honorarios en la forma pactada. **NOVENA: NATURALEZA DEL CONTRATO:** El presente contrato se rige por las normas del código civil, código de comercio. **DECIMA: IMPUESTOS TASAS Y CONTRIBUCIONES:** Los impuestos gravámenes y tasas que pueden ocasionarse por la celebración y ejecución del contrato son a cargo del contratista. **DECIMO PRIMERA: GASTOS:** El desplazamiento al sitio donde prestara los servicios para el cumplimiento del objeto contractual serán por cuenta del contratante. **DECIMA SEGUNDA: PERFECCIONAMIENTO**: El presente contrato se perfecciona con la firma de las partes y en constancia.

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS

CONTRATANTE

RAMON GOYENECHE BARRAGAN
5.671.864 de Lebrija
Representante legal

CONTRATISTA

MILEYDIS POLO SIMANCA
C.C 28.020.676 Barrancabermeja

FUCAH
Fundacion Colombiana de Accion Humanitaria

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

"Código Único 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 [ ] B. Independiente [X] C. Pensionado [ ]
CÓDIGO:
FECHA DE LA SOLICITUD: DÍA | MES | AÑO
A. AFILIACIÓN

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

6. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
POLO	SIMANCA	MILEIDYS	

7. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: CC
8. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 28.020.676
9. SEXO: F
10. FECHA NACIMIENTO: 11 08 1979

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

11. ORIGEN: Código / CÍNICO
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: PORVENIR
17. INGRESO BASE DE COTIZACIÓN - IBC: $ 1,000,000
18. UBICACIÓN DIRECCIÓN DE RESIDENCIA: CL 52 CS 98
ZONA: U. [X] R. [ ]
LOCALIDAD / COMUNA:
BARRIO:
CIUDAD / MUNICIPIO: B/BERMEJA
DEPARTAMENTO: SANTANDER
TELÉFONO FIJO:
TELÉFONO MÓVIL: 3135740243
CORREO ELECTRÓNICO:
CÓDIGO IPS:

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

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

19. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE

20. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 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. EDAD	31. DISCAPACIDAD Tipo	31. DISCAPACIDAD 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 (Sólo diligenciar en el caso)	34. Nombre de la Institución prestadora de servicios de salud (IPS)	NIVEL DE SISBEN	GRUPO POBLACIONAL
1			n. u.					I. II.	
2			n. u.					I. II.	
3			n. u.					I. II.	
4			n. 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
37. Número documento de identidad
DV
38. Tipo de aportante o pagador de pensiones

39. UBICACIÓN O DIRECCIÓN
DEPARTAMENTO
MUNICIPIO
TELÉFONO FIJO
TELÉFONO MÓVIL
CORREO ELECTRÓNICO

FECHA INICIO DE RELACIÓN LABORAL: 05 10 2022
CARGO: INSTRUCTOR
SALARIO: $ 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. NOVEDAD [ ]
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 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: TI CC CE PA CD
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD
SEXO: F M
FECHA NACIMIENTO: DÍA | MES | AÑO

42. FECHA (a partir de): DÍA | MES | AÑO
43. EPS ANTERIOR Código
44. 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 existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impidan 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 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 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: MILEIDYS POLO

55. Firma y sello del empleador, pagador 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: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] 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 en 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 solicitud de la prima unificada o el certificado de donación de los padres o la declaración jurada que el cotizante sobre la ausencia de progenitores. [ ]
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 los juzgados competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio. [ ]

nueva eps
Radicado No D.PEÑALOZA
Fecha: 04/10/2022 C1361

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

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:

MILEYDIS POLO SIMANCA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **28.020.676**, 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.

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:**	900285578	**Cédula Usuario:**	CC 1096246113
Nombre:	FUNDACION COLOMBIA DE ACCION HUMANITARIA				
Dirección:	KR 52 37A 155 ALTOS DEL CAMPESTRE				
Departamento:	SANTANDER		**Municipio:**	BARRANCABERMEJA	
Correo electrónico:	FUCAH2009@GMAIL.COM				
Teléfono:	3108636761		**Tarifa:**	0.522	
Actividad Económica:	1853201 EMPRESAS DE SERVICIOS SOCIALES SIN ALOJAMIENTO INCLUYE ACTIVIDADES SOCIALES DE ASESORAMIENTO, BIENESTAR, ALBERGUE, ORIENTACION Y ACTIVIDADES SIMILARES PRESTADAS A PERSONAS Y FAMILIAS EN SUS HOGARES Y EN OTROS LUGARES, LA PRESTACION DIRECTA DE BIENESTAR SOCIAL Y DE INDOLE CONEXA, LAS ACTIVIDADES DE LAS GUARDERIAS INFANTILES, ACTIVIDADES RELACIONADAS CON LA ADOPCION, ACTIVIDADES RELATIVAS AL ALBERGUE DE VICTIMAS DE DESASTRES ETC.				

DATOS DEL USUARIO QUE REALIZA LA RADICACIÓN

Cédula Usuario	Nombres y Apellidos del Usuario
CC 1096246113	NEFTALI MANDON QUINTERO

DATOS AFILIADOS RADICADOS

	Radicado	Cobertura	Documento	Nombre Trabajador	Riesgo	Tarifa	Tipo
1	24	05/10/2022	CC 28020676	POLO SIMANCA MILEYDIS	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.

256AD5CC1F13F2C69EFEC43E1B8F5A6B

Certificado impreso el día 10/4/2022 2:34:27 AM por el portal de empresas Edesk

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS

CONTRATANTE:	**FUNDACION COLOMBIA DE ACCION HUMANITARIA-FUCAH**
NIT:	900285578-2
CONTRATISTA:	**ROBBY QUIROGA ARRIETA**
IDENTIFICACIÓN:	C.C. 1.096.247.572
TELÉFONO:	3114896648
DIRECCIÓN:	Cra40 N 29-62 BARRANCABERMEJA.
OBJETO:	"PRESTACION DE SERVICIOS COMO MANTENIMIENTO Y ASEO DEL CENTRO VIDA FUNDACION COLOMBIA DE ACCION HUMANITARIA FUCAH"
VALOR:	SEIS MILLONES DOCIENTOS TREINTA Y SIETE MIL PESOS ($ 6.237.000 MCTE).
FECHA DE INICIO:	5 DE OCTUBRE
RÉGIMEN TRIBUTARIO:	Régimen Simplificado
DURACIÓN:	SESENTA Y TRES (63) DIAS CALENDARIOS PROGRAMADOS (LUNES A SABADO INCLUYENDO FESTIVOS)
SUPERVISOR:	RAMON GOYENECHE BARRAGAN

Entre los suscritos a saber: **RAMON GOYENECHE BARRAGAN**, identificada con la cedula de ciudadanía número 5.671.864 de Lebrija, quien actúa en representación legal de la **FUNDACION COLOMBIA DE ACCION HUMANITARIA CENTRO VIDA FUCAH** con NIT Nº: 900285578-2, y quien para los efectos de este contrato se denominará EL CONTRATANTE; y por otra parte **ROBBY QUIROGA ARRIETA**, mayor de edad, identificado con cédula de ciudadanía C.C. 1.096.247.572, actuando en nombre propio, con capacidad para contratar, quien manifiesta no estar incurso en las causales de inhabilidad e incompatibilidad contempladas en el artículo 8 de la ley 80 de 1993,en la Constitución o en la ley Colombiana, ni tiene obligaciones parafiscales pendientes que le impidan contratar, declaración que se entiende prestada con la firma del presente contrato y quién en adelante y para los efectos legales de este contrato se denominará EL CONTRATISTA, hemos convenido celebrar el presente CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS, previas consideraciones que se señalan a continuación: Que LA **FUNDACION COLOMBIA DE ACCION HUMANITARIA CENTRO VIDA FUCAH** 2, tiene la necesidad de contratar: 1.Los servicios en el área de

mantenimiento y aseo del centro vida de la **FUNDACION COLOMBIA DE ACCION HUMANITARIA CENTRO VIDA FUCAH** 2. Cuidar y devolver los equipos que le fueron asignados para su gestión. 3. Pagar la seguridad social integral. **SEGUNDA- VALOR DEL CONTRATO Y FORMA DE PAGO:** Para todos los efectos legales el valor del presente contrato es por la suma de SEIS MILLONES DOCIENTOS TREINTA Y SIETE MIL PESOS ($ 6.237.000 MCTE). Dividido en pagos mensuales de TRES MILLONES CIENTO DIECIOCHOMIL QUINIENTOS PESOS ($3.118.500) : al finalizar los 30 días calendarios programados de lunes a sábado incluyendo los días festivos, previa presentación del pago de seguridad social integral. **TERCERA: DURACION DEL CONTRATO:** El presente contrato tendrá una duración de sesenta y tres (63) días hábiles de lunes a sábado incluyendo días festivos, contados a partir de la fecha de firma del acta de inicio del convenio 5456-22. **CUARTA: PROHIBICION DE CESION Y SUSTITUCION,** el contratista no podrá ceder a ningún título a persona natural o jurídica, las obligaciones adquiridas mediante este contrato, salvo que exista autorización expresa y escrita del contratante. **QUINTA: INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES O ANTECEDENTES**, el contratista declara bajo la gravedad de juramento que no le asiste ningún tipo de inhabilidad de las señaladas en la Ley o antecedentes disciplinarios, fiscales o judiciales que impida la celebración del presente contrato. **SEXTA: SUPERVISION DEL CONTRATO**, La supervisión del contrato será ejercida por la Representante Legal del contratante, la cual se encargará de evaluar, aprobar o rechazar el servicio contratado y dar el visto bueno para el pago del contrato, con el lleno de requisitos. **SEPTIMA: OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA:** Son obligaciones del contratista las siguientes: 1. Disponer de todos los implementos necesarios que se llegare a requerir para ejecución de las actividades. 2. Será responsable de tener su dotación acorde a su actividad 3. Cumplir a cabalidad todas las obligaciones que aparecen relacionadas en este contrato. **OCTAVA: OBLIGACIONES DEL CONTRATANTE**: 1. Prestar el apoyo en la ejecución del objeto contractual. 2. Cancelar los honorarios en la forma pactada. **NOVENA: NATURALEZA DEL CONTRATO:** El presente contrato se rige por las normas del código civil, código de comercio. **DECIMA: IMPUESTOS TASAS Y CONTRIBUCIONES:** Los impuestos gravámenes y tasas que pueden ocasionarse por la celebración y ejecución del contrato son a cargo del contratista. **DECIMO PRIMERA: GASTOS:** El desplazamiento al sitio donde prestara los servicios para el cumplimiento del objeto contractual serán por cuenta del contratante. **DECIMA SEGUNDA: PERFECCIONAMIENTO**: El presente contrato se perfecciona con la firma de las partes.

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS

CONTRATANTE

Ramon Goyeneche B

RAMON GOYENECHE BARRAGAN
5.671.864 de Lebrija
Representante Legal

CONTRATISTA

Robby Quiroga

ROBBY QUIROGA ARRIETA
C.C. 37.577.813

FUCAH
Fundación Colombiana de Acción Humanitaria

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

"Código Unicamente para dependientes y afiliaciones al Régimen Subsidiado"

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva eps
gente cuidando gente
NIT 900.156.264-2

FORMULARIO VÍA WEB

I. DATOS DEL TRÁMITE — Les 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. Colectivo [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]
3. RÉGIMEN: C. Contributivo [X] S. Subsidiado [ ]
4. TIPO DE AFILIADO: CO Cotizante [X] CF Cabeza de Familia [ ] BE Beneficiario [ ]
5. TIPO DE COTIZANTE: A. Dependiente [ ] B. Independiente [X] C. Pensionado [ ]
CÓDIGO
FECHA DE LA SOLICITUD: DÍA | MES | AÑO
6. AFILIACIÓN

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

6. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS
PRIMER APELLIDO: QUIROGA | SEGUNDO APELLIDO: ARRIETA | PRIMER NOMBRE: ROBBY | SEGUNDO NOMBRE:
7. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: CC | 8. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1.096.247.572 | 9. SEXO: M | 10. FECHA NACIMIENTO: 06 08 1997

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

11. ORIGEN: Código Único [ ] | 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: PROTECCION | 17. INGRESO BASE DE COTIZACIÓN - IBC: $ 1.000.000 | 18. DIRECCIÓN DE RESIDENCIA HABITUAL: CARERA 40 29 62 | ZONA U. [X] R. [ ] | LOCALIDAD / COMUNA | BARRIO
CIUDAD Y MUNICIPIO: B/BERMEJA | DEPARTAMENTO: SANTANDER | TELÉFONO FIJO | TELÉFONO MÓVIL: 3114896648 | CORREO ELECTRÓNICO | CÓDIGO IPS

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

19. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS
PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE
20. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD | 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. ETNIA	31. DISCAPACIDAD: Tipo	Condición
1								P. [ ] N. [ ]	M. [ ] P. [ ]
2								P. [ ] N. [ ]	M. [ ] P. [ ]
3								P. [ ] N. [ ]	M. [ ] P. [ ]
4								P. [ ] N. [ ]	M. [ ] P. [ ]

	32. DATOS DE RESIDENCIA: Ciudad / Municipio	Departamento	Zona	Teléfono Fijo	Teléfono Móvil	33. VALOR UPC AFILIADO ADICIONAL (Ley 1438/2011 y la 1474)	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: C.C. [ ] C.E. [ ] P.A. [ ] C.D. [ ] N.I. [ ] | 37. Número documento de identidad | DV | 38. Tipo de aportante a pagador de pensiones
39. UBICACIÓN O DIRECCIÓN | DIRECCIÓN | DEPARTAMENTO | CIUDAD | TELÉFONO FIJO | CORREO ELECTRÓNICO
FECHA INICIO DE RELACIÓN LABORAL: 05 10 2022 | CARGO: MANTENIMIENTO | SALARIO: $ 1,247,400

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 DISCRIPCIÓN 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 REGIMEN [ ]
B) DIFERENTE REGIMEN [ ]
15. REPORTE DE FALLECIMIENTO [ ]
16. REPORTE DEL TRÁMITE DE PROTECCIÓN AL DESEMPLEO [ ]
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 NÚMERO DE IDENTIDAD | NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD | SEXO | FECHA NACIMIENTO: DÍA MES AÑO
42. FECHA (a partir de): DÍA MES AÑO | 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 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 sobre mensajes de texto. [ ]

VIII. FIRMAS

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

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad: CN [ ] RC [ ] TI [ ] 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 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 petición de la parte interesada o el certificado de defunción de los padres o la declaración jurada 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 o providencias de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio. [ ]

nueva eps
Radicado No D.PEÑALOZA
Fecha: 04/10/2022 C1361

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

VERSIÓN WEB 01/04/2016

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:

ROBBY QUIROGA ARRIETA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.096.247.572**, 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:

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 04/10/2022

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo documento:	NI	**Número de documento:**	900285578	**Cédula Usuario:**	CC 1096246113
Nombre:	FUNDACION COLOMBIA DE ACCION HUMANITARIA				
Dirección:	KR 52 37A 155 ALTOS DEL CAMPESTRE				
Departamento:	SANTANDER		**Municipio:**	BARRANCABERMEJA	
Correo electrónico:	FUCAH2009@GMAIL.COM				
Teléfono:	3108636761		**Tarifa:**	0.522	
Actividad Económica:	1853201 EMPRESAS DE SERVICIOS SOCIALES SIN ALOJAMIENTO INCLUYE ACTIVIDADES SOCIALES DE ASESORAMIENTO, BIENESTAR, ALBERGUE, ORIENTACION Y ACTIVIDADES SIMILARES PRESTADAS A PERSONAS Y FAMILIAS EN SUS HOGARES Y EN OTROS LUGARES, LA PRESTACION DIRECTA DE BIENESTAR SOCIAL Y DE INDOLE CONEXA, LAS ACTIVIDADES DE LAS GUARDERIAS INFANTILES, ACTIVIDADES RELACIONADAS CON LA ADOPCION, ACTIVIDADES RELATIVAS AL ALBERGUE DE VICTIMAS DE DESASTRES ETC.				

DATOS DEL USUARIO QUE REALIZA LA RADICACIÓN

Cédula Usuario	Nombres y Apellidos del Usuario
CC 1096246113	NEFTALI MANDON QUINTERO

DATOS AFILIADOS RADICADOS

	Radicado	Cobertura	Documento	Nombre Trabajador	Riesgo	Tarifa	Tipo
1	28	05/10/2022	CC 1096247572	QUIROGA ARRIETA ROBBY	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.

256AD5CC1F13F2C69EFEC43E1B8F5A6B Certificado impreso el día 10/4/2022 3:48:25 AM por el portal de empresas Edesk

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS

CONTRATANTE:	**FUNDACION COLOMBIA DE ACCION HUMANITARIA-FUCAH**
NIT:	900285578-2
CONTRATISTA:	**SERELLYS PADILLA NIETO**
IDENTIFICACIÓN:	C.C. 63.469.853
TELÉFONO:	3135329834
DIRECCIÓN:	CALLE 41 # 21-16 BARRANCABERMEJA.
OBJETO:	"PRESTACION DE SERVICIOS COMO PROFESIONAL EN PSICOLOGA DEL CENTRO VIDA FUNDACION COLOMBIA DE ACCION HUMANITARIA FUCAH"
VALOR:	SEIS MILLONES OCHOCIENTOS SESENTA MIL SETENCIENTOS PESOS MCTE ($ 6.860.700 MCTE).
FECHA DE INICIO:	05 DE OCTUBRE 2022
RÉGIMEN TRIBUTARIO:	Régimen Simplificado
DURACIÓN:	SESENTA Y TRES (63) DIAS CALENDARIOS PROGRAMADOS (LUNES A SABADO INCLUYENDO FESTIVOS)
SUPERVISOR:	RAMON GOYENECHE BARRAGAN

Entre los suscritos a saber: **RAMON GOYENECHE BARRAGAN**, identificada con la cedula de ciudadanía número 5.671.864 de Lebrija, quien actúa en representación legal de la **FUNDACION COLOMBIA DE ACCION HUMANITARIA CENTRO VIDA FUCAH** con NIT Nº: 900285578-2, y quien para los efectos de este contrato se denominará EL CONTRATANTE; y por otra parte **SERELLYS PADILLA NIETO**, mayor de edad, identificado con cédula de ciudadanía C.C. 63.469.853, actuando en nombre propio, con capacidad para contratar, quien manifiesta no estar incurso en las causales de inhabilidad e incompatibilidad contempladas en el artículo 8 de la ley 80 de 1993,en la Constitución o en la ley Colombiana, ni tiene obligaciones parafiscales pendientes que le impidan contratar, declaración que se entiende prestada con la firma del presente contrato y quién en adelante y para los efectos legales de este contrato se denominará EL CONTRATISTA, hemos convenido celebrar el presente CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS, previas consideraciones que se señalan a continuación: Que LA **FUNDACION COLOMBIA DE ACCION HUMANITARIA CENTRO VIDA FUCAH** 2, tiene la necesidad de contratar: 1.Los servicios en el

área de psicología del centro vida de la **FUNDACION COLOMBIA DE ACCION HUMANITARIA CENTRO VIDA FUCAH** 2. Cuidar y devolver los equipos que le fueron asignados para su gestión. 3. Pagar la seguridad social integral. **SEGUNDA- VALOR DEL CONTRATO Y FORMA DE PAGO:** Para todos los efectos legales el valor del presente contrato es por la suma de SEIS MILLONES OCHOCIENTOS SESENTA MIL SETENCIENTOS PESOS MCTE ($ 6.860.700 MCTE). Dividido en pagos mensuales de TRES MILLONES CUATROCIENTOS TREINTA MIL TRECIENTOS CINCUENTA PESOS ($ 3.430.350 MCTE). al finalizar los 30 días calendarios programados de lunes a sábado incluyendo los días festivos, previa presentación del pago de seguridad social integral. **TERCERA: DURACION DEL CONTRATO:** El presente contrato tendrá una duración de sesenta y tres (63) días hábiles de lunes a sábado incluyendo días festivos, contados a partir de la fecha de firma del acta de inicio del convenio 5456-22. **CUARTA: PROHIBICION DE CESION Y SUSTITUCION,** el contratista no podrá ceder a ningún título a persona natural o jurídica, las obligaciones adquiridas mediante este contrato, salvo que exista autorización expresa y escrita del contratante. **QUINTA: INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES O ANTECEDENTES**, el contratista declara bajo la gravedad de juramento que no le asiste ningún tipo de inhabilidad de las señaladas en la Ley o antecedentes disciplinarios, fiscales o judiciales que impida la celebración del presente contrato. **SEXTA: SUPERVISION DEL CONTRATO**, La supervisión del contrato será ejercida por la Representante Legal del contratante, la cual se encargará de evaluar, aprobar o rechazar el servicio contratado y dar el visto bueno para el pago del contrato, con el lleno de requisitos. **SEPTIMA: OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA:** Son obligaciones del contratista las siguientes: 1. Disponer de todos los implementos necesarios que se llegare a requerir para ejecución de las actividades. 2. Será responsable de tener su dotación acorde a su actividad 3. Cumplir a cabalidad todas las obligaciones que aparecen relacionadas en este contrato. **OCTAVA: OBLIGACIONES DEL CONTRATANTE**: 1. Prestar el apoyo en la ejecución del objeto contractual. 2. Cancelar los honorarios en la forma pactada. **NOVENA: NATURALEZA DEL CONTRATO:** El presente contrato se rige por las normas del código civil, código de comercio. **DECIMA: IMPUESTOS TASAS Y CONTRIBUCIONES:** Los impuestos gravámenes y tasas que pueden ocasionarse por la celebración y ejecución del contrato son a cargo del contratista. **DECIMO PRIMERA: GASTOS:** El desplazamiento al sitio donde prestara los servicios para el cumplimiento del objeto contractual serán por cuenta del contratante. **DECIMA SEGUNDA: PERFECCIONAMIENTO**: El presente contrato se perfecciona con la firma de las partes y en constancia.

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS

CONTRATANTE

RAMON GOYENECHE BARRAGAN
5.671.864 de Lebrija
Representante Legal

CONTRATISTA

SERELLYS PADILLA NIETO
C.C. 63.469.853

FUCAH
Fundación Colombiana de Acción Humanitaria

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

"Código Único 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 [ ] B. Independiente [X] C. Pensionado [ ]
CÓDIGO:
FECHA DE LA SOLICITUD: DÍA MES AÑO

A. AFILIACIÓN

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

6. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS
PRIMER APELLIDO: PADILLA | SEGUNDO APELLIDO: NIETO | PRIMER NOMBRE: SERELLYS | SEGUNDO NOMBRE:
7. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: CC | 8. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 63.469.853 | 9. SEXO: F | 10. FECHA NACIMIENTO: 06 03 1977

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

11. ORIGEN: Código Étnico | 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: PORVENIR | 17. INGRESO BASE DE COTIZACIÓN: $ 1,000,000 | 18. UBICACIÓN O DIRECCIÓN DE RESIDENCIA: CL 41 21 16 | ZONA: U. [X] R. [ ] | LOCALIDAD / COMUNA | BARRIO
CIUDAD / MUNICIPIO: B/BERMEJA | DEPARTAMENTO: SANTANDER | TELÉFONO FIJO | TELÉFONO MÓVIL: 3135329834 | CORREO ELECTRÓNICO: serellyspadilla@gmail.com | CÓDIGO EPS

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

19. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS
PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE
20. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD | 21. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD | 22. SEXO | 23. FECHA NACIMIENTO | Código EPS

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									
2									
3									
4									

	32. DATOS DE PERMANENCIA: Ciudad / Municipio	Departamento	Tipo	Teléfono Fijo	Teléfono Móvil	33. VALOR UPC AFILIADO ADICIONAL (Lo determina la EPS)	34. Nombre de la Institución prestadora de servicios de salud (IPS)	NIVEL DE SISBEN	GRUPO POBLACIONAL
1									
2									
3									
4									

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 | CIUDAD / MUNICIPIO | DEPARTAMENTO | TELÉFONO | CORREO ELECTRÓNICO
FECHA INICIO DE RELACIÓN LABORAL: 05 10 2022 | CARGO: PSICOLOGA | SALARIO: $ 1,000,000

VI. REPORTE DE NOVEDADES

10. 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 TRÁMITE 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 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 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

SERELLYS PADILLA
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

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 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 separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.
60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.
61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
62. Documento en que conste la aprobación de la patria potestad o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante 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 providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o su retiro y la relación de éste.

nueva eps
Radicado No D.PEÑALOZA
Fecha: 04/10/2022 C1361

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

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:

SERELLYS PADILLA NIETO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **63.469.853**, 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.

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

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

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo documento:	NI	**Número de documento:**	900285578	**Cédula Usuario:**	CC 1096246113
Nombre:	FUNDACION COLOMBIA DE ACCION HUMANITARIA				
Dirección:	KR 52 37A 155 ALTOS DEL CAMPESTRE				
Departamento:	SANTANDER		**Municipio:**	BARRANCABERMEJA	
Correo electrónico:	FUCAH2009@GMAIL.COM				
Teléfono:	3108636761		***Tarifa:***	0.522	
Actividad Económica:	1853201 EMPRESAS DE SERVICIOS SOCIALES SIN ALOJAMIENTO INCLUYE ACTIVIDADES SOCIALES DE ASESORAMIENTO, BIENESTAR, ALBERGUE, ORIENTACION Y ACTIVIDADES SIMILARES PRESTADAS A PERSONAS Y FAMILIAS EN SUS HOGARES Y EN OTROS LUGARES, LA PRESTACION DIRECTA DE BIENESTAR SOCIAL Y DE INDOLE CONEXA, LAS ACTIVIDADES DE LAS GUARDERIAS INFANTILES, ACTIVIDADES RELACIONADAS CON LA ADOPCION, ACTIVIDADES RELATIVAS AL ALBERGUE DE VICTIMAS DE DESASTRES ETC.				

DATOS DEL USUARIO QUE REALIZA LA RADICACIÓN

Cédula Usuario	Nombres y Apellidos del Usuario
CC 1096246113	NEFTALI MANDON QUINTERO

DATOS AFILIADOS RADICADOS

	Radicado	Cobertura	Documento	Nombre Trabajador	Riesgo	Tarifa	Tipo
1	29	05/10/2022	CC 63469853	PADILLA NIETO SERELLYS	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.

256AD5CC1F13F2C69EFEC43E1B8F5A6B Certificado impreso el día 10/4/2022 10:51:21 AM por el portal de empresas Edesk