**CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES DE INSTRUCTORA ACTIVIDADES LÚDICAS PRODUCTIVAS, MANUALIDADES Y TALLERES.**

| | |
|---|---|
| **NOMBRE DEL EMPLEADOR** | CENTRO VIDA DEL ADULTO MAYOR ANTER |
| **REPRESENTANTE LEGAL** | SARA PÉREZ ALVARADO |
| **NOMBRE DEL EMPLEADO(A)** | ANNY MAYERLY FLOREZ |
| **IDENTIFICACIÓN CC N°** | 63.454.335 de Floridablanca, Santander |
| **CIUDAD DE RESIDENCIA** | BARRANCABERMEJA CALLE 27 No. 49-14 el Cerro |
| **TELÉFONO** | 3173196172 |
| **CARGO A DESEMPEÑAR** | INSTRUCTORA ACTIVIDADES LÚDICAS Y MANUALIDADES PRODUCTIVAS. |

La ASOCIACIÓN CENTRO VIDA DEL ADULTO MAYOR, ANTER, identificada, con N.I.T. No 829002432-5, con domicilio principal en la ciudad de Barrancabermeja, representada legalmente, por la señora SARA PEREZ ALVARADO, persona mayor de edad, vecina de la ciudad de Barrancabermeja, identificada con cedula de ciudadanía No 37.932.503 de Barrancabermeja y quien en adelante se denominara el CONTRATANTE, por una parte y, por la otra. **ANNY MAYERLY FLOREZ** mayor de edad, identificado con la cedula de ciudadanía No **63.454.335 de Floridablanca, Santander**, domiciliado en Barrancabermeja, actuando en nombre propio y quien para los efectos del presente documento se denomina EL CONTRATISTA, acuerdan celebrar el presente contrato de prestación de servicios profesionales de **INSTRUCTORA ACTIVIDADES LÚDICAS PRODUCTIVAS, MANUALIDADES Y TALLERES**, el cual se regirá por las siguientes clausulas:

**PRIMERA.** – Objeto. EL CONTRATISTA en su calidad de PROFESIONAL **INSTRUCTORA ACTIVIDADES LÚDICAS PRODUCTIVAS, MANUALIDADES Y TALLERES**, se obliga para con EL CONTRATANTE a ejecutar los trabajos y demás actividades propias del servicios de contratado el cual debe realizar de conformidad con las condiciones establecidas por la entidad contratante, establecidas en este documento: las cuales son: TALLER DE ARTESANÍA CON MATERIAL RECICLABLE (INCLUYE MATERIALES). Y ACOMPAÑAMIENTO PERMANENTE EN TALLERES MANUALIDADES Y ARTESANÍA (INCLUYE MATERIALES).

**SEGUNDA. –plazo.** El plazo para la ejecución del presente contrato será desde el 05 DE OCTUBRE hasta el 17 DE DICIEMBRE 2022, el cual podrá prorrogarse por acuerdo entre las partes con antelación a la fecha de su expiración mediante la celebración de un contrato adicional que deberá constar por escrito.

**TERCERA. – Valor.** El valor del contrato será por la suma de **CINCO MILLONES TRESCIENTOS SETENTA MIL SETECIENTOS CINCUENTA PESOS MCT ($ 5.370.750)** el cual será utilizado de la siguiente manera: pago de honorarios.

**CUARTA. - Forma de pago.** El valor pactado en la cláusula anterior será cancelado de la siguiente forma:

- 40% DEL 05 AL 31 DE OCTUBRE DE 2022
- 40% DEL 01 AL 30 DE NOVIEMBRE DE 2022
- 20% DEL 1 AL 17 DE DICIEMBRE DE 2022

Previa presentación del informe mensual de gestión con sus respectivas evidencias y la cuenta de cobro, anexando los soportes de pago de seguridad social ante el CONTRATANTE.

**QUINTA.-** obligaciones del contratante. Este deberá facilitar acceso a la información que sea necesaria, de manera oportuna, para la debida información del objeto del contrato, permitirá el ingreso del profesional a cada una de las dependencias de la entidad que implique el buen ejercicio de las funciones del contratista, así mismo realizara el pago oportuno de honorarios estipulados previamente en este instrumento contractual y, estará obligado a cumplir con lo estipulado en las demás clausulas y condiciones previstas en este documento.

**SEXTA.-** obligaciones de EL CONTRATISTA. EL CONTRATISTA deberá cumplir en forma eficiente y oportuna los trabajos encomendados y aquellas obligaciones que se generen de acuerdo con la naturaleza del servicio, tales como: entrega oportuna de los informes, asistencia física en la institución en virtud de la necesidad del servicio.-

**SÉPTIMA.** – vigilancia del contrato. EL CONTRATANTE o su representante, que será designado para este contrato, supervisaran la ejecución del servicio profesional encomendado, y podrá formular las observaciones del caso con el fin de ser analizadas conjuntamente con EL CONTRATISTA y efectuar por parte de este las modificaciones o correcciones a que hubiere lugar.

**OCTAVA.** – clausula penal en caso de incumplimiento por parte de EL CONTRATISTA de cualquiera de las obligaciones previstas en este contrato dará derecho a EL CONTRATANTE al pago de cinco salarios mínimos legales mensuales vigentes.

**NOVENA.** –terminación. El presente contrato podrá darse por terminado por mutuo acuerdo entre las dos partes, o en forma unilateral por el incumplimiento de las obligaciones derivadas del contrato, por cualquiera de ellas. –

**DECIMA.-** independencia de EL CONTRATISTA. EL CONTRATISTA actuara por su propia cuenta, con absoluta autonomía y no estará sometido a subordinación laboral con EL CONTRATANTE y sus derecho se limitaran, de acuerdo con la naturaleza del contrato, a exigir el cumplimiento de las obligaciones de EL CONTRATANTE y al pago de los honorarios estipulados por la prestación del servicio.

**DECIMA PRIMERA.**- exclusión de la relación laboral. Queda claramente entendido, que no existirá relación laboral alguna entre EL CONTRATANTE Y CONTRATISTA, o el personal que este utilice en la ejecución del objeto del presente contrato.

**DECIMA SEGUNDA.-** Cesión del contrato. EL CONTRATISTA no podrá ceder parcial ni totalmente la ejecución del presente contrato a un tercero salvo previa autorización expresa y escrita de EL CONTRATANTE.

**DÉCIMA TERCERA.-** domicilio contractual. Para todo los efectos legales, el domicilio contractual será la ciudad de Barrancabermeja y las notificaciones serán recibida por las partes en las siguientes direcciones: por EL CONTRATANTE en: el barrio las granjas de la ciudad de Barrancabermeja, en diagonal 62T 45-38, EL CONTRATISTA en: CALLE 27 No. 49-14 el Cerro de la ciudad de Barrancabermeja.

**DECIMA CUARTA.- clausula compromisoria.** – toda controversia o diferencia relativa a este contrato, su ejecución y liquidación, se resolverá en cualquier centro de conciliación debidamente aprobado y habilitado por la ley de conformidad con lo anterior, las partes suscriben el presente documento en dos o más ejemplares del mismo tenor, el día 04 de Octubre de 2022, dando inicio el 05 de Octubre del presente año, en la ciudad de Barrancabermeja.

**SARA PÉREZ ALVARADO**
C.C N° 37.932.503 de Barrancabermeja
Representante Legal
**EL CONTRATANTE**

**ANNY MAYERLY FLOREZ**
CC.63.454.335 de Floridablanca
**EL CONTRATISTA**

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
**63.454.335**
NUMERO

**FLOREZ BALLESTEROS**
APELLIDOS

**ANNY MAYERLY**
NOMBRES

Anny Mayerly Florez
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 15-SEP-1985
**BUCARAMANGA**
**(SANTANDER)**
LUGAR DE NACIMIENTO

**1.73** **O+** **F**
ESTATURA G.S. RH SEXO

**22-SEP-2003 FLORIDABLANCA**
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ

P-2706200-59123512-F-0063454335-20040317 04534 04077P 02 143872186

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 **ANNY MAYERLY FLOREZ BALLESTEROS** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **63454335,** se encuentra afiliado/a desde **29/04/2008** 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 04 de octubre de 2022.

**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.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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** — Leer 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 [ ] D. Independiente [X] C. Pensionado [ ] — CÓDIGO — FECHA DE LA SOLICITUD: DÍA 04 MES 10 AÑO 2022
6. AFILIACIÓN

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

8. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS
PRIMER APELLIDO: FLOREZ — SEGUNDO APELLIDO: BALLESTEROS — PRIMER NOMBRE: ANNY — SEGUNDO NOMBRE: MAYERLY
7. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: CC — 9. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 63.454.335 — 9. SEXO: F — 10. FECHA NACIMIENTO: DÍA 15 MES 09 AÑO 1985

**III. DATOS COMPLEMENTARIOS**

11. ORIGEN: Común — 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. UBICACIÓN O DIRECCIÓN DE RESIDENCIA: CL 27 $ 49 - 14 — ZONA: U. [X] R. [ ] — LOCALIDAD / COMUNA — BARRIO
CIUDAD DE RESIDENCIA: B/BERMEJA — DEPARTAMENTO: SANTANDER — TELÉFONO FIJO — TELÉFONO MÓVIL: 3173196172 — CORREO ELECTRÓNICO: annyflorez@gmail.com — CÓDIGO IPS

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

19. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS
PRIMER APELLIDO — SEGUNDO APELLIDO — PRIMER NOMBRE — SEGUNDO NOMBRE
20. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD — 21. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD — 22. SEXO — 23. FECHA NACIMIENTO — ESTADO 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. AUTOPAGOS Tipo | Cotizante |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | | | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | |

| | 32. DATOS DE RESIDENCIA: Municipio | Departamento | Zona | 33. VALOR UPC AFILIADO ADICIONAL | 34. Entidad de la Seguridad Social Administradora Anterior (EPS) | 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 — Municipio — Departamento — Teléfono — CORREO ELECTRÓNICO
FECHA INICIO DE RELACIÓN LABORAL: DÍA 05 MES 10 AÑO 2022 — CARGO: INSTRUCTORA LUDICAS — SALARIO: $ 1,000,000

**D. 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 O CORRECCIÓN DE DATOS COMPLEMENTARIOS
5. SUSPENSIÓN DE LA INSCRIPCIÓN EN LA EPS — Código
6. REINCORPORACIÓN 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) NUEVO RÉGIMEN
b) DIFERENCIE RÉGIMEN
15. REPORTE DE FALLECIMIENTO
16. REPORTE DEL TRÁMITE DE PROTECCIÓN AL CESANTE
17. REPORTE DE LA CALIDAD DE EMPRENDIMIENTO
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 la inhabilitación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Valoración Prestacional 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**

ANNY FLOREZ
54. Firma del cotizante, cabeza de familia o beneficiario — 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: CRC [ ] 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 documento de adopción o acta de entrega del menor.
61. Copia de la tutela judicial o del acto administrativo de custodia.
62. Instrumento en que conste la petición de la parte interesada al certificado de defunción de los padres y la declaración bajo la gravedad de juramento sobre la ausencia de los dos padres.
63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.
64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
65. Copia del acto administrativo o providencias de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o que exprese la voluntad de ellos.

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:** | 829002432 | **Cédula Usuario:** | CC 37932503 |
| **Nombre:** | ASOCIACION CENTRO DE VIDA DEL ADULTO MAYOR ANTER | | | | |
| **Dirección:** | DG 62T 45 38 BR LAS GRANJAS | | | | |
| **Departamento:** | SANTANDER | | **Municipio:** | BARRANCABERMEJA | |
| **Correo electrónico:** | sarita.0214@hotmail.com | | | | |
| **Teléfono:** | 3133164747 | | **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 37932503 | SARA PEREZ ALVARADO |

## DATOS AFILIADOS RADICADOS

| | Radicado | Cobertura | Documento | Nombre Trabajador | Riesgo | Tarifa | Tipo |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 40 | 05/10/2022 | CC 63454335 | FLOREZ BALLESTEROS ANNY | 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.

RES_4_1_3_FRTS v_04

Cordial saludo,

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

9F51604CD2361D885D096DA8E719FFE2 Certificado impreso el día 10/4/2022 5:44:09 AM por el portal de empresas Edesk

POSITIVA
COMPAÑÍA DE SEGUROS

**EN CASO DE ACCIDENTE DE TRABAJO**

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

www.positiva.gov.co

LA ASEGURADORA DE TODOS LOS COLOMBIANOS

POSITIVA

ANNY MAYERLY
FLOREZ BALLESTEROS
63454335

ASOCIACION CENTRO DE VIDA DEL ADULTO MAYOR AI
829002432

CONT No. 022-22

**CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO AUX ENFERMERIA**

| | |
|---|---|
| **NOMBRE DEL EMPLEADOR** | ASOCIACION CENTRO VIDA DEL ADULTO MAYOR ANTER |
| **REPRESENTANTE LEGAL** | SARA PEREZ ALVARADO |
| **NOMBRE DEL EMPLEADO(A)** | DENIS ROSA HERRERA BARANDICA |
| **IDENTIFICADA CON CEDULA N°** | 1.084.741.580 DE ARACATACA |
| **CIUDAD DE RESIDENCIA** | BARRANCABERMEJA CALLE 52 # 19-11 BARRIO TORCOROMA |
| **TELEFONO** | 3245803304 |
| **CARGO A DESEMPEÑAR** | AUXILIAR DE ENFERMERIA |

La ASOCIACIÓN CENTRO VIDA DEL ADULTO MAYOR, ANTER, identificada, con N.I.T. No 829002432-5, con domicilio principal en la ciudad de Barrancabermeja, representada legalmente, por la señora **SARA PEREZ ALVARADO**, persona mayor de edad, vecina de la ciudad de Barrancabermeja, identificada con cedula de ciudadanía No 37.932.503 de Barrancabermeja y quien en adelante se denominara el CONTRATANTE, por una parte y, por la otra. **DENIS ROSA HERRERA BARANDICA** mayor de edad, identificado con la cedula de ciudadanía No. **1.084.741.580 DE ARACATACA** Domiciliado en Barrancabermeja, actuando en nombre propio y quien para los efectos del presente documento se denomina EL CONTRATISTA, acuerdan celebrar el presente contrato de trabajo como **TECNICO AUXILIAR DE ENFERMERIA**, el cual se regirá por las siguientes clausulas:

**PRIMERA. –** Objeto. EL CONTRATISTA en su calidad de **TECNICO AUXILIAR DE ENFERMERIA**, se obliga para con EL CONTRATANTE a ejecutar los trabajos y demás actividades propias del servicios de contratado el cual debe realizar de conformidad con las condiciones establecidas por la entidad contratante, establecidas en este documento: las cuales son: Toma de tensión control, pesaje, signos vitales Charlas educativas, en temas de nutrición, cambios asociados a la vejes, enfermedades, vida digna, etc. **AUXILIAR DE ENFERMERIA** AL ADULTO MAYOR.

**SEGUNDA. –plazo.** El plazo para la ejecución del presente contrato será desde el 05 DE OCTUBRE hasta el 17 DE DICIEMBRE 2022, el cual podrá prorrogarse por acuerdo entre las partes con antelación a la fecha de su expiración mediante la celebración de un contrato adicional que deberá constar por escrito.

**TERCERA. – Valor.** El valor del contrato será por la suma de **SEIS MILLONES SESENTA Y TRES MIL SETECIENTOS CINCUENTA PESOS MCT ($6.063.750)** el cual será utilizado de la siguiente manera: pago de honorarios.

**CUARTA. - Forma de pago.** El valor pactado en la cláusula anterior será cancelado de la siguiente forma:

- 40% DEL 05 AL 31 DE OCTUBRE DE 2022
- 40% DEL 01 AL 30 DE NOVIEMBRE DE 2022
- 20% DEL 1 AL 17 DE DICIEMBRE DE 2022

Previa presentación del informe mensual de gestión con sus respectivas evidencias y la cuenta de cobro, anexando los soportes de pago de seguridad social ante el CONTRATANTE.

**QUINTA.- obligaciones del contratante.** Este deberá facilitar acceso a la información que sea necesaria, de manera oportuna, para la debida información del objeto del contrato, permitirá el ingreso del profesional a cada una de las dependencias de la entidad que implique el buen ejercicio de las funciones del contratista, así mismo realizara el pago oportuno de

honorarios estipulados previamente en este instrumento contractual y, estará obligado a cumplir con lo estipulado en las demás clausulas y condiciones previstas en este documento.

**SEXTA. - obligaciones de EL CONTRATISTA.** EL CONTRATISTA deberá cumplir en forma eficiente y oportuna los trabajos encomendados y aquellas obligaciones que se generen de acuerdo con la naturaleza del servicio, tales como: entrega oportuna de los informes, asistencia física en la institución en virtud de la necesidad del servicio.

**SÉPTIMA. – vigilancia del contrato.** EL CONTRATANTE o su representante, que será designado para este contrato, supervisaran la ejecución del servicio profesional encomendado, y podrá formular las observaciones del caso con el fin de ser analizadas conjuntamente con EL CONTRATISTA y efectuar por parte de este las modificaciones o correcciones a que hubiere lugar.

**OCTAVA. – clausula penal** en caso de incumplimiento por parte de EL CONTRATISTA de cualquiera de las obligaciones previstas en este contrato dará derecho a EL CONTRATANTE al pago de cinco salarios mínimos legales mensuales vigentes.

**NOVENA. –terminación.** El presente contrato podrá darse por terminado por mutuo acuerdo entre las dos partes, o en forma unilateral por el incumplimiento de las obligaciones derivadas del contrato, por cualquiera de ellas. –

**DECIMA.- independencia de EL CONTRATISTA.** EL CONTRATISTA actuara por su propia cuenta, con absoluta autonomía y no estará sometido a subordinación laboral con EL CONTRATANTE y sus derecho se limitaran, de acuerdo con la naturaleza del contrato, a exigir el cumplimiento de las obligaciones de EL CONTRATANTE y al pago de los honorarios estipulados por la prestación del servicio.

**DECIMA PRIMERA.- exclusión de la relación laboral.** Queda claramente entendido, que no existirá relación laboral alguna entre EL CONTRATANTE Y CONTRATISTA, o el personal que este utilice en la ejecución del objeto del presente contrato.

**DECIMA SEGUNDA.- Cesión del contrato.** EL CONTRATISTA no podrá ceder parcial ni totalmente la ejecución del presente contrato a un tercero salvo previa autorización expresa y escrita de EL CONTRATANTE.

**DÉCIMA TERCERA.- domicilio contractual.** Para todo los efectos legales, el domicilio contractual será la ciudad de Barrancabermeja y las notificaciones serán recibida por las partes

en las siguientes direcciones: por EL CONTRATANTE en: el barrio las granjas de la ciudad de Barrancabermeja, en diagonal 62T 45-38, EL CONTRATISTA en CALLE 52 # 19-11 BARRIO TORCOROMA de la ciudad de Barrancabermeja.

**DECIMA CUARTA.- clausula compromisoria.** – toda controversia o diferencia relativa a este contrato, su ejecución y liquidación, se resolverá en cualquier centro de conciliación debidamente aprobado y habilitado por la ley de conformidad con lo anterior, las partes suscriben el presente documento en dos o más ejemplares del mismo tenor, el día 04 de Octubre de 2022, dando inicio el 05 de Octubre del presente año, en la ciudad de Barrancabermeja.

**SARA PÉREZ ALVARADO**
C.C N° 37'932.503 de Barrancabermeja
**REPRESENTANTE LEGAL**
**EL CONTRATANTE**

**DENIS ROSA HERRERA BARANDICA**
C.C 1.084.741.580 DE ARACATACA
**EL CONTRATISTA**

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.084.741.580
HERRERA BARANDICA

APELLIDOS
DENIS ROSA

NOMBRES

Denys Herrera B

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 22-JUL-1993
PIVIJAY
(MAGDALENA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.68 A+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO

05-AGO-2011 ARACATACA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL



P-2101003-00330750-F-1084741580 20111001 0029208760A 1 37169072

nueva epf

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

# FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

"Código Único para depositantes y afiliaciones al Régimen Subsidiado"

nueva eps
gente cuidando gente
NIT 900.156.264-2

# FORMULARIO VÍA WEB

**I. DATOS DEL TRÁMITE** — Lea cuidadosamente 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

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

6. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS
PRIMER APELLIDO: HERRERA | SEGUNDO APELLIDO: BARANDICA | PRIMER NOMBRE: DENIS | SEGUNDO NOMBRE: ROSA
7. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: T.I. [ ] C.C. [X] C.E. [ ] P.A. [ ] C.D. [ ] S.C. [ ]
8. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 084 741 580
9. SEXO: F | 10. FECHA NACIMIENTO: 22 | 07 | 1993

**III. DATOS COMPLEMENTARIOS**

11. ORIGEN: Código [ ] Tipo [ ] 12. DISCAPACIDAD: [ ] 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. DIRECCIÓN DE RESIDENCIA: CL 52 # 19 11
ZONA: U. [X] R. [ ]
LOCALIDAD / COMUNA
BARRIO
CÓDIGO DANE MUNICIPIO: B/BERMEJA | DEPARTAMENTO: SANTANDER
TELÉFONO FIJO
TELÉFONO CELULAR: 3245803304
CORREO ELECTRÓNICO: denishb@hotmail.com
CÓDIGO IPS

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

19. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS
PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE
20. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: T.I. [ ] C.C. [ ] C.E. [ ] P.A. [ ] C.D. [ ]
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. Nº de Hijo | 28. FECHA DE NACIMIENTO | 29. PARENTESCO | 30. EDAD | 31. DECLARACIÓN: Tipo | Condición |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | | | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | |

| | 32. DATOS DE RESIDENCIA: Dirección y Barrio | Departamento y Municipio | Zona | Teléfono Fijo | Teléfono Celular | 33. VALOR UPC AFILIADO ADICIONAL (en números enteros) | 34. Nombre de la Institución (procedencia del convenio de salud EPS) | NIVEL DEL SISBÉN | CÓDIGO PREVALENTE |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | | | R. U. R. | | | | | | |
| 2 | | | R. U. R. | | | | | | |
| 3 | | | R. U. R. | | | | | | |
| 4 | | | R. 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: C.C. [ ] C.E. [ ] N.I.T. [ ]
37. Número documento de identidad
DV
38. Tipo de aportante o pagador de pensiones
39. UBICACIÓN O DIRECCIÓN
DEPARTAMENTO
MUNICIPIO
DIRECCIÓN
TELÉFONO
CORREO ELECTRÓNICO
FECHA INICIO DE RELACIÓN LABORAL: 05 | 10 | 2022
CARGO: AUX. ENFERMERIA
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 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) ENTRE 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: T.I. [ ] C.C. [ ] C.E. [ ] P.A. [ ] C.D. [ ] S.C. [ ]
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD
SEXO: F [ ] M [ ]
FECHA NACIMIENTO: DÍA | MES | AÑO
42. FECHA (a partir de): 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 _____ bajo la gravedad de juramento que expreso(amos) el(la)(los) beneficiario(a) dependen económicamente de mí. [ ]

46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales: Declaro bajo la gravedad de juramento que expreso(amos) el(la)(los) beneficiario(a) 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 copia de la Entidad [ ]
49. Declaración de no inhabilitación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Instituciones Prestadoras 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 es propia de la afiliación o del soporte de esta, tanto a la base de datos de afiliados regulares y a las unidades 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. [ ]

**VII. FIRMAS**

DENIS HERRERA
54. Firma del cotizante, cabeza de familia o beneficiario
55. Firma y sello del empleador, empleado 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 entidad 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 declaró el divorcio, sentencia judicial que declaró 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 petición de la pareja unificada o el certificado de convivencia de los padres o la declaración suscrita por el cotizante, cabeza de familia o afiliado adicional que declare la unión marital de hecho.
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 autoridades competentes en la que conste la causal de exoneración o terminación de obra.

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 Y CESANTÍAS PORVENIR**
NIT 800.144.331-3

# CERTIFICA QUE:

**DENIS ROSA HERRERA BARANDICA,** identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.084.741.580**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías 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:** | 829002432 | **Cédula Usuario:** | CC 37932503 |
| **Nombre:** | ASOCIACION CENTRO DE VIDA DEL ADULTO MAYOR ANTER | | | | |
| **Dirección:** | DG 62T 45 38 BR LAS GRANJAS | | | | |
| **Departamento:** | SANTANDER | | **Municipio:** | BARRANCABERMEJA | |
| **Correo electrónico:** | sarita.0214@hotmail.com | | | | |
| **Teléfono:** | 3133164747 | | **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 37932503 | SARA PEREZ ALVARADO |

## DATOS AFILIADOS RADICADOS

| | Radicado | Cobertura | Documento | Nombre Trabajador | Riesgo | Tarifa | Tipo |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 42 | 05/10/2022 | CC 1084741580 | HERRERA BARANDICA DENIS | 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.

NES_4_1_3_FR15 v_04

Cordial saludo,

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

9F51604CD2361D885D096DA8E719FFE2 Certificado impreso el día 10/4/2022 6:03:42 AM por el portal de empresas Edesk

POSITIVA
COMPAÑÍA DE SEGUROS

POSITIVA

**EN CASO DE ACCIDENTE DE TRABAJO**

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

www.positiva.gov.co

LA ASEGURADORA DE TODOS LOS COLOMBIANOS

**DENIS ROSA**
HERRERA BARANDICA
1084741580

ASOCIACION CENTRO DE VIDA DEL ADULTO MAYOR AI
829002432

# CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES DE ENCARGADO DE LIMPIEZA Y MANTENIMIENTO

| | |
|---|---|
| NOMBRE DEL EMPLEADOR | ASOCIACION CENTRO VIDA DEL ADULTO MAYOR ANTER |
| REPRESENTANTE LEGAL | SARA PEREZ ALVARADO |
| NOMBRE DEL EMPLEADO(A) | FERNANDO GUTIÉRREZ PÉREZ |
| IDENTIFICADO CON CEDULA N° | 1096199267 de Barrancabermeja |
| CIUDAD DE RESIDENCIA | BARRANCABERMEJA Transversal 55 # 20-64 B. Torcoroma |
| TELEFONO | 3133804103 |
| CARGO A DESEMPEÑAR | LIMPIEZA Y MANTENIMIENTO |

Entre la **ASOCIACION CENTRO VIDA DEL ADULTO MAYOR ANTER**, N.I.T. No 829002432-5, del Municipio de Barrancabermeja, sociedad legalmente constituida y con domicilio principal la ciudad de Barrancabermeja, quien en adelante se denominara el **CONTRATANTE**, representada legalmente por **SARA PEREZ ALVARADO**, identificada con Cedula de Ciudadanía N° 37'932.503 de Barrancabermeja y **FERNANDO GUTIERREZ PEREZ**, quien se identifica como aparece al pie de su firma y en adelante se denominara **EL CONTRATISTA**, hemos convenido celebrar un contrato de PRESTACION DE SERVICIOS que se regulara por las cláusulas que a continuación se expresan y en general por las disposiciones del código civil y código de comercio aplicables a la materia de qué trata este contrato:

**PRIMERA: OBJETO**. EL CONTRATISTA, de manera independiente, sin subordinación o dependencia, utilizando sus propios medios, prestara los servicios de **LIMPIEZA Y MANTENIMIENTO**

**SEGUNDA. –plazo.** El plazo para la ejecución del presente contrato será desde el 5 DE OCTUBRE hasta el 17 DE DICIEMBRE 2022, el cual podrá prorrogarse por acuerdo entre las partes con antelación a la fecha de su expiración mediante la celebración de un contrato adicional que deberá constar por escrito.

**TERCERA. – Valor.** El valor del contrato será por la suma de **SIETE MILLONES SETECIENTOS NOVENTA Y SEIS MIL DOSCIENTOS CINCUENTA PESOS MCT ($ 7.796.250)** el cual será utilizado de la siguiente manera: pago de honorarios.

**CUARTA. - Forma de pago.** El valor pactado en la cláusula anterior será cancelado de la siguiente forma:

- 40% DEL 05 AL 31 DE OCTUBRE DE 2022
- 40% DEL 01 AL 30 DE NOVIEMBRE DE 2022
- 20% DEL 1 AL 17 DE DICIEMBRE DE 2022

Previa presentación del informe mensual de gestión con sus respectivas evidencias y la cuenta de cobro, anexando los soportes de pago de seguridad social ante el CONTRATANTE.

**QUINTA.- obligaciones del contratante.** Este deberá facilitar acceso a la información que sea necesaria, de manera oportuna, para la debida información del objeto del contrato, permitirá el ingreso del profesional a cada una de las dependencias de la entidad que implique el buen ejercicio de las funciones del contratista, así mismo realizara el pago oportuno de honorarios estipulados previamente en este instrumento contractual y, estará obligado a cumplir con lo estipulado en las demás clausulas y condiciones previstas en este documento.

**SEXTA.- obligaciones de EL CONTRATISTA.** EL CONTRATISTA deberá cumplir en forma eficiente y oportuna los trabajos encomendados y aquellas obligaciones que se generen de acuerdo con la naturaleza del servicio, tales como: entrega oportuna de los informes, asistencia física en la institución en virtud de la necesidad del servicio.

**SÉPTIMA. – vigilancia del contrato.** EL CONTRATANTE o su representante, que será designado para este contrato, supervisaran la ejecución del servicio profesional encomendado, y podrá formular las observaciones del caso con el fin de ser analizadas conjuntamente con EL CONTRATISTA y efectuar por parte de este las modificaciones o correcciones a que hubiere lugar.

**OCTAVA. – clausula penal** en caso de incumplimiento por parte de EL CONTRATISTA de cualquiera de las obligaciones previstas en este contrato dará derecho a EL CONTRATANTE al pago de cinco salarios mínimos legales mensuales vigentes.

**NOVENA. –terminación.** El presente contrato podrá darse por terminado por mutuo acuerdo entre las dos partes, o en forma unilateral por el incumplimiento de las obligaciones derivadas del contrato, por cualquiera de ellas. –

**DECIMA.- independencia de EL CONTRATISTA.** EL CONTRATISTA actuara por su propia cuenta, con absoluta autonomía y no estará sometido a subordinación laboral con EL CONTRATANTE y sus derecho se limitaran, de acuerdo con la naturaleza del contrato, a exigir el cumplimiento de las obligaciones de EL CONTRATANTE y al pago de los honorarios estipulados por la prestación del servicio.

**DECIMA PRIMERA.- exclusión de la relación laboral.** Queda claramente entendido, que no existirá relación laboral alguna entre EL CONTRATANTE Y CONTRATISTA, o el personal que este utilice en la ejecución del objeto del presente contrato.

**DECIMA SEGUNDA.- Cesión del contrato.** EL CONTRATISTA no podrá ceder parcial ni totalmente la ejecución del presente contrato a un tercero salvo previa autorización expresa y escrita de EL CONTRATANTE.

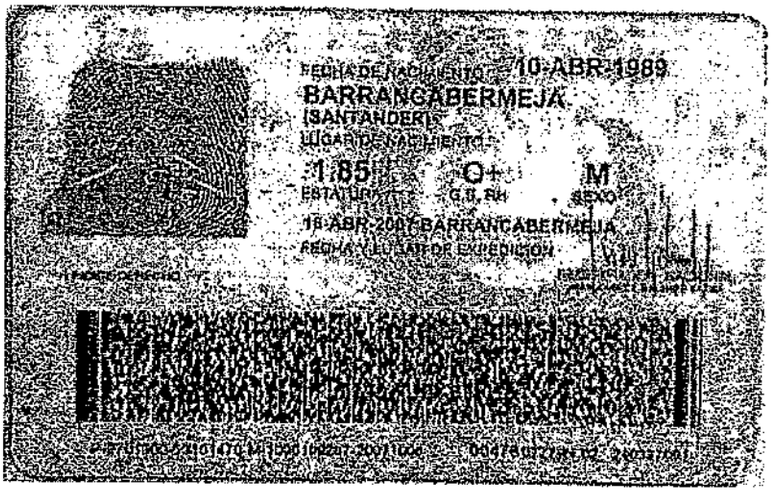
**DÉCIMA TERCERA.- domicilio contractual**. Para todo los efectos legales, el domicilio contractual será la ciudad de Barrancabermeja y las notificaciones serán recibida por las partes en las siguientes direcciones: por EL CONTRATANTE en: el barrio las granjas de la ciudad de Barrancabermeja, en diagonal 62T 45-38, EL CONTRATISTA en: transversal 55 # 20-64 B. Torcoroma de la ciudad de Barrancabermeja.

**DECIMA CUARTA.- clausula compromisoria.** – toda controversia o diferencia relativa a este contrato, su ejecución y liquidación, se resolverá en cualquier centro de conciliación debidamente aprobado y habilitado por la ley de conformidad con lo anterior, las partes suscriben el presente documento en dos o más ejemplares del mismo tenor, el día 04 de Octubre de 2022, dando inicio el 05 de Octubre del presente año, en la ciudad de Barrancabermeja.

**SARA PEREZ ALVARADO**
C.C N° 37'932.503 de Barrancabermeja
Representante Legal
**EL CONTRATANTE**

**FERNANDO GUTIERREZ PEREZ**
C.C 1.096.199.267 de Barrancabermeja
**EL CONTRATISTA**




nueva eps
Cuenta
PV

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 detenidamente 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 miembro adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ] | C. Contributivo [X] S. Subsidiado |

| 4. TIPO DE AFILIADO | 5. TIPO DE COTIZANTE | CÓDIGO | FECHA DE LA SOLICITUD |
|---|---|---|---|
| CO Cotizante [X] CF Cabeza de Familia [ ] BE Beneficiario [ ] | A. Dependiente [ ] B. Independiente [X] C. Pensionado [ ] | | DÍA MES AÑO 04 10 2022 |

A. AFILIACIÓN

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

6. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS

| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE |
|---|---|---|---|
| GUTIERREZ | PEREZ | FERNANDO | |

| 7. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD | 8. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD | 9. SEXO | 10. FECHA NACIMIENTO |
|---|---|---|---|
| CC | 1 096 199 267 | M | 10 04 1989 |

**III. DATOS COMPLEMENTARIOS**

| 11. CARGO | 12. DISCAPACIDAD | 13. PUNTAJE Y NIVEL DEL SISBEN | 14. GRUPO DE POBLACIÓN ESPECIAL | 15. ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES |
|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | Tipo / Condición | | | POSITIVA |

| 16. ADMINISTRADORA DE PENSIONES | 17. INGRESO BASE DE COTIZACIÓN - IBC | 18. DIRECCIÓN DE RESIDENCIA | ZONA U. [X] R. [ ] | LOCALIDAD Y COMUNA | BARRIO |
|---|---|---|---|---|---|
| PORVENIR | $ 1.000.000 | TV 55 # 20 64 | | | |

| CIUDAD Y DEPARTAMENTO DE RESIDENCIA | DEPARTAMENTO | TELÉFONO FIJO | TELÉFONO CELULAR | CORREO ELECTRÓNICO | CÓDIGO EPS |
|---|---|---|---|---|---|
| B/BERMEJA | SANTANDER | | 3133804103 | sarita.0214@hotmail.com | |

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

19. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS

| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE |
|---|---|---|---|
| | | | |

| 20. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD | 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. ZONA | 31. RESPONSABLE Tipo | 31. RESPONSABLE Condición | 32. DATOS DE RESIDENCIA Ciudad y Depto. | 32. DATOS DE RESIDENCIA Dirección | 33. TIPO | 34. VALOR UPC AFILIADO ADICIONAL (no aplica para la EPS) | 35. Nombre de la Institución prestadora de servicios de salud (IPS) | 36. NIVEL DEL SISBEN | 37. COPIA REGISTRO CIVIL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 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**

| 38. Nombre o Razón Social | 39. Tipo documento de identidad | 40. Número documento de identidad | DV | 41. Tipo de aportante o pagador de pensiones |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |

| 42. UBICACIÓN O DIRECCIÓN | CIUDAD Y DEPTO. | TELÉFONO | CORREO ELECTRÓNICO |
|---|---|---|---|
| | | | |

| FECHA INICIO DE RELACIÓN LABORAL | CARGO | SALARIO |
|---|---|---|
| DÍA 05 MES 10 AÑO 2022 | MANTENIMIENTO | $ 1,000,000 |

**G. REPORTE DE NOVEDADES**

43. 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. REINCORPORACIÓN 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. INICIO DEL TRÁMITE DE INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD GENERAL [ ]
17. REPORTE DE LA CALIDAD DE PENSIONADO [ ]
18. REPORTE DE LA CALIDAD DE PENSIONADO [ ]

**VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD**

44. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN

| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE |
|---|---|---|---|
| | | | |

| TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD | NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD | SEXO | FECHA NACIMIENTO |
|---|---|---|---|
| | | F M | DÍA MES AÑO |

| 45. FECHA (a partir de) | 46. EPS ANTERIOR Código | 47. MOTIVO DE TRASLADO Código | 48. 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) (la) 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 interrupción del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud. [ ]
50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales. [ ]
51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a las bases 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 | 55. Firma y sello del empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio |
|---|---|
| FERNANDO GUTIERREZ | |

**IX. ANEXOS**

56. Anexo copia del documento de identidad: CN [ ] PE [ ] TI [ ] CC [ ] PA [ ] CE [ ] SC [ ] SD [ ] Cantidad [ ] Total [ ]
57. Copia del acuerdo de la sociedad patrimonial 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 disolución 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 en la cual manifiesta el desplazado su declaración de los hechos y la manifestación bajo la cual el cotizante cabeza de familia de los desplazados [ ]
63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud. [ ]
64. Constancia de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. [ ]
65. Copia del acto administrativo o providencia de fallecimiento en la que conste la calidad de pensionado o su reporte en la sentencia de caso. [ ]

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

**X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL**

V01A 14/08/2020 16:24:39

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:

**FERNANDO GUTIERREZ PEREZ,** identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.096.199.267**, 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:** | 829002432 | **Cédula Usuario:** | CC 37932503 |
| **Nombre:** | ASOCIACION CENTRO DE VIDA DEL ADULTO MAYOR ANTER | | | | |
| **Dirección:** | DG 62T 45 38 BR LAS GRANJAS | | | | |
| **Departamento:** | SANTANDER | | **Municipio:** | BARRANCABERMEJA | |
| **Correo electrónico:** | sarita.0214@hotmail.com | | | | |
| **Teléfono:** | 3133164747 | | **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 37932503 | SARA PEREZ ALVARADO |

## DATOS AFILIADOS RADICADOS

| | Radicado | Cobertura | Documento | Nombre Trabajador | Riesgo | Tarifa | Tipo |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 48 | 05/10/2022 | CC 1096199267 | GUTIERREZ PEREZ FERNANDO | 1 | 0.522 | Independiente |

## OBSERVACIONES

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

825_4_1_3_FR15 v_04

Cordial saludo,

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

9F51604CD2361D885D096DA8E719FFE2

Certificado impreso el día 10/4/2022 6:26:55 AM por el portal de empresas Edesk

POSITIVA
COMPAÑÍA DE SEGUROS

POSITIVA

**EN CASO DE ACCIDENTE DE TRABAJO**

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

www.positiva.gov.co

LA ASEGURADORA DE TODOS LOS COLOMBIANOS

**FERNANDO**
**GUTIERREZ PEREZ**
1096199267

**ASOCIACION CENTRO DE VIDA DEL ADULTO MAYOR AI**
829002432

CONT No. 015-22

**CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES DE DIRECTOR TECNICO**

| | |
|---|---|
| NOMBRE DEL EMPLEADOR | ASOCIACION CENTRO VIDA DEL ADULTO MAYOR ANTER |
| REPRESENTANTE LEGAL | SARA PEREZ ALVARADO |
| NOMBRE DEL EMPLEADO(A) | **FERNEY GUTIERREZ PEREZ** |
| IDENTIFICADO CON CEDULA N° | 1096192250 de Barrancabermeja |
| CIUDAD DE RESIDENCIA | BARRANCABERMEJA Transversal 55 # 20-64 B. Torcoroma |
| TELEFONO | 3214063540 |
| CARGO A DESEMPEÑAR | DIRECTOR TECNICO |

Entre la **ASOCIACION CENTRO VIDA DEL ADULTO MAYOR ANTER**, N.I.T. No 829002432-5, del Municipio de Barrancabermeja, sociedad legalmente constituida y con domicilio principal la ciudad de Barrancabermeja, quien en adelante se denominara el **CONTRATANTE**, representada legalmente por **SARA PEREZ ALVARADO**, identificada con Cedula de Ciudadanía N° 37'932.503 de Barrancabermeja y **FERNEY GUTIERREZ PEREZ**, quien se identifica como aparece al pie de su firma y en adelante se denominara **EL CONTRATISTA,** hemos convenido celebrar un contrato de PRESTACION DE SERVICIOS que se regulara por las cláusulas que a continuación se expresan y en general por las disposiciones del código civil y código de comercio aplicables a la materia de qué trata este contrato:

**PRIMERA: OBJETO.** EL CONTRATISTA, de manera independiente, sin subordinación o dependencia, utilizando sus propios medios, prestara los servicios de DIRECTOR TÉCNICO O COORDINADOR, responsable del cumplimiento de los servicios ofrecidos por el centro vida,

**SEGUNDA. –plazo.** El plazo para la ejecución del presente contrato será desde el 5 DE OCTUBRE hasta el 17 DE DICIEMBRE 2022, el cual podrá prorrogarse por acuerdo entre las partes con antelación a la fecha de su expiración mediante la celebración de un contrato adicional que deberá constar por escrito.

**TERCERA. – Valor.** El valor del contrato será por la suma de **OCHO MILLONES TRESCIENTOS DIECISEIS MIL PESOS MCT ($ 8.316.000)** el cual será utilizado de la siguiente manera: pago de honorarios.

**CUARTA. - Forma de pago.** El valor pactado en la cláusula anterior será cancelado de la siguiente forma:

- 40% DEL 05 AL 31 DE OCTUBRE DE 2022
- 40% DEL 01 AL 30 DE NOVIEMBRE DE 2022
- 20% DEL 1 AL 17 DE DICIEMBRE DE 2022

Previa presentación del informe mensual de gestión con sus respectivas evidencias y la cuenta de cobro, anexando los soportes de pago de seguridad social ante el CONTRATANTE.

**QUINTA.- obligaciones del contratante.** Este deberá facilitar acceso a la información que sea necesaria, de manera oportuna, para la debida información del objeto del contrato, permitirá el ingreso del profesional a cada una de las dependencias de la entidad que implique el buen ejercicio de las funciones del contratista, así mismo realizara el pago oportuno de honorarios estipulados previamente en este instrumento contractual y, estará obligado a cumplir con lo estipulado en las demás clausulas y condiciones previstas en este documento.

**SEXTA.- obligaciones de EL CONTRATISTA.** EL CONTRATISTA deberá cumplir en forma eficiente y oportuna los trabajos encomendados y aquellas obligaciones que se generen de acuerdo con la naturaleza del servicio, tales como: entrega oportuna de los informes, asistencia física en la institución en virtud de la necesidad del servicio.

**SÉPTIMA. – vigilancia del contrato.** EL CONTRATANTE o su representante, que será designado para este contrato, supervisaran la ejecución del servicio profesional encomendado, y podrá formular las observaciones del caso con el fin de ser analizadas conjuntamente con EL CONTRATISTA y efectuar por parte de este las modificaciones o correcciones a que hubiere lugar.

**OCTAVA. – clausula penal** en caso de incumplimiento por parte de EL CONTRATISTA de cualquiera de las obligaciones previstas en este contrato dará derecho a EL CONTRATANTE al pago de cinco salarios mínimos legales mensuales vigentes.

**NOVENA. –terminación.** El presente contrato podrá darse por terminado por mutuo acuerdo entre las dos partes, o en forma unilateral por el incumplimiento de las obligaciones derivadas del contrato, por cualquiera de ellas. –

**DECIMA.- independencia de EL CONTRATISTA.** EL CONTRATISTA actuara por su propia cuenta, con absoluta autonomía y no estará sometido a subordinación laboral con EL CONTRATANTE y sus derecho se limitaran, de acuerdo con la naturaleza del contrato, a exigir el cumplimiento de las obligaciones de EL CONTRATANTE y al pago de los honorarios estipulados por la prestación del servicio.

**DECIMA PRIMERA.- exclusión de la relación laboral.** Queda claramente entendido, que no existirá relación laboral alguna entre EL CONTRATANTE Y CONTRATISTA, o el personal que este utilice en la ejecución del objeto del presente contrato.

**DECIMA SEGUNDA.- Cesión del contrato.** EL CONTRATISTA no podrá ceder parcial ni totalmente la ejecución del presente contrato a un tercero salvo previa autorización expresa y escrita de EL CONTRATANTE.

**DÉCIMA TERCERA.- domicilio contractual.** Para todo los efectos legales, el domicilio contractual será la ciudad de Barrancabermeja y las notificaciones serán recibida por las partes en las siguientes direcciones: por EL CONTRATANTE en: el barrio las granjas de la ciudad de Barrancabermeja, en diagonal 62T 45-38, EL CONTRATISTA en: CARRERA 27 A #43-05. BARRIÓ LAS COLMENAS de la ciudad de Barrancabermeja.

**DECIMA CUARTA.- clausula compromisoria.** – toda controversia o diferencia relativa a este contrato, su ejecución y liquidación, se resolverá en cualquier centro de conciliación debidamente aprobado y habilitado por la ley de conformidad con lo anterior, las partes suscriben el presente documento en dos o más ejemplares del mismo tenor, el día 04 de Octubre de 2022, dando inicio el 05 de Octubre del presente año, en la ciudad de Barrancabermeja.

**SARA PEREZ ALVARADO**
C.C N° 37'932.503 de Barrancabermeja
Representante Legal
**EL CONTRATANTE**

**FERNEY GUTIERREZ PEREZ**
C.C **1096192250** de Barrancabermeja
**EL CONTRATISTA**



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 1.096.192.250
APELLIDOS GUTIERREZ PEREZ
NOMBRES JERNEY
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 21-NOV-1987
BARRANCABERMEJA
(SANTANDER)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.72 O+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO
13-DIC-2005 BARRANCABERMEJA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ

INDICE DERECHO

P-2701900-59145293-M-1096192250-20060220 0028006048A 02 205635135

nueva eps

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:** | 829002432 | **Cédula Usuario:** | CC 37932503 |
| **Nombre:** | ASOCIACION CENTRO DE VIDA DEL ADULTO MAYOR ANTER | | | | |
| **Dirección:** | DG 62T 45 38 BR LAS GRANJAS | | | | |
| **Departamento:** | SANTANDER | **Municipio:** | BARRANCABERMEJA | | |
| **Correo electrónico:** | sarita.0214@hotmail.com | | | | |
| **Teléfono:** | 3133164747 | **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 37932503 | SARA PEREZ ALVARADO |

## DATOS AFILIADOS RADICADOS

| | Radicado | Cobertura | Documento | Nombre Trabajador | Riesgo | Tarifa | Tipo |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 47 | 05/10/2022 | CC 1096192250 | GUTIERREZ PEREZ FERNEY | 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.

RES_4_1_3_FR15 v_04

Cordial saludo,

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

9F61604CD2361D885D096DA8E719FFE2 Certificado impreso el día 10/4/2022 6:23:12 AM por el portal de empresas Edesk

POSITIVA
COMPAÑÍA DE SEGUROS

POSITIVA

**EN CASO DE ACCIDENTE DE TRABAJO**

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

www.positiva.gov.co

LA ASEGURADORA DE TODOS LOS COLOMBIANOS

**FERNEY**
**GUTIERREZ PEREZ**
1096192250

**ASOCIACION CENTRO DE VIDA DEL ADULTO MAYOR AI**
829002432

porvenir
sólo hay uno

**SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A.**
**En su condición de administradora del**
**FONDO DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR**
NIT 800.144.331-3

# CERTIFICA QUE:

**FERNEY GUTIERREZ PEREZ,** identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.096.192.250**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías 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.

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 cuidadosamente 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) Para Beneficiario o 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)**

8. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS

| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE |
|---|---|---|---|
| GUTIERREZ | PEREZ | FERNEY | |

7. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: CC — 8. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 096 192 250 — 9. SEXO: F M — 10. FECHA NACIMIENTO: 21 | 11 | 1987

**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 - IBC: $ 1,000,000 — 18. DIRECCIÓN DE RESIDENCIA: TV 55 # 20 64 — ZONA: U. [X] R. [ ] — LOCALIDAD / COMUNA — BARRIO

CIUDAD / MUNICIPIO: B/BERMEJA — DEPARTAMENTO: SANTANDER — TELÉFONO FIJO — TELÉFONO MÓVIL: 3214063540 — CORREO ELECTRÓNICO: sarita.0214@hotmail.com — CÓDIGO IPS

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

19. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS

| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE |
|---|---|---|---|
| | | | |

20. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: TI CC CE PA RC AS — 21. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD — 22. SEXO: F M — 23. FECHA NACIMIENTO: DÍA | MES | AÑO — CÓDIGO IPS

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

| | 24. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS DE LOS BENEFICIARIOS | 25. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD | 26. NÚMERO DE IDENTIDAD | 27. SEXO F M | 28. FECHA DE NACIMIENTO DÍA MES AÑO | 29. PARENTESCO | 30. ETNIA | 31. DISCAPACIDAD Tipo | Condición |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | | | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | |

| | 32. DATOS DE RESIDENCIA Ciudad / Mpio | Departamento | Zona U. R. | Teléfono Fijo | Teléfono Móvil | 33. VALOR UPC AFILIADO ADICIONAL (Las dependientes del 6) | 34. Nombre de la Subcuenta (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: CC CE PA RC NIT — 37. Número documento de identidad — DV — 38. Tipo de aportante o pagador de pensiones

39. UBICACIÓN O DIRECCIÓN — CIUDAD / MUNICIPIO — DEPARTAMENTO — CORREO ELECTRÓNICO

FECHA INICIO DE RELACIÓN LABORAL: 05 | 10 | 2022 — CARGO: DIRECTOR TECNICO — 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. NOVEDAD
A) AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO
B) AL RÉGIMEN SUBSIDIADO
14. TRASLADO
A) DESDE RÉGIMEN
B) DENTRO DE 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

**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: TI CC CE RC PA CD SC — NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD — SEXO: F M — FECHA NACIMIENTO: DÍA | MES | AÑO

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

**VIII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES**

Declaración Juramentada de convivencia: Declaro ante quien sea (los) Señor(es) _____ (identificado(a) con _____ No. _____ de _____ a los _____ días del mes _____ del año _____

46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales: Declaro bajo la gravedad de juramento que estos Beneficiario(s) relacionado(s) depende 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 las documentos que acrediten la condición de beneficiarios. Anexo soporte de la Entidad [ ]
49. Declaración de no inscripción del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud. [ ]
50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales. [ ]
51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de salud de usuarios y a las entidades públicas que por ley lo requieran o soliciten. [ ]
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: FERNEY GUTIERREZ

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 carnet de incapacidad permanente emitida por la autoridad competente. [ ]
58. Copia del registro civil de nacimiento, o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital. [ ]
59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y de bienes o 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 auto judicial o del acta administrativa de custodia. [ ]
62. Documento en que conste la petición de la pareja interesada o el certificado de cohabitación de los padres o la declaración extrajuicio del cotizante ante la autoridad de los dos padres. [ ]
63. Copia de la ejecutoria de fallo por parte de la Superintendencia Nacional de Salud. [ ]
64. Certificación de afiliación 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 pensionados y no reporte la inhabilitación de cobro. [ ]

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

**X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL**

CONT No. 017-22

## CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE FISIOTERAPIA

| | |
|---|---|
| NOMBRE DEL EMPLEADOR | CENTRO VIDA DEL ADULTO MAYOR ANTER |
| REPRESENTANTE LEGAL | SARA PÉREZ ALVARADO |
| NOMBRE DEL EMPLEADO(A) | HELENA JARAMILLO DE BERTEL |
| IDENTIFICACIÓN CC N° | 41.451.314 de BOGOTA |
| CIUDAD DE RESIDENCIA | BARRANCABERMEJA : Calle 49 # 12 – 31 |
| TELÉFONO | 3002118267 |
| CARGO A DESEMPEÑAR | FISIOTERAPEUTA |

La ASOCIACIÓN CENTRO VIDA DEL ADULTO MAYOR, ANTER, identificada, con N.I.T. No 829002432-5, con domicilio principal en la ciudad de Barrancabermeja, representada legalmente, por la señora SARA PEREZ ALVARADO, persona mayor de edad, vecina de la ciudad de Barrancabermeja, identificada con cedula de ciudadanía No 37.932.503 de Barrancabermeja y quien en adelante se denominara el CONTRATANTE, por una parte y, por la otra. HELENA JARAMILLO DE BERTEL mayor de edad, identificado con la cedula de ciudadanía No. 41.451.314 expedida en Bogotá. Domiciliado en Barrancabermeja, actuando en nombre propio y quien para los efectos del presente documento se denomina EL CONTRATISTA, acuerdan celebrar el presente contrato de prestación de servicios en **FISIOTERAPIA**, el cual se regirá por las siguientes clausulas:

**PRIMERA.** – Objeto. EL CONTRATISTA en su calidad de profesional en **FISIOTERAPIA**, se obliga para con EL CONTRATANTE a ejecutar los trabajos y demás actividades propias del servicios de contratado el cual debe realizar de conformidad con las condiciones establecidas por la entidad contratante, establecidas en este documento: las cuales son: 1. Continuar con la gestión de terapia física y rehabilitación del adulto mayor. 2. Evaluación de actividades físicas del adulto mayor de manera periódica 3. Capacitación y charlas dentro del tiempo pactado en este contrato en: higiene postural, riesgos cardiovasculares, prevención d caídas, importancia del ejercicio físico, y auto cuidado.

**SEGUNDA. –plazo.** El plazo para la ejecución del presente contrato será desde el 5 DE OCTUBRE hasta el 17 DE DICIEMBRE 2022, el cual podrá prorrogarse por acuerdo entre las partes con antelación a la fecha de su expiración mediante la celebración de un contrato adicional que deberá constar por escrito.

**TERCERA. – Valor.** El valor del contrato será por la suma de **OCHO MILLONES QUINIENTOS SETENTA Y CINCO MIL OCHOCIENTOS SETENTA Y CINCO PESOS MCT ($8.575.875)** el cual será utilizado de la siguiente manera: pago de honorarios.

**CUARTA. - Forma de pago.** El valor pactado en la cláusula anterior será cancelado de la siguiente forma:

- 40% DEL 05 AL 31 DE OCTUBRE DE 2022
- 40% DEL 01 AL 30 DE NOVIEMBRE DE 2022
- 20% DEL 1 AL 17 DE DICIEMBRE DE 2022

Previa presentación del informe mensual de gestión con sus respectivas evidencias y la cuenta de cobro, anexando los soportes de pago de seguridad social ante el CONTRATANTE.

**QUINTA**.- obligaciones del contratante. Este deberá facilitar acceso a la información que sea necesaria, de manera oportuna, para la debida información del objeto del contrato, permitirá el ingreso del profesional a cada una de las dependencias de la entidad que implique el buen ejercicio de las funciones del contratista, así mismo realizara el pago oportuno de honorarios estipulados previamente en este instrumento contractual y, estará obligado a cumplir con lo estipulado en las demás clausulas y condiciones previstas en este documento.

**SEXTA.-** obligaciones de EL CONTRATISTA. EL CONTRATISTA deberá cumplir en forma eficiente y oportuna los trabajos encomendados y aquellas obligaciones que se generen de acuerdo con la naturaleza del servicio, tales como: entrega oportuna de los informes, asistencia física en la institución en virtud de la necesidad del servicio.-

**SÉPTIMA. –** vigilancia del contrato. EL CONTRATANTE o su representante, que será designado para este contrato, supervisaran la ejecución del servicio profesional encomendado, y podrá formular las observaciones del caso con el fin de ser analizadas conjuntamente con EL CONTRATISTA y efectuar por parte de este las modificaciones o correcciones a que hubiere lugar.

**OCTAVA. –** clausula penal en caso de incumplimiento por parte de EL CONTRATISTA de cualquiera de las obligaciones previstas en este contrato dará derecho a EL CONTRATANTE al pago de cinco salarios mínimos legales mensuales vigentes.

**NOVENA.** –terminación. El presente contrato podrá darse por terminado por mutuo acuerdo entre las dos partes, o en forma unilateral por el incumplimiento de las obligaciones derivadas del contrato, por cualquiera de ellas. –

**DECIMA.-** independencia de EL CONTRATISTA. EL CONTRATISTA actuara por su propia cuenta, con absoluta autonomía y no estará sometido a subordinación laboral con EL CONTRATANTE y sus derecho se limitaran, de acuerdo con la naturaleza del contrato, a exigir el cumplimiento de las obligaciones de EL CONTRATANTE y al pago de los honorarios estipulados por la prestación del servicio.

**DECIMA PRIMERA**.- exclusión de la relación laboral. Queda claramente entendido, que no existirá relación laboral alguna entre EL CONTRATANTE Y CONTRATISTA, o el personal que este utilice en la ejecución del objeto del presente contrato.

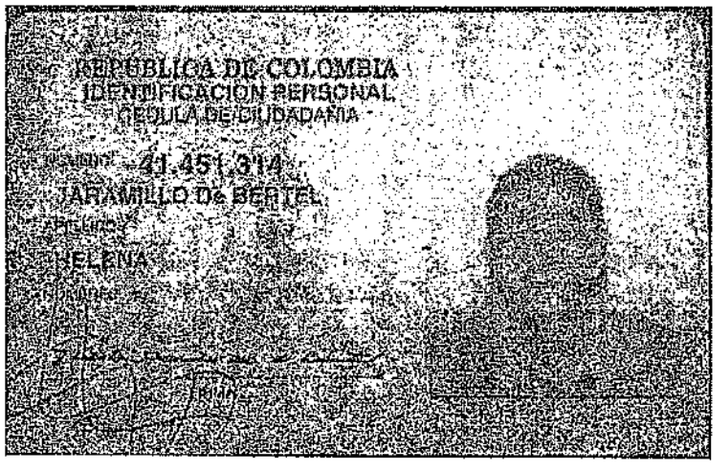
**DECIMA SEGUNDA.-** Cesión del contrato. EL CONTRATISTA no podrá ceder parcial ni totalmente la ejecución del presente contrato a un tercero salvo previa autorización expresa y escrita de EL CONTRATANTE.

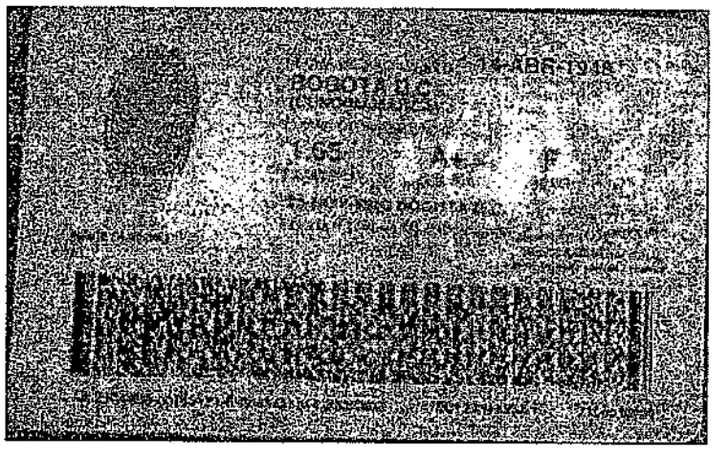
**DÉCIMA TERCERA.-** domicilio contractual. Para todo los efectos legales, el domicilio contractual será la ciudad de Barrancabermeja y las notificaciones serán recibida por las partes en las siguientes direcciones: por EL CONTRATANTE en: el barrio las granjas de la ciudad de Barrancabermeja, en diagonal 62T 45-38, EL CONTRATISTA en: Calle 49 # 12 – 31 de la ciudad de Barrancabermeja.

**DECIMA CUARTA.- clausula compromisoria.** – toda controversia o diferencia relativa a este contrato, su ejecución y liquidación, se resolverá en cualquier centro de conciliación debidamente aprobado y habilitado por la ley de conformidad con lo anterior, las partes suscriben el presente documento en dos o más ejemplares del mismo tenor, el día 04 de Octubre de 2022, dando inicio el 05 de Octubre del presente año, en la ciudad de Barrancabermeja.

**SARA PÉREZ ALVARADO**
C.C N° 37'932.503 de Barrancabermeja
Representante Legal
**EL CONTRATANTE**

**HELENA JARAMILLO DE BERTEL**
C.C N° 41.451.314 de Bogotá
**EL CONTRATISTA**


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
41.451.314
JARAMILLO DE BERTEL
HELENA


14-ABR-1918
BOGOTA D.C.
1.65
A+
F

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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

**CERTIFICA**

Verificada la base de datos del ramo de ARL de la compañía, se identificó que HELENA JARAMILLO BERTEL, identificada con Cédula Ciudadanía No. 41451314 contratista de la empresa ASOCIACION CENTRO DE VIDA DEL ADULTO MAYOR ANTER, con Nit No. 829002432. Registra como trabajador INDEPENDIENTE con fecha de inicio de cobertura 04/10/2022, para el contrato registrado con fecha desde 04/10/2022 y fecha hasta 17/12/2022, su estado actual de afiliación es ACTIVO y riesgo 3.

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

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web: www.positivaenlinea.gov.co y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 20220102037733.

Dada en Bogotá, a los 3 días del mes de octubre de 2022

Cordialmente

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

ECOPETROL

Regional Gestión Humana y Desarrollo
Magdalena Medio

RPM-3157 19952 17 JUL. 2006

A SOLICITUD DEL INTERESADO

HACEMOS CONSTAR QUE:

La señora HELENA JARAMILLO DE BERTEL, identificada con la cédula de ciudadanía No. 41.461.314 de Bogotá, prestó sus servicios a la EMPRESA COLOMBIANA DE PETROLEOS hoy ECOPETROL S.A., División de Salud Magdalena Medio, a término indefinido desde el 06 de Noviembre de 1984 hasta el 08 de Junio de 2004 fecha en la cual se acogió a la pensión de jubilación.

Al momento de su retiro ocupaba el cargo de PROFESIONAL GRADO 18.

Dada en Barrancabermeja, a los trece (13) días del mes de Julio de 2006.

Cordialmente,

HUGO HERNANDO BERNAL VALLEJO
Coordinación Servicios al Personal
Regional Magdalena Medio (e)

100433/AU

Vinculada al Ministerio de Minas y Energía
Teléfono (576) 208612 Fax (576) 209054
Diagonal 25 de Agosto Bloque 7
www.ecopetrol.com.co
Barrancabermeja

**CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO INSTRUCTOR DE INFORMÁTICA, INTERNET Y NUEVAS TECNOLOGÍAS**

| | |
|---|---|
| NOMBRE DEL EMPLEADOR | CENTRO VIDA DEL ADULTO MAYOR ANTER |
| REPRESENTANTE LEGAL | SARA PÉREZ ALVARADO |
| NOMBRE DEL EMPLEADO(A) | JAIRO MAURICIO QUINTERO SAAVEDRA |
| IDENTIFICACIÓN CC N° | 1.098.662.494 DE BUCARAMANGA |
| CIUDAD DE RESIDENCIA | Calle 52d #34e -26, Grupo F -1ro de mayo |
| TELÉFONO | 3183775732 |
| CARGO A DESEMPEÑAR | INSTRUCTOR DE INFORMÁTICA, INTERNET Y NUEVAS TECNOLOGÍAS |

**La ASOCIACIÓN CENTRO VIDA DEL ADULTO MAYOR, ANTER**, identificada, con **N.I.T. No 829002432-5,** con domicilio principal en la ciudad de Barrancabermeja, representada legalmente, por la señora **SARA PEREZ ALVARADO**, persona mayor de edad, vecina de la ciudad de Barrancabermeja, identificada con cedula de ciudadanía No **37.932.503 de Barrancabermeja** y quien en adelante se denominara el CONTRATANTE, por una parte y, por la otra. **JAIRO MAURICIO QUINTERO SAAVEDRA** mayor de edad, identificado con la cedula de ciudadanía No **1.098.662.494 expedida en Bucaramanga**, domiciliado en Barrancabermeja, actuando en nombre propio y quien para los efectos del presente documento se denomina EL CONTRATISTA, acuerdan celebrar el presente contrato de prestación de servicios profesionales como Instructor de Informática, Internet y Nuevas Tecnologías, el cual se regirá por las siguientes clausulas:

**PRIMERA. – Objeto.** EL CONTRATISTA en su calidad de INSTRUCTOR DE INFORMÁTICA, INTERNET Y NUEVAS TECNOLOGÍAS, se obliga para con EL CONTRATANTE a ejecutar los trabajos y demás actividades propias del servicios de contratado el cual debe realizar de conformidad con las condiciones establecidas por la entidad contratante, establecidas en este documento: las cuales son: 1. Capacitaciones en internet y nuevas tecnologías. 2. Acompañamiento permanente a los beneficiarios en las actividades cómputo.

**SEGUNDA. –plazo.** El plazo para la ejecución del presente contrato será desde el 5 DE OCTUBRE hasta el 17 DE DICIEMBRE 2022, el cual podrá prorrogarse por acuerdo entre las partes con antelación a la fecha de su expiración mediante la celebración de un contrato adicional que deberá constar por escrito.

**TERCERA. – Valor.** El valor del contrato será por la suma de **CUATRO MILLONES CIENTO CINCUENTA Y OCHO MIL PESOS MCT ($ 4.158.000)** el cual será utilizado de la siguiente manera: pago de honorarios.
62.100
**CUARTA. - Forma de pago.** El valor pactado en la cláusula anterior será cancelado de la siguiente forma:

- 40% DEL 05 AL 31 DE OCTUBRE DE 2022
- 40% DEL 01 AL 30 DE NOVIEMBRE DE 2022
- 20% DEL 1 AL 17 DE DICIEMBRE DE 2022

Previa presentación del informe mensual de gestión con sus respectivas evidencias y la cuenta de cobro, anexando los soportes de pago de seguridad social ante el CONTRATANTE.

**QUINTA.- obligaciones del contratante.** Este deberá facilitar acceso a la información que sea necesaria, de manera oportuna, para la debida información del objeto del contrato, permitirá el ingreso del profesional a cada una de las dependencias de la entidad que implique el buen ejercicio de las funciones del contratista, así mismo realizara el pago oportuno de honorarios estipulados previamente en este instrumento contractual y, estará obligado a cumplir con lo estipulado en las demás clausulas y condiciones previstas en este documento.

**SEXTA.- obligaciones de EL CONTRATISTA.** EL CONTRATISTA deberá cumplir en forma eficiente y oportuna los trabajos encomendados y aquellas obligaciones que se generen de acuerdo con la naturaleza del servicio, tales como: entrega oportuna de los informes, asistencia física en la institución en virtud de la necesidad del servicio.

**SÉPTIMA. – vigilancia del contrato.** EL CONTRATANTE o su representante, que será designado para este contrato, supervisaran la ejecución del servicio profesional encomendado, y podrá formular las observaciones del caso con el fin de ser analizadas conjuntamente con EL CONTRATISTA y efectuar por parte de este las modificaciones o correcciones a que hubiere lugar.

**OCTAVA. – clausula penal** en caso de incumplimiento por parte de EL CONTRATISTA de cualquiera de las obligaciones previstas en este contrato dará derecho a EL CONTRATANTE al pago de cinco salarios mínimos legales mensuales vigentes.

**NOVENA. –terminación.** El presente contrato podrá darse por terminado por mutuo acuerdo entre las dos partes, o en forma unilateral por el incumplimiento de las obligaciones derivadas del contrato, por cualquiera de ellas. –

**DECIMA.- independencia de EL CONTRATISTA.** EL CONTRATISTA actuara por su propia cuenta, con absoluta autonomía y no estará sometido a subordinación laboral con EL CONTRATANTE y sus derecho se limitaran, de acuerdo con la naturaleza del contrato, a exigir el cumplimiento de las obligaciones de EL CONTRATANTE y al pago de los honorarios estipulados por la prestación del servicio.

**DECIMA PRIMERA.- exclusión de la relación laboral.** Queda claramente entendido, que no existirá relación laboral alguna entre EL CONTRATANTE Y CONTRATISTA, o el personal que este utilice en la ejecución del objeto del presente contrato.

**DECIMA SEGUNDA.- Cesión del contrato.** EL CONTRATISTA no podrá ceder parcial ni totalmente la ejecución del presente contrato a un tercero salvo previa autorización expresa y escrita de EL CONTRATANTE.

**DÉCIMA TERCERA.- domicilio contractual.** Para todo los efectos legales, el domicilio contractual será la ciudad de Barrancabermeja y las notificaciones serán recibida por las partes en las siguientes direcciones: por EL CONTRATANTE en: el barrio las granjas de la ciudad de Barrancabermeja, en diagonal 62T 45-38, EL CONTRATISTA en **Calle 52d #34e -26, Grupo F -1ro de mayo** de la ciudad de Barrancabermeja.

**DECIMA CUARTA.- clausula compromisoria.** – toda controversia o diferencia relativa a este contrato, su ejecución y liquidación, se resolverá en cualquier centro de conciliación debidamente aprobado y habilitado por la ley de conformidad con lo anterior, las partes suscriben el presente documento en dos o más ejemplares del mismo tenor, el día 04 de Octubre de 2022, dando inicio el 05 de Octubre del presente año, en la ciudad de Barrancabermeja.

**SARA PÉREZ ALVARADO**
**C.C N° 37'932.503 DE BARRANCABERMEJA**
**REPRESENTANTE LEGAL**
**EL CONTRATANTE**

Jairo Mauricio Quintero S.

**JAIRO MAURICIO QUINTERO SAAVEDRA**
**C.C 1.098.662.494 DE BUCARAMANGA**
**EL CONTRATISTA**

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.098.662.494

APELLIDOS QUINTERO SAAVEDRA

NOMBRES JAIRO MAURICIO

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 07-NOV-1988
BARRANCABERMEJA
(SANTANDER)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.75 O+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO

06-DIC-2006 BUCARAMANGA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO

P-2700100-59158132-M-1098662494-20070406 0047907096A 02 231143964

COOSALUD

Un modo de bienestar

**CERTIFICADO DE RADICACIÓN DE AFILIACIÓN Y/O NOVEDAD**

COOSALUD EPS SA certifica que el día 04/10/2022, se radicó solicitud de trámite de afiliación y/o novedad ante esta EPS, relacionando los siguientes datos en el formulario adjunto:

| | |
|---|---|
| • **No. RADICADO:** | 27347701 |
| • **RÉGIMEN:** | Contributivo |
| • **TIPO DE TRÁMITE:** | Adición de relación laboral |
| • **FECHA DE INICIO DE RELACIÓN LABORAL:** | 2022-10-05 |
| • **TD AFILIADO:** | CC |
| • **NÚMERO DOCUMENTO AFILIADO:** | 1098662494 |
| • **TD EMPLEADOR:** | CC |
| • **NÚMERO DOCUMENTO EMPLEADOR:** | 1098662494 |
| • **FONDO DE PENSIÓN:** | COLFONDOS |
| • **IBC:** | $1.000.000,00 |
| • **No. ADJUNTOS:** | 2 |

**OBSERVACIONES:**

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

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

La presente se expide a solicitud del interesado en Cartagena, a los 4 días del mes de Octubre de 2022.

Cordialmente,

**CARLOS TORRES SALAZAR**

**Subdirector Nacional de Aseguramiento**

**COOSALUD EPS SA**

# FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

COOSALUD EPS

| No. de Radicación | Fecha de Radicación |
|---|---|
| | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Quintero | Saavedra | Jairo | Mauricio |
| CC | 1098662494 | | 04/11/1988 |

| | | |
|---|---|---|
| Positiva | Colfondos | $1,000,000 |

| | | |
|---|---|---|
| Cll 52d #34e 261 | 3108377732 | jmqs@gmail.com |
| Barrancabermeja | | Santander |

## II. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

1 Modificación de otras bases de identificación
2 Corrección de datos básicos de identificación
3 Actualización del documento de identidad
4 Actualización y corrección de datos complementarios
5 Terminación de la vinculación con la EPS
Código [ ]
6 Re-vinculación a la EPS
7 Traslado de beneficiarios o de afiliados adicionales
8 Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
9 Inicio de relación laboral o asociatividad de residentes para cotizar
10 Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando

11 Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
12 Desvinculaciones de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
13 Movilidad: A. Régimen Contributivo / B. Régimen Subsidiado
14 Traslado: A. Acuerdo Regimen / B. Otro Régimen
15 Reporte de Fallecimiento
16 Reporte del Término de Afiliación o Cesante
17 Reporte de la calidad de Pre pensionado
18 Reporte de la calidad de pensionado

## VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41 Datos básicos de identificación

| Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre |
|---|---|---|---|
| | | | |

Tipo de documento de identidad | Número de documento de identidad | Sexo: Femenino ☐ Masculino ☐ | Fecha de nacimiento: 05 10 2022

43 EPS anterior | 44. Motivo de retiro (código) | 45 Caja de Compensación Familiar o pagador de pensiones

## VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

46 Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales
47 Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o del Magisterio
48 Declaración de no afiliación de carácter voluntario o de no cotización en los últimos 4 meses
49 Declaración de no interrupción de cotizar o retiro de forma voluntaria o afiliados que cotizan en una Institución Prestadora de Servicios de Salud
50 Autorización para que la EPS solicite y consulte datos y copia de la historia clínica del cónyuge o pareja 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 en base de datos de afiliados vigente a las entidades que la requieran para las funciones la requieran
52 Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cónyuge de pareja y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y del Decreto 1377 de 2013
53 Autorización para que la EPS envíe información de correo electrónico o celular como mensaje de texto

## VIII. FIRMAS

54 El cotizante, cónyuge de pareja o beneficiario

55 El empleador, aportante o persona responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio

## IX. ANEXOS

56 Anexo copia de documento de identidad: CN ☐ NC ☐ TI ☐ CC ☐ PA ☐ CE ☐ CD ☐ SC ☐ Total [ ]

57 Copia del certificado de incapacidad permanente parcial por la autoridad competente
58 Copia del registro civil de nacimiento o de la tarjeta de identidad, cuando sea el caso
59 Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital
60 Copia del certificado de defunción o acta de entrega del menor
61 Copia de la orden judicial o del acta administrativa de tutela
62 Documento en que conste la decisión de la autoridad judicial o administrativa de custodia sin padres o la declaración jurada por el cotizante sobre la ausencia de los padres
63 Copia de la autorización de trabajo por parte de la Dirección Nacional de Salud
64 Carta de solicitud de afiliación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
65 Copia del acta administrativa o providencia judicial en la que conste la calidad de beneficiarios o de cónyuge o compañero permanente

## X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial: Código del Municipio / Código de Departamento

67. Datos del SISBEN: Número de ficha | Puntaje | Nivel

68. Fecha de radicación | 69. Fecha de digitación

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 | 72. Firma del funcionario

OBSERVACIONES

cargo: Instructor Informatica.

Advierto que con la firma del presente el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de los documentos anexos descritos en el capítulo IX del formulario

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: | 829002432 | Cédula Usuario: | CC 37932503 |
| Nombre: | ASOCIACION CENTRO DE VIDA DEL ADULTO MAYOR ANTER | | | | |
| Dirección: | DG 62T 45 38 BR LAS GRANJAS | | | | |
| Departamento: | SANTANDER | | Municipio: | BARRANCABERMEJA | |
| Correo electrónico: | sarita.0214@hotmail.com | | | | |
| Teléfono: | 3133164747 | | 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 37932503 | SARA PEREZ ALVARADO |

## DATOS AFILIADOS RADICADOS

| | Radicado | Cobertura | Documento | Nombre Trabajador | Riesgo | Tarifa | Tipo |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 44 | 05/10/2022 | CC 1098662494 | QUINTERO SAAVEDRA JAIRO | 1 | 0.522 | Independiente |

## OBSERVACIONES

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

MES_4_1_3_ENE5 v_04

Cordial saludo,

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

9F51604CD2361D885D096DA8E719FFE2

Certificado impreso el día 10/4/2022 6:12:28 AM por el portal de empresas Edesk

POSITIVA
COMPAÑÍA DE SEGUROS

**EN CASO DE ACCIDENTE DE TRABAJO**

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

www.positiva.gov.co

LA ASEGURADORA DE TODOS LOS COLOMBIANOS

**JAIRO MAURICIO**
**QUINTERO SAAVEDRA**
1098662494

**ASOCIACION CENTRO DE VIDA DEL ADULTO MAYOR AI**
829002432

Colfondos
del grupo HABITAT

COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) JAIRO MAURICIO QUINTERO SAAVEDRA identificado(a) con C.C No. 1.098.662.494, se encuentra afiliado(a) al Fondo Pensiones Obligatorias NIT 800.227.940-6.

Se expide la presente certificación a solicitud del afiliado(a) el día 04 de octubre del 2022.

El presente certificado es emitido como un archivo PDF y contiene una firma digitalizada válida para todos sus efectos de conformidad con lo dispuesto en la Ley 527 de 1999.

Cualquier inquietud adicional no dude en escribirnos a través de nuestro portal transaccional www.colfondos.com.co opción contáctanos, o comuníquese con nuestro Contact Center a través de las siguientes líneas Bogotá 7484888, Barranquilla 386 9888, Bucaramanga 698 5888, Cali 489 9888, Cartagena 694 9888, Medellín 604 2888 y en el resto del país 604 2888.

Carolina Galvis Castellanos
Directora de Cuentas y Recaudo
Colfondos S.A Pensiones y Cesantías

**CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES INSTRUCTOR DE ACTIVIDADES DEPORTIVAS, CULTURALES Y RECREATIVAS**

| | |
|---|---|
| NOMBRE DEL EMPLEADOR | ASOCIACION CENTRO VIDA DEL ADULTO MAYOR ANTER |
| REPRESENTANTE LEGAL | SARA PEREZ ALVARADO |
| NOMBRE DEL EMPLEADO(A) | JARLYNSON E. LOZANO BADILLO |
| IDENTIFICACIÓN CC N° | 1098760261 DE BUCARAMANGA |
| CIUDAD DE RESIDENCIA | BARRANCABERMEJA BUENAVISTA CALLE PRINCIPAL |
| TELÉFONO | 3204248266 |
| CARGO A DESEMPEÑAR | INSTRUCTOR DE DEPORTE, CULTURA Y RECREACIÓN. |

La ASOCIACIÓN CENTRO VIDA DEL ADULTO MAYOR, ANTER, identificada, con N.I.T. No 829002432-5, con domicilio principal en la ciudad de Barrancabermeja, representada legalmente, por la señora SARA PEREZ ALVARADO, persona mayor de edad, vecina de la ciudad de Barrancabermeja, identificada con cedula de ciudadanía No 37.932.503 de Barrancabermeja y quien en adelante se denominara el CONTRATANTE, por una parte y, por la otra. **JARLYNSON E. LOZANO BADILLO** mayor de edad, identificado con la cedula de ciudadanía No. **1098760261 DE BUCARAMANGA**, domiciliado en Barrancabermeja, actuando en nombre propio y quien para los efectos del presente documento se denomina EL CONTRATISTA, acuerdan celebrar el presente contrato de prestación de servicios profesionales de INSTRUCTOR DE DEPORTE, CULTURA Y RECREACIÓN (INCLUYE MATERIALES), el cual se regirá por las siguientes clausulas:

**PRIMERA.** – Objeto. EL CONTRATISTA en su calidad de INSTRUCTOR DE DEPORTE, CULTURA Y RECREACIÓN, se obliga para con EL CONTRATANTE a ejecutar los trabajos y demás actividades propias del servicios de contratado el cual debe realizar de conformidad con las condiciones establecidas por la entidad contratante, establecidas en este documento: las cuales son: ASESORIA Y ASISTENCIA ACTIVIDADES GIMNACIA Y RECREACION (INCLUYE MATERIALES).

**SEGUNDA. –plazo.** El plazo para la ejecución del presente contrato será desde el 5 DE OCTUBRE hasta el 17 DE DICIEMBRE 2022, el cual podrá prorrogarse por acuerdo entre las partes con antelación a la fecha de su expiración mediante la celebración de un contrato adicional que deberá constar por escrito.

**TERCERA. – Valor.** El valor del contrato será por la suma de **OCHO MILLONES CINCUENTA Y SEIS MIL CIENTO VEINTICINCO PESOS MCT ($ 8.056.125)** el cual será utilizado de la siguiente manera: pago de honorarios.

**CUARTA. - Forma de pago.** El valor pactado en la cláusula anterior será cancelado de la siguiente forma:

- 40% DEL 05 AL 31 DE OCTUBRE DE 2022
- 40% DEL 01 AL 30 DE NOVIEMBRE DE 2022
- 20% DEL 1 AL 17 DE DICIEMBRE DE 2022

Previa presentación del informe mensual de gestión con sus respectivas evidencias y la cuenta de cobro, anexando los soportes de pago de seguridad social ante el CONTRATANTE.

**QUINTA**.- obligaciones del contratante. Este deberá facilitar acceso a la información que sea necesaria, de manera oportuna, para la debida información del objeto del contrato, permitirá el ingreso del profesional a cada una de las dependencias de la entidad que implique el buen ejercicio de las funciones del contratista, así mismo realizara el pago oportuno de honorarios estipulados previamente en este instrumento contractual y, estará obligado a cumplir con lo estipulado en las demás clausulas y condiciones previstas en este documento.

**SEXTA.-** obligaciones de EL CONTRATISTA. EL CONTRATISTA deberá cumplir en forma eficiente y oportuna los trabajos encomendados y aquellas obligaciones que se generen de acuerdo con la naturaleza del servicio, tales como: entrega oportuna de los informes, asistencia física en la institución en virtud de la necesidad del servicio.-

**SÉPTIMA.** – vigilancia del contrato. EL CONTRATANTE o su representante, que será designado para este contrato, supervisaran la ejecución del servicio profesional encomendado, y podrá formular las observaciones del caso con el fin de ser analizadas conjuntamente con EL CONTRATISTA y efectuar por parte de este las modificaciones o correcciones a que hubiere lugar.

**OCTAVA**. – clausula penal en caso de incumplimiento por parte de EL CONTRATISTA de cualquiera de las obligaciones previstas en este contrato dará derecho a EL CONTRATANTE al pago de cinco salarios mínimos legales mensuales vigentes.

**NOVENA.** –terminación. El presente contrato podrá darse por terminado por mutuo acuerdo entre las dos partes, o en forma unilateral por el incumplimiento de las obligaciones derivadas del contrato, por cualquiera de ellas. –

**DECIMA.-** independencia de EL CONTRATISTA. EL CONTRATISTA actuara por su propia cuenta, con absoluta autonomía y no estará sometido a subordinación laboral con EL CONTRATANTE y sus derecho se limitaran, de acuerdo con la naturaleza del contrato, a exigir el cumplimiento de las obligaciones de EL

CONTRATANTE y al pago de los honorarios estipulados por la prestación del servicio.

**DECIMA PRIMERA.**- exclusión de la relación laboral. Queda claramente entendido, que no existirá relación laboral alguna entre EL CONTRATANTE Y CONTRATISTA, o el personal que este utilice en la ejecución del objeto del presente contrato.

**DECIMA SEGUNDA.**- Cesión del contrato. EL CONTRATISTA no podrá ceder parcial ni totalmente la ejecución del presente contrato a un tercero salvo previa autorización expresa y escrita de EL CONTRATANTE.

**DÉCIMA TERCERA.-** domicilio contractual. Para todo los efectos legales, el domicilio contractual será la ciudad de Barrancabermeja y las notificaciones serán recibida por las partes en las siguientes direcciones: por EL CONTRATANTE en: el barrio las granjas de la ciudad de Barrancabermeja, en diagonal 62T 45-38, EL CONTRATISTA en: BUENAVISTA CALLE PRINCIPAL de la ciudad de Barrancabermeja.

**DECIMA CUARTA.- clausula compromisoria.** – toda controversia o diferencia relativa a este contrato, su ejecución y liquidación, se resolverá en cualquier centro de conciliación debidamente aprobado y habilitado por la ley de conformidad con lo anterior, las partes suscriben el presente documento en dos o más ejemplares del mismo tenor, el día 04 de Octubre de 2022, dando inicio el 05 de Octubre del presente año, en la ciudad de Barrancabermeja.

**SARA PEREZ ALVARADO**
C.C N° 37'932.503 de Barrancabermeja
Representante Legal
**EL CONTRATANTE**

**JARLYNSON E. LOZANO BADILLO**
C.C 1098760261 DE BUCARAMANGA
**EL CONTRATISTA**

# JARLYNSON EDUARDO LOZANO BADILLO






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:** | 829002432 | **Cédula Usuario:** | CC 37932503 |
| **Nombre:** | ASOCIACION CENTRO DE VIDA DEL ADULTO MAYOR ANTER | | | | |
| **Dirección:** | DG 62T 45 38 BR LAS GRANJAS | | | | |
| **Departamento:** | SANTANDER | **Municipio:** | BARRANCABERMEJA | | |
| **Correo electrónico:** | sarita.0214@hotmail.com | | | | |
| **Teléfono:** | 3133164747 | **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 37932503 | SARA PEREZ ALVARADO |

## DATOS AFILIADOS RADICADOS

| | Radicado | Cobertura | Documento | Nombre Trabajador | Riesgo | Tarifa | Tipo |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 45 | 05/10/2022 | CC 1098760261 | LOZANO BADILLO JARLYNSON | 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.

IRS_4_1_3_FR15 v_04

Cordial saludo,

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

9F51604CD2361D865D096DA8E719FFE2 Certificado impreso el día 10/4/2022 6:16:03 AM por el portal de empresas Edesk

POSITIVA
COMPAÑÍA DE SEGUROS

POSITIVA

**EN CASO DE ACCIDENTE DE TRABAJO**

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

www.positiva.gov.co

LA ASEGURADORA DE TODOS LOS COLOMBIANOS

**JARLYNSON EDUARDO**
LOZANO BADILLO
1098760251

ASOCIACION CENTRO DE VIDA DEL ADULTO MAYOR AI
829002432

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:

**JARLYNSON EDUARDO LOZANO BADILLO,** identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.098.760.261,** 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.

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

"Único Exclusivamente 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. 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 [ ] D. Independiente [X] O. Pensionado [ ]
CÓDIGO:
FECHA DE LA SOLICITUD: DÍA | MES | AÑO

**II. AFILIACIÓN**

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

6. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS

| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE |
|---|---|---|---|
| LOZANO | BADILLO | JARLYNSON | EDUARDO |

7. TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD: [ ] T.I. [X] C.C. [ ] C.E. [ ] P.A. [ ] C.D. [ ] S.C.
8. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1.098.760.261
9. SEXO: F [ ] M [X]
10. FECHA NACIMIENTO: 08 07 1994

**IV. DATOS COMPLEMENTARIOS**

11. ORIGEN: Común
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: BUENA VISTA
ZONA: U. [X] R. [ ]
LOCALIDAD / COMUNA:
BARRIO:
CIUDAD Y MUNICIPIO: B/BERMEJA
DEPARTAMENTO: SANTANDER
TELÉFONO FIJO:
TELÉFONO MÓVIL: 3204248266
CORREO ELECTRÓNICO: santa.0214@hotmail.com
CÓDIGO IPS:

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

19. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS

| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE |
|---|---|---|---|
| | | | |

20. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: T.I. C.C. C.E. P.A. C.D.
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 Dirección Móvil | Departamento | Zona | Teléfono Fijo | Teléfono Móvil | 33. VALIDACIÓN AFILIADO ADICIONAL (no aplica para la EPS) | 34. Nombre de la Institución prestadora de servicios de salud (IPS) | NIVEL DE SISBEN | GRUPO POBLACIONAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | | | R. U. | | | | | | |
| 2 | | | R. U. | | | | | | |
| 3 | | | R. U. | | | | | | |
| 4 | | | R. U. | | | | | | |

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

35. Nombre o Razón Social
36. Tipo documento de identidad: N.I. C.C. P.A. C.E. T.I.
37. Número documento de identidad
DV
38. Tipo de aportante a seguridad de pensiones
39. UBICACIÓN U DIRECCIÓN
REGIÓN / PROVINCIA | DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRÓNICO
FECHA INICIO DE RELACIÓN LABORAL: 05 10 2022
CARGO: RECREADOR
SALARIO: $1,000,000

**VII. 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. INSCRIPCIÓN 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 PARA SEGUIR COTIZANDO [ ]
10. TERMINACIÓN DE LA RELACIÓN LABORAL O PERDIDA DE LAS CONDICIONES PARA SEGUIR COTIZANDO [ ]
11. VINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR APORTANTES COLECTIVAS [ ]
12. DESVINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR APORTANTES COLECTIVAS [ ]
13. NOVEDAD
A) AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO
B) AL RÉGIMEN SUBSIDIADO
14. TRASLADO
A) MISMO REGIMEN
B) DIFERENTE REGIMEN
16. REPORTE DE FALLECIMIENTO
18. REPORTE DEL TRAMITE DE PROTECCIÓN AL DESEMPLEO
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: N.I. C.C. T.I. C.E. P.A. C.D. S.C.
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD
SEXO: F M
FECHA NACIMIENTO: DÍA | MES | AÑO

42. FECHA (a partir de) Año | Mes | Día
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 _____ con. _____ 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 inconsistencias del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Instancias 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 | 55. Firma y sello del empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio |
|---|---|
| JARLYNSON LOZANO | |

**IX. ANEXOS**

56. Anexo copia del documento de identidad: CN [ ] AC [ ] TI [ ] CC [ ] PA [ ] CE [ ] C.D [ ] SC [ ]
Cantidad: Total [ ]

57. Copia del carnet de la compañía 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 o extrajudicial 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 acta administrativa de custodia. [ ]
62. Manifestación escrita bajo la gravedad de juramento en la que conste la calidad de compañero permanente, en el caso de no existir sentencia judicial o escritura pública. [ ]
63. Carta de autorización por parte de la Superintendencia Nacional de Salud. [ ]
64. Certificación de afiliación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas [ ]
65. Copia del acto administrativo o documentos de los miembros competentes en los que conste la calidad de pensionado o de quien ostenta la calidad de cónyuge.

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

**X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL**

| CONTRATO Nº 012-22 | **ASOCIACIÓN CENTRO VIDA DEL ADULTO MAYOR ANTER**<br>**Programa integral para el adulto mayor convenio de asociación Nº 2457-20 alcaldía Barrancabermeja** |
|---|---|
| **NOMBRE DEL EMPLEADOR** | ASOCIACION CENTRO VIDA DEL ADULTO MAYOR ANTER |
| **REPRESENTANTE LEGAL** | SARA PEREZ ALVARADO |
| **NOMBRE DEL EMPLEADO(A)** | JESSICA PAOLA BAENA ROJAS |
| **IDENTIFICADA CON CEDULA N°** | 1.096.215.350 de Barrancabermeja |
| **CIUDAD DE RESIDENCIA** | BARRANCABERMEJA Calle 54 #34D-49 |
| **TELEFONO** | 322-312-9782 |
| **CARGO A DESEMPEÑAR** | MANIPULADORA DE ALIMENTOS |

Entre la **ASOCIACION CENTRO VIDA DEL ADULTO MAYOR ANTER**, del Municipio de Barrancabermeja, asociación legalmente constituida y con domicilio principal la ciudad de Barrancabermeja, representada legalmente por **SARA PEREZ ALVARADO**, identificada con Cedula de Ciudadanía N° 37'932.503 de Barrancabermeja y **JESSICA PAOLA BAENA ROJAS** , quien se identifica como aparece al pie de su firma, hemos convenido celebrar un contrato de trabajo; el mismo que se estipula de conformidad con las clausulas que a continuación se detallan:

**PRIMERA: OBJETO.** EL TRABAJADOR, se compromete a prestar sus servicios laborales personalmente en La **ASOCIACIÓN CENTRO VIDA DEL ADULTO MAYOR ANTER**, ubicada en la Diagonal 62 45-124 B. LAS GRANJAS de la ciudad de Barrancabermeja; con fecha de inicio desde el 05 de octubre de 2022 hasta el 17 de diciembre 2022.

**SEGUNDO: TERMINO DEL CONTRATO.** La señora **JESSICA PAOLA BAENA ROJAS,** desempeñara el cargo de manipuladora de alimentos, además efectuara cualquier otra labor que le asigne su empleador o su representante legal autorizado.

**TERCERO: VALOR.** El trabajador recibirá como remuneración un salario de **1'000.000.00 Mcte,** mínimo legal mensual vigente (SMLMV) más auxilio de transporte y sus prestaciones correspondientes de igual modo será afiliado a la seguridad social y el sistema de riesgos profesionales.

**CUARTA: SON OBLIGACIONES.** La señora **JESSICA PAOLA BAENA ROJAS,** debe cumplir con el horario de trabajo de 6:00 am – 2:00 pm de lunes a sábados; cuando sea necesario el empleador podrá exigir la prolongación de dicho horario de trabajo, debiendo la parte empleadora cubrir con los recargos establecidos para el efecto.

**QUINTA: OBLIGACIONES DEL MANIPULADOR DE ALIMENTOS.** 1) Mantener una esmerada limpieza e higiene personal y aplicar buenas prácticas higiénicas en sus

labores. 2) tener formación en materia de educación sanitaria, especialmente en cuanto a prácticas higiénicas en la manipulación de alimentos. 3) cumplir con lo establecido en el decreto 3075 de 1997. 4) cumplir con las funciones que le asignen.

**SEXTA: OBLIGACIONES DEL CONTRATANTE.** Son obligaciones del CONTRATANTE: 1) Cancelar los servicios fijados al trabajador, según la forma que se pactó. 2) Entregar toda la información, materiales y suministros, para poder desarrollar con normalidad su labor.

**SEPTIMA: TERMINACION ANTICIPADA O ANORMAL.** Incumplir las obligaciones propias de cada una de las partes dará lugar a la otra a terminar unilateralmente el contrato de trabajo.

**OCTAVA: CLAUSULA COMPROMISORIA**. Toda controversia o diferencia relativa a este contrato, su ejecución y liquidación, se resolverá por un tribunal de arbitramiento que por economía será designado por las partes y será del domicilio donde se debió ejecutar el servicio contratado o en su defecto en el domicilio de la parte que lo convoque. El tribunal de arbitramiento se sujetará a lo dispuesto en el decreto 1818 de 1998 o estatuto orgánico de los sistemas alternativos de solución de conflictos y demás normas concordantes.

Las partes suscriben el presente documento en dos o más ejemplares del mismo tenor, el día 04 de octubre de 2022, dando inicio el 05 de octubre del presente año, en la ciudad de Barrancabermeja.

**SARA PEREZ ALVARADO**
C.C N° 37.932.503 de Barrancabermeja
Representante Legal
**EL CONTRATANTE**

Jessica Baena
JESSICA PAOLA BAENA ROJAS
C.C N° 1.096.215.350 de Barrancabermeja
**EL TRABAJADOR**

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 **JESSICA PAOLA BAENA ROJAS** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1096215350,** se encuentra afiliado/a desde **18/05/2016** 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 04 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.

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:** | 829002432 | **Cédula Usuario:** | CC 37932503 |
| **Nombre:** | ASOCIACION CENTRO DE VIDA DEL ADULTO MAYOR ANTER | | | | |
| **Dirección:** | DG 62T 45 38 BR LAS GRANJAS | | | | |
| **Departamento:** | SANTANDER | **Municipio:** | BARRANCABERMEJA | | |
| **Correo electrónico:** | sarita.0214@hotmail.com | | | | |
| **Teléfono:** | 3133164747 | **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 37932503 | SARA PEREZ ALVARADO |

## DATOS AFILIADOS RADICADOS

| | Radicado | Cobertura | Documento | Nombre Trabajador | Riesgo | Tarifa | Tipo |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 50 | 05/10/2022 | CC 1096215350 | BAENA ROJAS JESSICA | 1 | 0.52200 | Dependiente |

## OBSERVACIONES

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

MS_4_1_3_FR15 v_04

Cordial saludo,

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

9F51604CD2361D865D096DA8E719FFE2 Certificado impreso el día 10/4/2022 4:28:03 PM por el portal de empresas Edesk

POSITIVA
COMPAÑÍA DE SEGUROS

POSITIVA

**EN CASO DE ACCIDENTE DE TRABAJO**

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

www.positiva.gov.co

LA ASEGURADORA DE TODOS LOS COLOMBIANOS

**JESSICA PAOLA**
**BAENA ROJAS**
1095215350

**ASOCIACION CENTRO DE VIDA DEL ADULTO MAYOR AI**
829002432

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

"Código Obligatorio 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 [ ] UE Beneficiario [ ]
5. TIPO DE COTIZANTE: A. Dependiente [X] B. Independiente [ ] 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: BAENA | SEGUNDO APELLIDO: ROJAS | PRIMER NOMBRE: JESSICA | SEGUNDO NOMBRE: PAOLA
7. TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD: CC | 8. NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1.096.215.350 | 9. SEXO: F | 10. FECHA NACIMIENTO: 24 | 10 | 1960

**III. DATOS COMPLEMENTARIOS**

11. ORIGEN: Común | 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: $ 1.000.000 | 18. UBICACIÓN DE RESIDENCIA Y CORRESPONDENCIA: CL 54 34 D 49 | ZONA: U. [X] R. [ ] | LOCALIDAD / COMUNA | BARRIO
CIUDAD Y MUNICIPIO: B/BERMEJA | DEPARTAMENTO: SANTANDER | TELÉFONO FIJO | TELÉFONO MÓVIL: 3223527498 | 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. EDAD | 31. INCAPACIDAD: Tipo | Condición |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | | | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | |

| | 32. DATOS DE RESIDENCIA: Ciudad y Mpio. | Departamento | Zona | Teléfono Fijo | Teléfono Móvil | 33. VÍNCULO AFILIADO ADICIONAL (Ver Instructivo) | 34. Número 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: ASOC. ANTER
38. Tipo documento de identidad: NIT | 37. Número documento de identidad: 829.002.432 | DV | 36. Tipo de aportante a pagador de pensiones
39. UBICACIÓN O DIRECCIÓN: DG.62 T.45 38 | BGA/BJA | SANTANDER | 3133164747 | CÓDIGO EL EMPLEADOR
FECHA INICIO DE RELACIÓN LABORAL: 05 | 10 | 2022 | CARGO: AUX DE COCINA | SALARIO: $ 1.000.000

**IX. REPORTE DE NOVEDADES**

40. TIPO DE NOVEDAD
1. MODIFICACIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN [ ]
2. CORRECCIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN [ ]
3. ACTUALIZACIÓN DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD [ ]
4. ACTUALIZACIÓN Y CORRECCIÓN DE DATOS COMPLEMENTARIOS [ ]
5. TERMINACIÓN DE LA INSCRIPCIÓN EN LA EPS: Código [ ]
6. INSCRIPCIÓN 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 PARA SEGUIR COTIZANDO [ ]
10. TERMINACIÓN DE LA RELACIÓN LABORAL O PÉRDIDA DE LAS CONDICIONES PARA SEGUIR COTIZANDO [ ]
11. VINCULACIÓN A UNA ENTIDAD ADMINISTRADORA 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) DESDE RÉGIMEN [ ] b) DESDE EL RÉGIMEN [ ]
15. REPORTE DE FALLECIMIENTO [ ]
16. REPORTE DEL TRÁMITE DE PROTECCIÓN AL CESANTE [ ]
17. REPORTE DE LA CALIDAD DE PROFESIONISMO [ ]
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 estos beneficiarios(as) relacionados(as) 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 inconformidad del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en esta afiliación. Procedimiento de Garantías 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 vía mensajes de texto. [ ]

**VIII. FIRMAS**

JESSICA BAENA
54. Firma del cotizante, cabeza de familia o beneficiario

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

**IX. ANEXOS**

56. Anexo copia del documento de identidad. Cantidad: CN [ ] RC [ ] TI [ ] CC [ ] PA [ ] CE [ ] PEP [ ] Total [ ]
57. Copia del documento de permanencia 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 o 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 sentencia judicial o auto en ejecutoria en el cual conste:
62. Documento en que conste la partida de la pareja originada o el certificado de inscripción de las parejas o la declaración suscrita por el cotizante, donde la persona se reconozca como tal.
63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.
64. Autorización de afiliación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
65. Copia del acta administrativa o providencias de las autoridades competentes en la que conste la calidad de desplazado o de reconozca la condición de éstos.

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

**X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL**

# CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE BARRANCABERMEJA

Cafaba

## FORMULARIO PARA AFILIACIÓN DE TRABAJADORES Y PERSONAS A CARGO

Favor diligenciar completamente el formulario (Decreto 1637/2006)

**TIPO DE AFILIADO**

- [X] DEPENDIENTE
- [ ] INDEPENDIENTE
- [ ] MADRE COMUNITARIA
- [ ] PENSIONADO
- [ ] TAXISTAS
- [ ] SERVICIO DOMESTICO

**TIPO DE AFILIACIÓN**

- [ ] NUEVO
- [ ] TRASLADO
- [ ] REINGRESO

**BANCO**

37 | 16 | 20 | 30

**DATOS DE LA EMPRESA**

| | | | |
|---|---|---|---|
| Nombre: ASOCIACION CENTRO VIDA DEL ADULTO MAYOR ANTER | NIt: 829.002.432 | DV: | Teléfonos: 6032160 |
| Dirección: DIAG 62 # 45-24 | Correo Electrónico: | | Ciudad: BARRANCABERMEJA |

**DATOS DEL TRABAJADOR**

| Tipo de Documento de Identidad | No. Documento | Primer Apellido | Segundo Apellido | Nombres |
|---|---|---|---|---|
| CC [X] TI [ ] CE [ ] CR [ ] | 1.096.215.350 | BAENA | ROJAS | JESSICA PAOLA |

| Fecha de Nacimiento | Estado Civil | Dirección: | Barrio: | Zona |
|---|---|---|---|---|
| 08 / 11 / 1991 | [ ] CASADO [ ] SEPARADO [ ] VIUDO [ ] SOLTERO [ ] UNIÓN LIBRE | CALLE 54 N° 34D-49 | | [ ] B/BERMEJA [ ] SOGAMOSO [ ] PTO WILCHES [ ] CENTRO [ ] OTRO |

| Correo Electrónico | Nivel Educativo | Discapacidad | SI / NO |
|---|---|---|---|
| | | | |

| Ocupación o Cargo: | Salario: | Fecha de Ingreso a la Empresa: Año / Mes / Día | Jornada Laboral (Marque con una X) | |
|---|---|---|---|---|
| MANIPULADORA DE ALIMENTOS | $ 1,000,000 | 2022 / 10 / 05 | Medio Tiempo | |
| | | | Tiempo Completo | X |

| Es socio de la empresa: | Vendedor: | Teléfono fijo | Teléfono Celular: |
|---|---|---|---|
| SI [ ] NO [X] | SI [ ] NO [X] | | 3223129781 |

**SI TRABAJA SIMULTANEAMENTE EN OTRA EMPRESA DILIGENCIE LOS SIGUIENTES DATOS**

| NIT o C.C. | NOMBRE O RAZÓN SOCIAL | TELÉFONO | FECHA DE INGRESO | HORAS LABORADAS/MES | SUELDO BÁSICO |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | |

**DATOS DEL CONYUGE**

| Tipo de Documento de Identidad | No. de Documento | Primer Apellido | Segundo Apellido | Nombres |
|---|---|---|---|---|
| CC [ ] TI [ ] CE [ ] CR [ ] | | | | |

| Fecha de Nacimiento | Nombre de la Empresa | Nit | Ocupación o Cargo | RECIBE SUBSIDIO | CUAL CAJA |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | SI [ ] NO [ ] | |

| SEXO | TRABAJA | Discapacidad: | Nivel de estudio: | Correo Electrónico |
|---|---|---|---|---|
| M [ ] F [ ] | SI [ ] NO [ ] | SI [ ] NO [ ] | | |

**DATOS DE LOS BENEFICIARIOS DEL GRUPO FAMILIAR (SI LO VAN A AFILIAR)**

| N. P | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | NOMBRES | SEXO M | SEXO F | ESTUDIA SI | ESTUDIA NO | PARENTESCO Padres | Hijos | Hnos | Hijastro | FECHA DE NACIMIENTO AÑO | MES | DIA | DOCUMENTO DE IDENTIDAD TIPO RC | TI | CC | NUMERO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Declaro haber leído los requisitos solicitados para acceder al subsidio familiar monetario. Bajo la gravedad de juramento declaro que los datos suministrados y relacionados son exactos y verídicos. Autorizo su comprobación.

A partir de la fecha de recibido de este formulario, se podrán utilizar los servicios de CAFABA en los diferentes puntos de atención, suministrando el nombre o número de la cédula del afiliado. El Carné de afiliación se entregará dos (2) meses después de recibido este formulario.

Con la firma del presente formulario, autorizo de manera expresa a la CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE BARRANCABERMEJA CAFABA para que haga uso de la información suministrada y la existente en sus bases de datos con la debida confidencialidad, de manera segura, legal y transparente en los términos y condiciones establecidos en la ley 1581 de 2.012 y el Decreto 1377 de 2 013, en armonía con el Manual Interno de Políticas, procedimientos y tratamientos de Bases de Datos.

JESSICA PAOLA BAENA ROJAS — FIRMA EXCLUSIVA DEL TRABAJADOR

SARA PEREZ ALVARADO — FIRMA Y SELLO DEL LA EMPRESA

FECHA

RECIBIDO

NOTA: Sin el lleno total de información y la no entrega de la documentación requerida, no acredita el derecho para el pago del subsidio familiar monetario

---

**COMPROBANTE ENTREGA DE DOCUMENTOS DE AFILIACIÓN**

JESSICA PAOLA BAENA ROJAS — 1.096.215.350

NOMBRE DEL TRABAJADOR — C. C.

ASOCIACION CENTRO VIDA DEL ADULTO MAYOR ANTER — 829.002.432

NOMBRE O RAZON SOCIAL DE LA EMPRESA — NIT.

RECEPCIÓN DE DOCUMENTOS
FECHA:

ESTE DESPRENDIBLE, ES EL DOCUMENTO PROVISIONAL PARA ACCEDER A LOS SERVICIOS DE LA CAJA

FIRMA Y SELLO

Calle 49 Nº 17 - 14 PBX: 6222610 EXT: 262 Pagina web: www.cafaba.com.co - correo electrónico: atencionalcliente@cafaba.com.co - subsidios@cafaba.com.co

TRABAJADOR

---

**COMPROBANTE ENTREGA DE DOCUMENTOS DE AFILIACIÓN**

JESSICA PAOLA BAENA ROJAS — 1.096.215.350

NOMBRE DEL TRABAJADOR — C. C.

ASOCIACION CENTRO VIDA DEL ADULTO MAYOR ANTER — 829.002.432

NOMBRE O RAZON SOCIAL DE LA EMPRESA — NIT

RECEPCIÓN DE DOCUMENTOS
FECHA:

ESTE DESPRENDIBLE, ES EL DOCUMENTO PROVISIONAL PARA ACCEDER A LOS SERVICIOS DE LA CAJA

FIRMA Y SELLO

Calle 49 Nº 17 - 14 PBX: 6222610 EXT: 262 Pagina web: www.cafaba.com.co - correo electrónico: atencionalcliente@cafaba.com.co - subsidios@cafaba.com.co

EMPRESA

**CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO NUTRICIONISTA**

| | |
|---|---|
| NOMBRE DEL EMPLEADOR | ASOCIACION CENTRO VIDA DEL ADULTO MAYOR ANTER |
| REPRESENTANTE LEGAL | SARA PEREZ ALVARADO |
| NOMBRE DEL EMPLEADO(A) | *JOHANNA MARCELA MOLINA SANTOS* |
| IDENTIFICACIÓN CC N° | *1.098.607.053 DE BUCARAMANGA* |
| CIUDAD DE RESIDENCIA | BARRANCABERMEJA Calle 55 No. 16ª -04 Edificio Antakya |
| TELÉFONO | 3013765217 |
| CARGO A DESEMPEÑAR | **NUTRICIONISTA.** |

La ASOCIACIÓN CENTRO VIDA DEL ADULTO MAYOR, ANTER, identificada, con N.I.T. No 829002432-5, con domicilio principal en la ciudad de Barrancabermeja, representada legalmente, por la señora SARA PEREZ ALVARADO, persona mayor de edad, vecina de la ciudad de Barrancabermeja, identificada con cedula de ciudadanía No 37.932.503 de Barrancabermeja y quien en adelante se denominara el CONTRATANTE, por una parte y, por la otra. ***JOHANNA MARCELA MOLINA SANTOS*** mayor de edad, identificado con la cedula de ciudadanía No. ***1.098.607.053*** DE BUCARAMANGA, domiciliado en Barrancabermeja, actuando en nombre propio y quien para los efectos del presente documento se denomina EL CONTRATISTA, acuerdan celebrar el presente contrato de prestación de servicios profesional nutricionista, el cual se regirá por las siguientes clausulas:

**PRIMERA.** – Objeto. EL CONTRATISTA en su calidad de **NUTRICIONISTA**, se obliga para con EL CONTRATANTE a ejecutar los trabajos y demás actividades propias del servicios de contratado el cual debe realizar de conformidad con las condiciones establecidas por la entidad contratante, establecidas en este documento: las cuales son: el cual se encarga de vigilar y garantizar que la ingesta de los alimentos suplan las cantidades necesarias para que cada adulto mayor cuente con buenas condiciones nutricionales.

**SEGUNDA. –plazo.** El plazo para la ejecución del presente contrato será desde el 05 DE OCTUBRE hasta el 17 DE DICIEMBRE 2022, el cual podrá prorrogarse por acuerdo entre las partes con antelación a la fecha de su expiración mediante la celebración de un contrato adicional que deberá constar por escrito.

**TERCERA. – Valor.** El valor del contrato será por la suma de **SEIS MILLONES NOVECIENTOS TREINTA MIL PESOS MCT ($ 6.930.000)** el cual será utilizado de la siguiente manera: pago de honorarios.

**CUARTA. - Forma de pago.** El valor pactado en la cláusula anterior será cancelado de la siguiente forma:

- 40% DEL 05 AL 31 DE OCTUBRE DE 2022
- 40% DEL 01 AL 30 DE NOVIEMBRE DE 2022

- 20% DEL 1 AL 17 DE DICIEMBRE DE 2022

Previa presentación del informe mensual de gestión con sus respectivas evidencias y la cuenta de cobro, anexando los soportes de pago de seguridad social ante el CONTRATANTE.

.

**QUINTA.**- obligaciones del contratante. Este deberá facilitar acceso a la información que sea necesaria, de manera oportuna, para la debida información del objeto del contrato, permitirá el ingreso del profesional a cada una de las dependencias de la entidad que implique el buen ejercicio de las funciones del contratista, así mismo realizara el pago oportuno de honorarios estipulados previamente en este instrumento contractual y, estará obligado a cumplir con lo estipulado en las demás clausulas y condiciones previstas en este documento.

**SEXTA.**- obligaciones de EL CONTRATISTA. EL CONTRATISTA deberá cumplir en forma eficiente y oportuna los trabajos encomendados y aquellas obligaciones que se generen de acuerdo con la naturaleza del servicio, tales como: entrega oportuna de los informes, asistencia física en la institución en virtud de la necesidad del servicio.-

**SÉPTIMA.** – vigilancia del contrato. EL CONTRATANTE o su representante, que será designado para este contrato, supervisaran la ejecución del servicio profesional encomendado, y podrá formular las observaciones del caso con el fin de ser analizadas conjuntamente con EL CONTRATISTA y efectuar por parte de este las modificaciones o correcciones a que hubiere lugar.

**OCTAVA.** – clausula penal en caso de incumplimiento por parte de EL CONTRATISTA de cualquiera de las obligaciones previstas en este contrato dará derecho a EL CONTRATANTE al pago de cinco salarios mínimos legales mensuales vigentes.

**NOVENA.** –terminación. El presente contrato podrá darse por terminado por mutuo acuerdo entre las dos partes, o en forma unilateral por el incumplimiento de las obligaciones derivadas del contrato, por cualquiera de ellas. –

**DECIMA.**- independencia de EL CONTRATISTA. EL CONTRATISTA actuara por su propia cuenta, con absoluta autonomía y no estará sometido a subordinación laboral con EL CONTRATANTE y sus derecho se limitaran, de acuerdo con la naturaleza del contrato, a exigir el cumplimiento de las obligaciones de EL CONTRATANTE y al pago de los honorarios estipulados por la prestación del servicio.

**DECIMA PRIMERA**.- exclusión de la relación laboral. Queda claramente entendido, que no existirá relación laboral alguna entre EL CONTRATANTE Y CONTRATISTA, o el personal que este utilice en la ejecución del objeto del presente contrato.

**DECIMA SEGUNDA.**- Cesión del contrato. EL CONTRATISTA no podrá ceder parcial ni totalmente la ejecución del presente contrato a un tercero salvo previa autorización expresa y escrita de EL CONTRATANTE.

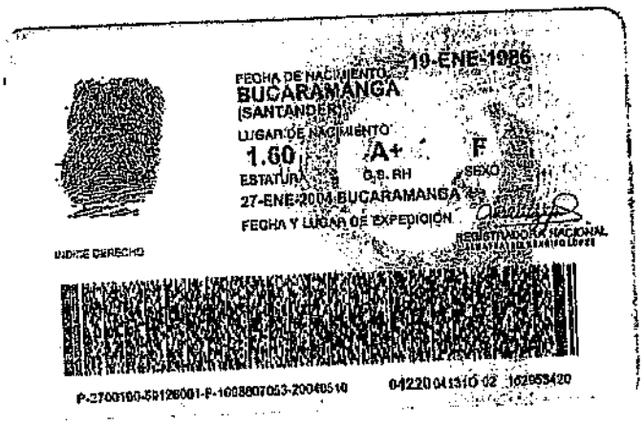
**DÉCIMA TERCERA.**- domicilio contractual. Para todo los efectos legales, el domicilio contractual será la ciudad de Barrancabermeja y las notificaciones serán recibida por las partes en las siguientes direcciones: por EL CONTRATANTE en: el barrio las granjas de la ciudad de Barrancabermeja, en diagonal 62T 45-38, EL CONTRATISTA en: Calle 55 No. 16ª -04 Edificio Antakya de la ciudad de Barrancabermeja.

**DECIMA CUARTA.- clausula compromisoria.** – toda controversia o diferencia relativa a este contrato, su ejecución y liquidación, se resolverá en cualquier centro de conciliación debidamente aprobado y habilitado por la ley de conformidad con lo anterior, las partes suscriben el presente documento en dos o más ejemplares del mismo tenor, el día 04 de Octubre de 2022, dando inicio el 05 de Octubre del presente año, en la ciudad de Barrancabermeja.

*SARA PEREZ ALVARADO*
*C.C N° 37'932.503 de Barrancabermeja*
*Representante Legal*
*EL CONTRATANTE*

*JOHANNA MARCELA MOLINA SANTOS*
*1.098.607.053 de Bucaramanga*
*EL CONTRATISTA*


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 1,098,607,053
MOLINA SANTOS
APELLIDOS
JOHANNA MARCELA
NOMBRES


FECHA DE NACIMIENTO 19-ENE-1986
BUCARAMANGA
(SANTANDER)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.60 A+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
27-ENE-2004 BUCARAMANGA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADORA NACIONAL
INDICE DERECHO
P-2700100-59126001-F-1098607053-20040510 0122004131002 162953420

EPS Sanitas

*Nuestro compromiso es contigo*

CE-006 - 0000000100 – 2022

# CERTIFICA

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

| | |
|---|---|
| TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN | CC 1098607053 |
| NOMBRES Y APELLIDOS | Molina Santos,Johanna Marcela |
| TIPO DE AFILIADO | Titular |
| TIPO DE TRABAJADOR | Independiente Con Contrato De |
| FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN | 01/11/2021 |
| ESTADO DE AFILIACIÓN | Vigente |
| ESTADO DE SERVICIO | Habilitado |
| REGIMEN | Contributivo |

La presente se expide a nombre de Molina Santos,Johanna Marcela, a los 01 días del mes de octubre del año 2022.

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

Banny Yeritza Sarmiento Vanegas
Coordinador Gestión de la Afiliación

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 **JOHANNA MARCELA MOLINA SANTOS** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1098607053,** se encuentra afiliado/a desde **11/12/2006** 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 01 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.

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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

**CERTIFICA**

Verificada la base de datos del ramo de ARL de la compañía, se identificó que JOHANNA MARCELA MOLINA SANTOS, identificada con Cédula Ciudadanía No. 1098607053 contratista de la empresa ASOCIACION CENTRO DE VIDA DEL ADULTO MAYOR ANTER, con Nit No. 829002432. Registra como trabajador INDEPENDIENTE con contrato registrado con fecha desde 05/10/2022 y fecha hasta 17/12/2022, su estado actual de afiliación es ACTIVO y riesgo 1.

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

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web: www.positivaenlinea.gov.co y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 20220102040215.

Dada en Bogotá, a los 3 días del mes de octubre de 2022

Cordialmente

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

**CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO AUX ENFERMERIA**

| | |
|---|---|
| **NOMBRE DEL EMPLEADOR** | ASOCIACION CENTRO VIDA DEL ADULTO MAYOR ANTER |
| **REPRESENTANTE LEGAL** | SARA PEREZ ALVARADO |
| **NOMBRE DEL EMPLEADO(A)** | LUZ MERY AGUDELO MIRANDA |
| **IDENTIFICADA CON CEDULA N°** | 63.460.429 DE BARRANCABERMEJA |
| **CIUDAD DE RESIDENCIA** | BARRANCABERMEJA CANCHA POLIPOLVO LOTE 26 |
| **TELEFONO** | 3054584329 |
| **CARGO A DESEMPEÑAR** | AUXILIAR DE ENFERMERIA |

La ASOCIACIÓN CENTRO VIDA DEL ADULTO MAYOR, ANTER, identificada, con N.I.T. No 829002432-5, con domicilio principal en la ciudad de Barrancabermeja, representada legalmente, por la señora **SARA PEREZ ALVARADO**, persona mayor de edad, vecina de la ciudad de Barrancabermeja, identificada con cedula de ciudadanía No 37.932.503 de Barrancabermeja y quien en adelante se denominara el CONTRATANTE, por una parte y, por la otra. **LUZ MERY AGUDELO MIRANDA** mayor de edad, identificado con la cedula de ciudadanía No. **63.460.429 DE BARRANCABERMEJA** Domiciliado en Barrancabermeja, actuando en nombre propio y quien para los efectos del presente documento se denomina EL CONTRATISTA, acuerdan celebrar el presente contrato de trabajo como **TECNICO AUXILIAR DE ENFERMERIA**, el cual se regirá por las siguientes clausulas:

**PRIMERA.** – Objeto. EL CONTRATISTA en su calidad de **TECNICO AUXILIAR DE ENFERMERIA**, se obliga para con EL CONTRATANTE a ejecutar los trabajos y demás actividades propias del servicios de contratado el cual debe realizar de conformidad con las condiciones establecidas por la entidad contratante, establecidas en este documento: las cuales son: Toma de tensión control, pesaje, signos vitales Charlas educativas, en temas de

2nutrición, cambios asociados a la vejes, enfermedades, vida digna, etc. **AUXILIAR DE ENFERMERIA** AL ADULTO MAYOR.

**SEGUNDA. –plazo.** El plazo para la ejecución del presente contrato será desde el 05 DE OCTUBRE hasta el 17 DE DICIEMBRE 2022, el cual podrá prorrogarse por acuerdo entre las partes con antelación a la fecha de su expiración mediante la celebración de un contrato adicional que deberá constar por escrito.

**TERCERA. – Valor.** El valor del contrato será por la suma de **SEIS MILLONES SESENTA Y TRES MIL SETECIENTOS CINCUENTA PESOS MCT ($6.063.750)** el cual será utilizado de la siguiente manera: pago de honorarios.

**CUARTA. - Forma de pago.** El valor pactado en la cláusula anterior será cancelado de la siguiente forma:

- 40% DEL 05 AL 31 DE OCTUBRE DE 2022
- 40% DEL 01 AL 30 DE NOVIEMBRE DE 2022
- 20% DEL 1 AL 17 DE DICIEMBRE DE 2022

Previa presentación del informe mensual de gestión con sus respectivas evidencias y la cuenta de cobro, anexando los soportes de pago de seguridad social ante el CONTRATANTE.

**QUINTA.- obligaciones del contratante.** Este deberá facilitar acceso a la información que sea necesaria, de manera oportuna, para la debida información del objeto del contrato, permitirá el ingreso del profesional a cada una de las dependencias de la entidad que implique el buen ejercicio de las funciones del contratista, así mismo realizara el pago oportuno de

honorarios estipulados previamente en este instrumento contractual y, estará obligado a cumplir con lo estipulado en las demás clausulas y condiciones previstas en este documento.

**SEXTA. - obligaciones de EL CONTRATISTA.** EL CONTRATISTA deberá cumplir en forma eficiente y oportuna los trabajos encomendados y aquellas obligaciones que se generen de acuerdo con la naturaleza del servicio, tales como: entrega oportuna de los informes, asistencia física en la institución en virtud de la necesidad del servicio.

**SÉPTIMA. – vigilancia del contrato.** EL CONTRATANTE o su representante, que será designado para este contrato, supervisaran la ejecución del servicio profesional encomendado, y podrá formular las observaciones del caso con el fin de ser analizadas conjuntamente con EL CONTRATISTA y efectuar por parte de este las modificaciones o correcciones a que hubiere lugar.

**OCTAVA. – clausula penal** en caso de incumplimiento por parte de EL CONTRATISTA de cualquiera de las obligaciones previstas en este contrato dará derecho a EL CONTRATANTE al pago de cinco salarios mínimos legales mensuales vigentes.

**NOVENA. –terminación.** El presente contrato podrá darse por terminado por mutuo acuerdo entre las dos partes, o en forma unilateral por el incumplimiento de las obligaciones derivadas del contrato, por cualquiera de ellas. –

**DECIMA.- independencia de EL CONTRATISTA.** EL CONTRATISTA actuara por su propia cuenta, con absoluta autonomía y no estará sometido a subordinación laboral con EL CONTRATANTE y sus derecho se limitaran, de acuerdo con la naturaleza del contrato, a exigir el cumplimiento de las obligaciones de EL CONTRATANTE y al pago de los honorarios estipulados por la prestación del servicio.

**DECIMA PRIMERA.- exclusión de la relación laboral.** Queda claramente entendido, que no existirá relación laboral alguna entre EL CONTRATANTE Y CONTRATISTA, o el personal que este utilice en la ejecución del objeto del presente contrato.

**DECIMA SEGUNDA.- Cesión del contrato.** EL CONTRATISTA no podrá ceder parcial ni totalmente la ejecución del presente contrato a un tercero salvo previa autorización expresa y escrita de EL CONTRATANTE.

**DÉCIMA TERCERA.- domicilio contractual.** Para todo los efectos legales, el domicilio contractual será la ciudad de Barrancabermeja y las notificaciones serán recibida por las partes

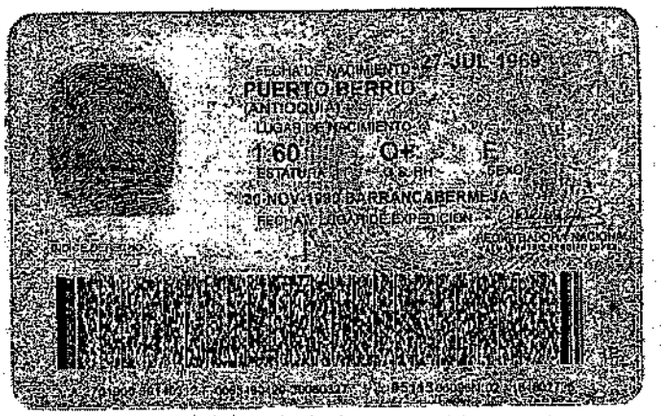
en las siguientes direcciones: por EL CONTRATANTE en: el barrio las granjas de la ciudad de Barrancabermeja, en diagonal 62T 45-38, EL CONTRATISTA en CANCHA POLIPOLVO LOTE 26 de la ciudad de Barrancabermeja.

**DECIMA CUARTA.- clausula compromisoria.** – toda controversia o diferencia relativa a este contrato, su ejecución y liquidación, se resolverá en cualquier centro de conciliación debidamente aprobado y habilitado por la ley de conformidad con lo anterior, las partes suscriben el presente documento en dos o más ejemplares del mismo tenor, el día 04 de Octubre de 2022, dando inicio el 05 de Octubre del presente año, en la ciudad de Barrancabermeja.

**SARA PÉREZ ALVARADO**
C.C N° 37'932.503 de Barrancabermeja
**REPRESENTANTE LEGAL**
**EL CONTRATANTE**

**LUZ MERY AGUDELO MIRANDA**
C.C 63.460.429 DE BARRANCABERMEJA
**EL CONTRATISTA**


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
63.460.429
NUMERO
AGUDELO MIRANDA
APELLIDOS
LUZ MERY
NOMBRES
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 27-JUL-1969
PUERTO BERRIO
ANTIOQUIA
LUGAR DE NACIMIENTO
1.60
O+
ESTATURA
G.S. RH
SEXO
30-NOV-1988 BARRANCABERMEJA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

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

"Código Uniformado para Independientes 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 [ ] 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: AGUDELO | SEGUNDO APELLIDO: MIRANDA | PRIMER NOMBRE: LUZ | SEGUNDO NOMBRE: MERY
7. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: T.I. R.C. C.C. P.E. C.D. P.C. | 8. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 63.460.429 | 9. SEXO: F | 10. FECHA NACIMIENTO: 27 | 07 | 1969

## III. DATOS COMPLEMENTARIOS

11. ORIGEN: 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: COLPENSIONES | 17. INGRESO BASE DE COTIZACIÓN - IBC: $ 1.000.000 | 18. UBICACIÓN DE RESIDENCIA: 9 DE ABRIL LT 26 | ZONA: U. [X] R. [ ] | LOCALIDAD Y COMUNA | BARRIO
CIUDAD / MUNICIPIO: B/BERMEJA | DEPARTAMENTO: SANTANDER | TELÉFONO FIJO | TELÉFONO CELULAR: 3054584329 | CORREO ELECTRÓNICO: luz.agumir@hotmail.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: T.I. R.C. C.C. P.E. C.D. | 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 RESIDENCIA: Ciudad y Medio | Departamento | Zona | 33. VALOR UPC AFILIADO ADICIONAL (no cotizante) | 34. Entidad de la Seguridad Social anterior (de donde viene) | 35. NIVEL DE SISBÉN | GRUPO POBLACIONAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | | | R. U. | | | | |
| 2 | | | R. U. | | | | |
| 3 | | | R. U. | | | | |
| 4 | | | R. U. | | | | |

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

36. Nombre o Razón Social
37. Tipo documento de identidad: N.I.T. C.E. R.A. C.D. | Número documento de identidad | DV | 38. Tipo de aportante o pagador de pensiones
39. UBICACIÓN O DIRECCIÓN | CIUDAD / MUNICIPIO | DEPARTAMENTO | CORREO ELECTRÓNICO
FECHA INICIO DE RELACIÓN LABORAL: DÍA 05 | MES 10 | AÑO 2022 | CARGO: AUX. ENFERMERIA | 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. MOVILIDAD: A) AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO [ ] B) AL RÉGIMEN SUBSIDIADO [ ]
14. TRASLADO: A) DESDE RÉGIMEN DIFERENCIAL [ ] B) DESDE UNA IPS [ ]
15. REINGRESO [ ]
16. REPORTE DEL TRÁMITE DE PROTECCIÓN AL CESANTE [ ]
17. REPORTE DE LA CALIDAD DE PENSIONADO [ ]
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: T.I. C.C. C.E. R.C. P.E. C.D. P.C. | 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) relacionado(s) depende(n) económicamente de mí. [ ]
47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción. [ ]
48. Declaración de ocurrencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiario(s). Anexo soporte de la Entidad [ ]
49. Declaración de no suspensión del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una afiliación Precedente de Regímenes de Salud. [ ]
50. Autorización para que la EPS acceda 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 suprima 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 consulte 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 mecanismo de firma. [ ]

## VIII. FIRMAS

LUZ AGUDELO
51. Firma del cotizante, cabeza de familia o beneficiario
52. Firma y sello del empleador, aportante o calidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio

## IX. ANEXOS

54. Anexo copia del documento de identidad: CN [ ] RC [ ] TI [ ] CC [ ] PA [ ] CE [ ] CD [ ] SC [ ]
Cantidad: [ ] Total [ ]
55. Copia del dictamen de la capacidad permanente parcial por la entidad competente. [ ]
56. Copia del registro civil de matrimonio, o de la escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital. [ ]
57. 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. [ ]
58. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor [ ]
59. Copia de la orden judicial o del acta administrativa de custodia. [ ]
60. Documento en que conste la petición de la pareja interesada o el certificado de defunción de los padres o la autoridad judicial por el cónyuge, sobre la ausencia de los mismos [ ]
61. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud. [ ]
62. Certificado de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. [ ]
63. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de pensionado o reconozca la afiliación de oficio. [ ]

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

## X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

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 **LUZ MERY AGUDELO MIRANDA** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **63460429,** se encuentra afiliado/a desde **13/10/2015** 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 04 de octubre de 2022.

**Rosa Mercedes Nino Amaya**
**Dirección de Afiliaciones**

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

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

## DATOS DE LA EMPRESA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Tipo documento:** | NI | **Número de documento:** | 829002432 | **Cédula Usuario:** | CC 37932503 |
| **Nombre:** | ASOCIACION CENTRO DE VIDA DEL ADULTO MAYOR ANTER | | | | |
| **Dirección:** | DG 62T 45 38 BR LAS GRANJAS | | | | |
| **Departamento:** | SANTANDER | | **Municipio:** | BARRANCABERMEJA | |
| **Correo electrónico:** | sarita.0214@hotmail.com | | | | |
| **Teléfono:** | 3133164747 | | **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 37932503 | SARA PEREZ ALVARADO |

## DATOS AFILIADOS RADICADOS

| | Radicado | Cobertura | Documento | Nombre Trabajador | Riesgo | Tarifa | Tipo |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 43 | 05/10/2022 | CC 63460429 | LUZ MERY AGUDELO | 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.

RES_4_1_3_FR15 v_04

Cordial saludo,

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

9F51604CD2361D885D096DA8E719FFE2 Certificado impreso el día 10/4/2022 6:08:39 AM por el portal de empresas Edesk

POSITIVA
COMPAÑÍA DE SEGUROS

**EN CASO DE ACCIDENTE DE TRABAJO**

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

www.positiva.gov.co

LA ASEGURADORA DE TODOS LOS COLOMBIANOS

**AGUDELO MIRANDA**
**LUZ MERY**
63460429
**ASOCIACION CENTRO DE VIDA DEL ADULTO MAYOR AI**
829002432

CONT No. 019-22

**CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES DE INSTRUCTOR EN ACTIVIDADES PRODUCTIVAS Y ASOCIATIVAS**

| | |
|---|---|
| NOMBRE DEL EMPLEADOR | ASOCIACION CENTRO VIDA DEL ADULTO MAYOR ANTER |
| REPRESENTANTE LEGAL | SARA PEREZ ALVARADO |
| NOMBRE DEL EMPLEADO(A) | **MAYLIN GINETH RODRIGUEZ CHAVEZ** |
| IDENTIFICADO CON CEDULA N° | 1096230309 de Barrancabermeja |
| CIUDAD DE RESIDENCIA | BARRANCABERMEJA Transversal 55 # 20-64 B. Torcoroma |
| TELEFONO | 3115509190 |
| CARGO A DESEMPEÑAR | GESTOR DE PROYECTOS |

Entre la **ASOCIACION CENTRO VIDA DEL ADULTO MAYOR ANTER**, N.I.T. No 829002432-5, del Municipio de Barrancabermeja, sociedad legalmente constituida y con domicilio principal la ciudad de Barrancabermeja, quien en adelante se denominara el **CONTRATANTE**, representada legalmente por **SARA PEREZ ALVARADO**, identificada con Cedula de Ciudadanía N° 37'932.503 de Barrancabermeja y **MAYLIN GINETH RODRIGUEZ CHAVEZ,** quien se identifica como aparece al pie de su firma y en adelante se denominara **EL CONTRATISTA,** hemos convenido celebrar un contrato de PRESTACION DE SERVICIOS que se regulara por las cláusulas que a continuación se expresan y en general por las disposiciones del código civil y código de comercio aplicables a la materia de qué trata este contrato:

**PRIMERA: OBJETO.** EL CONTRATISTA, de manera independiente, sin subordinación o dependencia, utilizando sus propios medios, prestara los servicios de **DESARROLLO DE TRABAJO ASOCIATIVO, ACOMPAÑAMIENTO EN ACTIVIDADES PRODUCTIVAS Y GESTIÓN ANTE ENTIDADES PÚBLICAS O PRIVADAS.**

**SEGUNDA. –plazo.** El plazo para la ejecución del presente contrato será desde el 05 DE OCTUBRE hasta el 17 DE DICIEMBRE 2022, el cual podrá prorrogarse por acuerdo entre las partes con antelación a la fecha de su expiración mediante la celebración de un contrato adicional que deberá constar por escrito.

**TERCERA. – Valor.** El valor del contrato será por la suma de **CUATRO MILLONES QUINIENTOS CUARENTA Y TRES MIL OCHOCIENTOS SETENTA Y CINCO PESOS MCT ($ 4.543.875)** el cual será utilizado de la siguiente manera: pago de honorarios.

**CUARTA. - Forma de pago.** El valor pactado en la cláusula anterior será cancelado de la siguiente forma:

- 40% DEL 05 AL 31 DE OCTUBRE DE 2022
- 40% DEL 01 AL 30 DE NOVIEMBRE DE 2022
- 20% DEL 1 AL 17 DE DICIEMBRE DE 2022

Previa presentación del informe mensual de gestión con sus respectivas evidencias y la cuenta de cobro, anexando los soportes de pago de seguridad social ante el CONTRATANTE.

**QUINTA.- obligaciones del contratante.** Este deberá facilitar acceso a la información que sea necesaria, de manera oportuna, para la debida información del objeto del contrato, permitirá el ingreso del profesional a cada una de las dependencias de la entidad que implique el buen ejercicio de las funciones del contratista, así mismo realizara el pago oportuno de honorarios estipulados previamente en este instrumento contractual y, estará obligado a cumplir con lo estipulado en las demás clausulas y condiciones previstas en este documento.

**SEXTA.- obligaciones de EL CONTRATISTA.** EL CONTRATISTA deberá cumplir en forma eficiente y oportuna los trabajos encomendados y aquellas obligaciones que se generen de acuerdo con la naturaleza del servicio, tales como: entrega oportuna de los informes, asistencia física en la institución en virtud de la necesidad del servicio.

**SÉPTIMA. – vigilancia del contrato.** EL CONTRATANTE o su representante, que será designado para este contrato, supervisaran la ejecución del servicio profesional encomendado, y podrá formular las observaciones del caso con el fin de ser analizadas conjuntamente con EL CONTRATISTA y efectuar por parte de este las modificaciones o correcciones a que hubiere lugar.

**OCTAVA. – clausula penal** en caso de incumplimiento por parte de EL CONTRATISTA de cualquiera de las obligaciones previstas en este contrato dará derecho a EL CONTRATANTE al pago de cinco salarios mínimos legales mensuales vigentes.

**NOVENA. –terminación.** El presente contrato podrá darse por terminado por mutuo acuerdo entre las dos partes, o en forma unilateral por el incumplimiento de las obligaciones derivadas del contrato, por cualquiera de ellas. –

**DECIMA.- independencia de EL CONTRATISTA.** EL CONTRATISTA actuara por su propia cuenta, con absoluta autonomía y no estará sometido a subordinación laboral con EL CONTRATANTE y sus derecho se limitaran, de acuerdo con la naturaleza del contrato, a exigir el cumplimiento de las obligaciones de EL CONTRATANTE y al pago de los honorarios estipulados por la prestación del servicio.

**DECIMA PRIMERA.- exclusión de la relación laboral.** Queda claramente entendido, que no existirá relación laboral alguna entre EL CONTRATANTE Y CONTRATISTA, o el personal que este utilice en la ejecución del objeto del presente contrato.

**DECIMA SEGUNDA.- Cesión del contrato.** EL CONTRATISTA no podrá ceder parcial ni totalmente la ejecución del presente contrato a un tercero salvo previa autorización expresa y escrita de EL CONTRATANTE.

**DÉCIMA TERCERA.- domicilio contractual.** Para todo los efectos legales, el domicilio contractual será la ciudad de Barrancabermeja y las notificaciones serán recibida por las partes en las siguientes direcciones: por EL CONTRATANTE en: el barrio las granjas de la ciudad de Barrancabermeja, en diagonal 62T 45-38, EL CONTRATISTA en: transversal 55 # 20-64 B. Torcoroma de la ciudad de Barrancabermeja.

**DECIMA CUARTA.- clausula compromisoria.** – toda controversia o diferencia relativa a este contrato, su ejecución y liquidación, se resolverá en cualquier centro de conciliación debidamente aprobado y habilitado por la ley de conformidad con lo anterior, las partes suscriben el presente documento en dos o más ejemplares del mismo tenor, el día 04 de Octubre de 2022, dando inicio el 05 de Octubre del presente año, en la ciudad de Barrancabermeja.

**SARA PEREZ ALVARADO**
C.C Nº 37'932.503 de Barrancabermeja
Representante Legal
**EL CONTRATANTE**

Maylin Gineth Rodriguez Chavez
**MAYLIN GINETH RODRIGUEZ CHAVEZ**
C.C **1096230309** de Barrancabermeja
**EL CONTRATISTA**

**MAYLIN GINETH RODRIGUEZ CHAVEZ**
**CEL. 3115509190**






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:

**MAYLIN GINETH RODRIGUEZ CHAVEZ**, Identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.096.230.309**, 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.

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 800.156.264-2

# FORMULARIO VÍA WEB

**I. DATOS DEL TRÁMITE** — Los alcanzamos 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 y 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] CP Cabeza de Familia [ ] BE Beneficiario [ ]
5. TIPO DE COTIZANTE: A. Dependiente [ ] B. Independiente [X] C. Pensionado [ ]
Código:
FECHA DE LA SOLICITUD: DÍA | MES | AÑO

**II. AFILIACIÓN**

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

6. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS
PRIMER APELLIDO: RODRIGUEZ — SEGUNDO APELLIDO: CHAVEZ — PRIMER NOMBRE: MAYLIN — SEGUNDO NOMBRE: GINETH
7. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: [X] C.C. — 8. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 096 230 309 — 9. SEXO: F — 10. FECHA NACIMIENTO: 20 | 09 | 1994

**III. DATOS COMPLEMENTARIOS**

11. ORIGEN: Causa — Enfermedad General [ ] — 12. DISCAPACIDAD: Tipo — Cognitiva [ ] Física [ ] Mental [ ] Sensorial [ ] — 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 O DIRECCIÓN DE RESIDENCIA: TV 55 # 20 - 64 — ZONA: U. [X] R. [ ] — LOCALIDAD / COMUNA — BARRIO
CIUDAD: B/BERMEJA — DEPARTAMENTO: SANTANDER — TELÉFONO FIJO — TELÉFONO CELULAR: 3115509190 — CORREO ELECTRÓNICO: maylinrocha@hotmail.com — CÓDIGO IPS

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

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

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

| | 24. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS DE LOS BENEFICIARIOS | 25. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD | 26. NÚMERO DE IDENTIDAD | 27. SEXO | 28. FECHA DE NACIMIENTO | 29. PARENTESCO | 30. EDAD | 31. DISCAPACIDAD: Tipo | Cualquiera |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | | | | | | | | C. [ ] P. [ ] M. [ ] | I. [ ] P. [ ] |
| 2 | | | | | | | | S. [ ] M. [ ] | I. [ ] P. [ ] |
| 3 | | | | | | | | P. [ ] M. [ ] | I. [ ] P. [ ] |
| 4 | | | | | | | | S. [ ] M. [ ] | I. [ ] P. [ ] |

| | 32. DATOS DE RESIDENCIA: Ciudad / Mpio. | Departamento | Zona | Teléfono fijo | Teléfono celular | 33. GRUPO ARMADO AL CUAL PERTENECE (Si aplica) | 34. Entidad de la cual proviene (Si aplica) | NIVEL DE SISBEN | CÓDIGO PERTENENCIA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | | | U. [ ] R. [ ] | | | | | I. [ ] II. [ ] | |
| 2 | | | U. [ ] R. [ ] | | | | | I. [ ] II. [ ] | |
| 3 | | | U. [ ] R. [ ] | | | | | I. [ ] II. [ ] | |
| 4 | | | U. [ ] R. [ ] | | | | | 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 o pagador de pensiones
39. UBICACIÓN O DIRECCIÓN — CIUDAD / MUNICIPIO — DEPARTAMENTO — TELÉFONO — CORREO ELECTRÓNICO
FECHA INICIO DE RELACIÓN LABORAL: 05 | 10 | 2022 — AUX. DE ACTIVIDADES — 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 VINCULACIÓN EN LA EPS [ ] Código [ ]
6. REINCORPORACIÓN 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 INCAPACIDAD AL CRÉDITO [ ]
17. REPORTE DE LA CALIDAD DE PENSIONADO [ ]
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: N.U.I. T.I. C.C. C.E. R.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. BAJA 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 estos beneficiarios dependen económicamente de mí. [ ]
47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción. [ ]
48. Declaración de ubicación en razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acrediten la condición de beneficiarios. Anexo soporte de la misma [ ]
49. Declaración de un compromiso 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 aquí consignados. [ ]

**VIII. FIRMAS**

54. Firma del cotizante, cabeza de familia o beneficiario: MAYLIN RODRIGUEZ
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 capacidad permanente emitido por la entidad competente.
58. Copia del registro civil de nacimiento, o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
59. Copia de la escritura pública o 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 póliza de la para militar o el certificado de definición de la misma o la constancia expedida por el cotizante sobre la suspensión temporal del servicio militar.
63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.
64. Solicitud por 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 pensionado o la cuantía la base de cálculo.

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:** | 829002432 | **Cédula Usuario:** | CC 37932503 |
| **Nombre:** | ASOCIACION CENTRO DE VIDA DEL ADULTO MAYOR ANTER | | | | |
| **Dirección:** | DG 62T 45 38 BR LAS GRANJAS | | | | |
| **Departamento:** | SANTANDER | **Municipio:** | BARRANCABERMEJA | | |
| **Correo electrónico:** | sarita.0214@hotmail.com | | | | |
| **Teléfono:** | 3133164747 | **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 37932503 | SARA PEREZ ALVARADO |

## DATOS AFILIADOS RADICADOS

| | Radicado | Cobertura | Documento | Nombre Trabajador | Riesgo | Tarifa | Tipo |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 41 | 05/10/2022 | CC 1096230309 | RODRIGUEZ CHAVEZ MAYLIN | 1 | 0.522 | Independiente |

## OBSERVACIONES

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

MS_4_1_3_FR15 v_04

Cordial saludo,

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

9F51604CD2361D885D096DA8E719FFE2

Certificado Impreso el día 10/4/2022 5:50:00 AM por el portal de empresas Edesk

POSITIVA
COMPAÑÍA DE SEGUROS

**EN CASO DE ACCIDENTE DE TRABAJO**

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

www.positiva.gov.co

LA ASEGURADORA DE TODOS LOS COLOMBIANOS

**MAYLIN GINETH**
**RODRIGUEZ CHAVEZ**
1096230309

**ASOCIACION CENTRO DE VIDA DEL ADULTO MAYOR AI**
829002432

| CONTRATO DE TRABAJO Nº 011-22 | **ASOCIACIÓN CENTRO VIDA DEL ADULTO MAYOR ANTER**<br>**Programa integral para el adulto mayor convenio de asociación Nº 5446-22 alcaldía Barrancabermeja** |
|---|---|
| **NOMBRE DEL EMPLEADOR** | ASOCIACION CENTRO VIDA DEL ADULTO MAYOR ANTER |
| **REPRESENTANTE LEGAL** | SARA PEREZ ALVARADO |
| **NOMBRE DEL EMPLEADO(A)** | NELLY GARCIA |
| **IDENTIFICADA CON CEDULA Nº** | 63.296.454 de Bucaramanga |
| **CIUDAD DE RESIDENCIA** | BARRANCABERMEJA Diagonal 62 45-124 B. las granjas |
| **TELEFONO** | 60321606 |
| **CARGO A DESEMPEÑAR** | MANIPULADORA DE ALIMENTOS |

Entre la **ASOCIACION CENTRO VIDA DEL ADULTO MAYOR ANTER**, del Municipio de Barrancabermeja, sociedad legalmente constituida y con domicilio principal la ciudad de Barrancabermeja, representada legalmente por **SARA PEREZ ALVARADO**, identificada con Cedula de Ciudadanía N° 37'932.503 de Barrancabermeja y **NELLY GARCIA** EL TRABAJADOR, quien se identifica como aparece al pie de su firma, hemos convenido celebrar un contrato de trabajo; el mismo que se estipula de conformidad con las cláusulas que a continuación se detallan:

**PRIMERA: OBJETO.** EL TRABAJADOR, se compromete a prestar sus servicios laborales personalmente en La **ASOCIACIÓN CENTRO VIDA DEL ADULTO MAYOR ANTER,** ubicada en la Diagonal 62 45-124 B. LAS GRANJAS de la ciudad de Barrancabermeja; con fecha de inicio desde el 05 de octubre de 2022 hasta el 17 de diciembre 2022.

**SEGUNDO: TERMINO DEL CONTRATO.** EL TRABAJADOR, desempeñara el cargo de manipuladora de alimentos, además efectuara cualquier otra labor que le asigne su empleador o su representante legal autorizado.

**TERCERO: VALOR.** El trabajador recibirá como remuneración un salario de **1'000.000.00 Mcte,** mínimo legal mensual vigente (SMLMV) más auxilio de transporte y sus prestaciones correspondientes de igual modo será afiliado a la seguridad social y el sistema de riesgos profesionales.

**CUARTA: SON OBLIGACIONES**. EL TRABAJADOR, debe cumplir con el horario de trabajo de 6:00 am – 2:00 pm de lunes a sábados; cuando sea necesario el empleador podrá exigir la prolongación de dicho horario de trabajo, debiendo la parte empleadora cubrir con los recargos establecidos para el efecto.

**QUINTA: OBLIGACIONES DEL MANIPULADOR DE ALIMENTOS.** 1) Mantener una esmerada limpieza e higiene personal y aplicar buenas prácticas higiénicas en sus labores. 2) tener formación en materia de educación sanitaria, especialmente en cuanto a prácticas higiénicas en la manipulación de alimentos. 3) cumplir con lo establecido en el decreto 3075 de 1997. 4) cumplir con las funciones que le asignen.

**SEXTA: OBLIGACIONES DEL CONTRATANTE.** Son obligaciones del CONTRATANTE: 1) Cancelar los servicios fijados al trabajador, según la forma que se pactó. 2) Entregar toda la información, materiales y suministros, para poder desarrollar con normalidad su labor.

**SEPTIMA: TERMINACION ANTICIPADA O ANORMAL.** Incumplir las obligaciones propias de cada una de las partes dará lugar a la otra a terminar unilateralmente el contrato de trabajo.

**OCTAVA: CLAUSULA COMPROMISORIA**. Toda controversia o diferencia relativa a este contrato, su ejecución y liquidación, se resolverá por un tribunal de arbitramiento que por economía será designado por las partes y será del domicilio donde se debió ejecutar el servicio contratado o en su defecto en el domicilio de la parte que lo convoque. El tribunal de arbitramiento se sujetara a lo dispuesto en el decreto 1818 de 1998 o estatuto orgánico de los sistemas alternativos de solución de conflictos y demás normas concordantes.

Las partes suscriben el presente documento en dos o más ejemplares del mismo tenor, el día 04 de octubre de 2022, dando inicio el 05 de octubre del presente año, en la ciudad de Barrancabermeja.

**SARA PEREZ ALVARADO**
C.C N° 37'932.503 de Barrancabermeja
Representante Legal
**EL CONTRATANTE**

Nelly Garcia
**NELLY GARCIA**
C.C N° 63.296.454 de Bucaramanga
**EL TRABAJADOR**

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 **NELLY GARCIA DE TORRES** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **63296454,** se encuentra afiliado/a desde **17/04/2002** 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 04 de octubre de 2022.

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA VIGILADO

**Rosa Mercedes Nino Amaya**
**Dirección de Afiliaciones**

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

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

## DATOS DE LA EMPRESA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Tipo documento:** | NI | **Número de documento:** | 829002432 | **Cédula Usuario:** | CC 37932503 |
| **Nombre:** | ASOCIACION CENTRO DE VIDA DEL ADULTO MAYOR ANTER | | | | |
| **Dirección:** | DG 62T 45 38 BR LAS GRANJAS | | | | |
| **Departamento:** | SANTANDER | | **Municipio:** | BARRANCABERMEJA | |
| **Correo electrónico:** | sarita.0214@hotmail.com | | | | |
| **Teléfono:** | 3133164747 | | **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 37932503 | SARA PEREZ ALVARADO |

## DATOS AFILIADOS RADICADOS

| | Radicado | Cobertura | Documento | Nombre Trabajador | Riesgo | Tarifa | Tipo |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 49 | 05/10/2022 | CC 63296454 | GARCIA TORRES NELLY | 1 | 0.52200 | Dependiente |

## OBSERVACIONES

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

AES_4_1_3_FR15 v_04

Cordial saludo,

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

9F51604CD2361D885D096DA8E719FFE2

Certificado impreso el día 10/4/2022 4:26:43 PM por el portal de empresas Edesk

POSITIVA
COMPAÑÍA DE SEGUROS

**EN CASO DE ACCIDENTE DE TRABAJO**

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

www.positiva.gov.co

LA ASEGURADORA DE TODOS LOS COLOMBIANOS

**NELLY**
**GARCIA TORRES**
63296454

**ASOCIACION CENTRO DE VIDA DEL ADULTO MAYOR AI**
829002432

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

"Código Ordenamiento 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 detenidamente 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 [X] D. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]
CÓDIGO:
FECHA DE LA SOLICITUD: DÍA: 24 MES: 10 AÑO: 2022

**A. AFILIACIÓN**

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

6. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS
PRIMER APELLIDO: GARCIA — SEGUNDO APELLIDO: DE TORRES — PRIMER NOMBRE: NELLY — SEGUNDO NOMBRE:
7. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: [ ] TI [X] CC [ ] CE [ ] PA [ ] CD [ ] SC — 8. NÚMERO SECUENCIAL DE IDENTIDAD: 63.296.454 — 9. SEXO: F — 10. FECHA NACIMIENTO: 24 / 10 / 1960

**III. DATOS COMPLEMENTARIOS**

11. GRUPO ÉTNICO: 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: $ 1.000.000 — 18. DIRECCIÓN DE RESIDENCIA: TV 45 # 60 60 — ZONA: U. [X] R. [ ] — LOCALIDAD / COMUNA — BARRIO
CIUDAD Y MUNICIPIO: B/BERMEJA — DEPARTAMENTO: SANTANDER — TELÉFONO FIJO — TELÉFONO CELULAR: 3214732073 — 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 — 23. FECHA NACIMIENTO — CÓDIGO IPS

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

| | 24. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS DE LOS BENEFICIARIOS | 25. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD | 26. NÚMERO DE IDENTIDAD | 27. SEXO | 28. FECHA DE NACIMIENTO | 29. PARENTESCO | 30. EDAD | 31. NACIONALIDAD: País | Condición |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | | | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | |

| | 32. DATOS DE RESIDENCIA: Dirección / Barrio | Comuna / Localidad | Zona | Teléfono Fijo | Teléfono Móvil | 33. VALOR UPC AFILIADO ADICIONAL (en números de $) | 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: ASOC. ANTER — 36. Tipo documento de identidad: CC [ ] CE [ ] PA [ ] NIT [X] — 37. Número documento de identidad: 829.002.432 — DV: — 38. Tipo de aportante o pagador de pensiones:
39. UBICACIÓN O DIRECCIÓN: DG.62 T.45 38 — BGA/BUA — SANTANDER — TELÉFONO: 3133164747
FECHA INICIO DE RELACIÓN LABORAL: 05 / 10 / 2022 — CARGO: AUX DE COCINA — 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 AFILIACIÓN DE LA EPS Código [ ] [ ]
6. INHABILITACIÓN EN LA EPS [ ]
7. INCLUSIÓN DE CUMPLIDORES O DE AFILIADOS ADICIONALES [ ]
8. EXCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES [ ]
9. INICIO DE RELACIÓN LABORAL O ADQUISICIÓN DE CONDICIONES PARA COTIZAR PARA EQUIPO COTIZANTE [ ]
10. TERMINACIÓN DE LA RELACIÓN LABORAL O PERDIDA DE LAS CONDICIONES PARA EQUIPO COTIZANTE [ ]
11. VINCULACIÓN A UNA ENTIDAD ADMINISTRADORA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS [ ]
12. DESVINCULACIÓN A UNA ENTIDAD ADMINISTRADORA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS [ ]
13. MOVILIDAD
a) AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO [ ]
b) AL RÉGIMEN SUBSIDIADO [ ]
c) TRASLADO
A) MISMO RÉGIMEN [ ]
B) DIFERENTE RÉGIMEN [ ]
14. REPORTE DE FALLECIMIENTO [ ]
15. REPORTE DEL TRÁMITE DE PROTECCIÓN AL CESANTE [ ]
16. REPORTE DE LA CALIDAD DE PENSIONADO [ ]
17. 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: 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

**VIII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES**

Declaración Juramentada de convivencia: Declaro que convivo con ella/el Señor(a) _____ identificado(a) con _____ No. _____ desde el día _____ del mes _____ del año _____.
46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales: Declaro bajo la gravedad de juramento que ellos(as) Dependen(n) económicamente de mí. [ ]
47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción. [ ]
48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acrediten la condición de beneficiarios. Anexo soporte de la Entidad [ ]
49. Declaración de no inconformidad del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en mi 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 unidades 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 celular como mensajes de texto. [ ]

**VIII. FIRMAS**

54. Firma del cotizante, cabeza de familia o beneficiario: NELLY GARCIA
65. Firma y sello del empleador, apoderado o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio: LUIS GUTIERREZ

**IX. ANEXOS**

90. Anexo copia del documento de identidad: CN (NUIP) [ ] RC [ ] TI [ ] CC [ ] PA [ ] CE [ ] PE [ ] SC [ ] — Cantidad: [ ] Total: [ ]
91. Copia del documento de reconocimiento permanente emitido por la autoridad competente. [ ]
94. Copia del registro civil de matrimonio, o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital. [ ]
95. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, contenga judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación judicial que declare la terminación de la unión marital. [ ]
96. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor. [ ]
97. Copia de la orden judicial o del acta administrativa de custodia. [ ]
98. Documento en que conste la petición de la parte ofendida o el certificado de defensoría de los pobres en el departamento donde fue proferido el fallo de las penas. [ ]
99. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud. [ ]
90. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. [ ]
95. Copia del acto administrativo o documentos de los aumentos porcentuales en los que consta la variación de dichos. [ ]

**X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL**

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

# CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE BARRANCABERMEJA

Cafaba

## FORMULARIO PARA AFILIACIÓN DE TRABAJADORES Y PERSONAS A CARGO

Favor diligenciar completamente el formulario (Decreto 1637/2006)

### TIPO DE AFILIADO

- [X] DEPENDIENTE
- [ ] INDEPENDIENTE
- [ ] MADRE COMUNITARIA
- [ ] PENSIONADO
- [ ] TAXISTAS
- [ ] SERVICIO DOMESTICO

### TIPO DE AFILIACION

- [ ] NUEVO
- [ ] TRASLADO
- [ ] REINGRESO

### RANGO

37 | 15
20 | 30

### DATOS DE LA EMPRESA

Nombre: ASOCIACION CENTRO VIDA DEL ADULTO MAYOR ANTER | Nit: 829.002.432 | DV: | Teléfono: 6032160

Dirección: DIAG 62 # 45-24 | Correo Electrónico: | Ciudad: BARRANCABERMEJA

### DATOS DEL TRABAJADOR

| Tipo de Documento de Identidad | No. Documento | Primer Apellido | Segundo Apellido | Nombres |
|---|---|---|---|---|
| CC [X] TI [ ] CE [ ] CR [ ] | 63.296.454 | GARCIA | | NELLY |

Fecha de Nacimiento: 24 | 10 | 1960

Estado Civil: [ ] CASADO [ ] VIUDO [ ] SEPARADO [ ] SOLTERO [ ] UNIÓN LIBRE

Dirección: DIAG 60 N° 45-124 ...

Barrio: LAS GRANJAS

Zona: [ ] BARRANCABERMEJA [ ] PTO WILCHES [ ] SOGAMOSO [ ] CENTRO [ ] OTRO

Correo Electrónico:

Nivel Educativo:

Discapacidad: SI [ ] NO [ ]

Ocupación o Cargo: MANIPULADORA DE ALIMENTOS

Salario: $ 1,000,000

Fecha de Ingreso a la Empresa: Año 2022 | Mes 10 | Día 05

Jornada Laboral (Marque con una X): Medio Tiempo [ ] | Tiempo Completo [X]

Es socio de la empresa: SI [ ] NO [X]

Vendedor: SI [ ] NO [ ]

Teléfono fijo:

Teléfono Celular: 6032160

### SI TRABAJA SIMULTANEAMENTE EN OTRA EMPRESA DILIGENCIE LOS SIGUIENTES DATOS

| NIT o C.C. | NOMBRE O RAZÓN SOCIAL | TELÉFONO | FECHA DE INGRESO | HORAS LABORADAS/MES | SUELDO BÁSICO |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | |

### DATOS DEL CONYUGE

| Tipo de Documento de Identidad | No. de Documento | Primer Apellido | Segundo Apellido | Nombres |
|---|---|---|---|---|
| CC [ ] TI [ ] CE [ ] CR [ ] | | | | |

| Fecha de Nacimiento | Nombre de la Empresa | Nit | Ocupación o Cargo | RECIBE SUBSIDIO | CUAL CAJA |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | SI [ ] NO [ ] | |

| SEXO | TRABAJA | Discapacitado: | Nivel de estudio: | Correo Electrónico |
|---|---|---|---|---|
| [ ] M [ ] F | SI [ ] NO [ ] | SI [ ] NO [ ] | | |

### DATOS DE LOS BENEFICIARIOS DEL GRUPO FAMILIAR (SI LO VAN A AFILIAR)

| N. P. | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | NOMBRES | SEXO M | SEXO F | DISCAPACIDAD SI | DISCAPACIDAD NO | PARENTESCO Padres | Hijos | Hnos | Hijastros | FECHA DE NACIMIENTO AÑO | MES | DIA | DOCUMENTO DE IDENTIDAD TIPO RC | TI | CC | NUMERO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Declaro haber leído los requisitos solicitados para acceder al subsidio familiar monetario. Bajo la gravedad de juramento declaro que los datos suministrados y relacionados son exactos y verídicos. Autorizo su comprobación.

A partir de la fecha de recibido de este formulario, se podrán utilizar los servicios de CAFABA en los diferentes puntos de atención, suministrando el nombre o número de la cédula del afiliado. El Carné de afiliación se entregará dos (2) meses después de recibido este formulario.

Con la firma del presente formulario, autorizo de manera expresa a la CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE BARRANCABERMEJA CAFABA para que haga uso de la información suministrada y la existente en sus bases de datos con la debida confidencialidad, de manera segura, legal y transparente en los términos y condiciones establecidos en la ley 1581 de 2.012 y el Decreto 1377 de 2.013, en armonía con el Manual Interno de Políticas, procedimientos y tratamientos de Bases de Datos.

NELLY GARCIA — FIRMA EXCLUSIVA DEL TRABAJADOR

SARA PEREZ ALVARADO — FIRMA Y SELLO DEL LA EMPRESA

FECHA

RECIBIDO

NOTA: Sin el lleno total de información y la no entrega de la documentación requerida, no acredita el derecho para el pago del subsidio familiar monetario

---

COMPROBANTE ENTREGA DE DOCUMENTOS DE AFILIACIÓN

NELLY GARCIA — NOMBRE DEL TRABAJADOR — 63.296.454 — C. C.

ASOCIACION CENTRO VIDA DEL ADULTO MAYOR ANTER — NOMBRE O RAZON SOCIAL DE LA EMPRESA — 829.002.432 — NIT.

RECEPCIÓN DE DOCUMENTOS

FECHA:

FIRMA Y SELLO

ESTE DESPRENDIBLE, ES EL DOCUMENTO PROVISIONAL PARA ACCEDER A LOS SERVICIOS DE LA CAJA

Calle 49 N° 17 - 14 PBX: 6222810 EXT: 262 Pagina web: www.cafaba.com.co - correo electrónico: atencionalciudadano@cafaba.com.co - subsidios@cafaba.com.co

TRABAJADOR

---


COMPROBANTE ENTREGA DE DOCUMENTOS DE AFILIACIÓN

NELLY GARCIA — NOMBRE DEL TRABAJADOR — 63.296.454 — C. C

ASOCIACION CENTRO VIDA DEL ADULTO MAYOR ANTER — NOMBRE O RAZON SOCIAL DE LA EMPRESA — 829.002.432 — NIT

RECEPCIÓN DE DOCUMENTOS

FECHA:

FIRMA Y SELLO

ESTE DESPRENDIBLE, ES EL DOCUMENTO PROVISIONAL PARA ACCEDER A LOS SERVICIOS DE LA CAJA

Calle 49 N° 17 - 14 PBX: 6222810 EXT: 262 Pagina web: www.cafaba.com.co - correo electrónico: atencionalciudadano@cafaba.com.co - subsidios@cafaba.com.co

TRABAJADOR

CONT No.014-22

## CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE TRABAJO SOCIAL

| | |
|---|---|
| NOMBRE DEL EMPLEADOR | CENTRO VIDA DEL ADULTO MAYOR ANTER |
| REPRESENTANTE LEGAL | SARA PÉREZ ALVARADO |
| NOMBRE DEL EMPLEADO(A) | **ROSA ANGELICA LOZANO PEREZ** |
| IDENTIFICACIÓN CC N° | 1.096.231.533 de **Barrancabermeja** |
| CIUDAD DE RESIDENCIA | BARRANCABERMEJA CARRERA 27 A #43-05. BARRIO LAS COLMENAS |
| TELÉFONO | **3133091946** |
| CARGO A DESEMPEÑAR | TRABAJO SOCIAL |

Entre la **ASOCIACION CENTRO VIDA DEL ADULTO MAYOR ANTER**, N.I.T. No 829002432-5, del Municipio de Barrancabermeja, sociedad legalmente constituida y con domicilio principal la ciudad de Barrancabermeja, quien en adelante se denominara el **CONTRATANTE**, representada legalmente por **SARA PEREZ ALVARADO**, identificada con Cedula de Ciudadanía N° 37'932.503 de Barrancabermeja y **ROSA ANGELICA LOZANO PEREZ**, quien se identifica como aparece al pie de su firma y en adelante se denominara **EL CONTRATISTA,** hemos convenido celebrar un contrato de PRESTACION DE SERVICIOS que se regulara por las cláusulas que a continuación se expresan y en general por las disposiciones del código civil y código de comercio aplicables a la materia de qué trata este contrato:

**PRIMERA. –** Objeto. EL CONTRATISTA en su calidad de PROFESIONAL DE TRABAJO SOCIAL, se obliga para con EL CONTRATANTE a ejecutar los trabajos y demás actividades propias del servicios de contratado el cual debe realizar de conformidad con las condiciones establecidas por la entidad contratante, establecidas en este documento: las cuales son: 1. CONTINUAR CON LA ASESORIA Y ASISTENCIA PSICOSOCIAL. 2. PLANEACION DE CRONOGRAMAS DE ACTIVIDADES PSICOSOCIALES AL ADULTO MAYOR.

**SEGUNDA. –plazo.** El plazo para la ejecución del presente contrato será desde el 05 DE OCTUBRE hasta el 17 DE DICIEMBRE 2022, el cual podrá prorrogarse por acuerdo entre las partes con antelación a la fecha de su expiración mediante la celebración de un contrato adicional que deberá constar por escrito.

**TERCERA. – Valor.** El valor del contrato será por la suma de **OCHO MILLONES QUINIENTOS SETENTA Y CINCO MIL OCHOCIENTOS SETENTA Y CINCO PESOS MCT ($ 8.575.875)** el cual será utilizado de la siguiente manera: pago de honorarios.

**CUARTA. - Forma de pago.** El valor pactado en la cláusula anterior será cancelado de la siguiente forma:

- 40% DEL 05 AL 31 DE OCTUBRE DE 2022

- 40% DEL 01 AL 30 DE NOVIEMBRE DE 2022
- 20% DEL 1 AL 17 DE DICIEMBRE DE 2022

Previa presentación del informe mensual de gestión con sus respectivas evidencias y la cuenta de cobro, anexando los soportes de pago de seguridad social ante el CONTRATANTE.

**QUINTA.**- obligaciones del contratante. Este deberá facilitar acceso a la información que sea necesaria, de manera oportuna, para la debida información del objeto del contrato, permitirá el ingreso del profesional a cada una de las dependencias de la entidad que implique el buen ejercicio de las funciones del contratista, así mismo realizara el pago oportuno de honorarios estipulados previamente en este instrumento contractual y, estará obligado a cumplir con lo estipulado en las demás clausulas y condiciones previstas en este documento.

**SEXTA.**- obligaciones de EL CONTRATISTA. EL CONTRATISTA deberá cumplir en forma eficiente y oportuna los trabajos encomendados y aquellas obligaciones que se generen de acuerdo con la naturaleza del servicio, tales como: entrega oportuna de los informes, asistencia física en la institución en virtud de la necesidad del servicio.-

**SÉPTIMA.** – vigilancia del contrato. EL CONTRATANTE o su representante, que será designado para este contrato, supervisaran la ejecución del servicio profesional encomendado, y podrá formular las observaciones del caso con el fin de ser analizadas conjuntamente con EL CONTRATISTA y efectuar por parte de este las modificaciones o correcciones a que hubiere lugar.

**OCTAVA**. – clausula penal en caso de incumplimiento por parte de EL CONTRATISTA de cualquiera de las obligaciones previstas en este contrato dará derecho a EL CONTRATANTE al pago de cinco salarios mínimos legales mensuales vigentes.

**NOVENA.** –terminación. El presente contrato podrá darse por terminado por mutuo acuerdo entre las dos partes, o en forma unilateral por el incumplimiento de las obligaciones derivadas del contrato, por cualquiera de ellas. –

**DECIMA.-** independencia de EL CONTRATISTA. EL CONTRATISTA actuara por su propia cuenta, con absoluta autonomía y no estará sometido a subordinación laboral con EL CONTRATANTE y sus derecho se limitaran, de acuerdo con la naturaleza del contrato, a exigir el cumplimiento de las obligaciones de EL CONTRATANTE y al pago de los honorarios estipulados por la prestación del servicio.

**DECIMA PRIMERA.**- exclusión de la relación laboral. Queda claramente entendido, que no existirá relación laboral alguna entre EL CONTRATANTE Y CONTRATISTA, o el personal que este utilice en la ejecución del objeto del presente contrato.

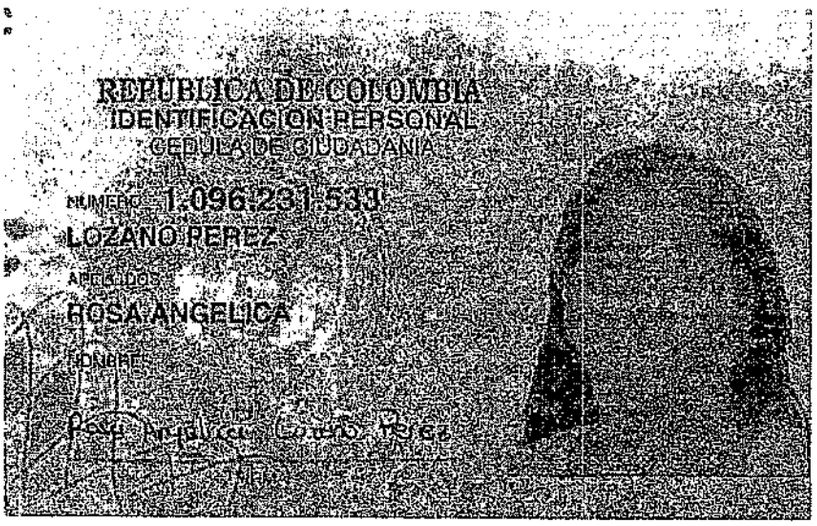
**DECIMA SEGUNDA.**- Cesión del contrato. EL CONTRATISTA no podrá ceder parcial ni totalmente la ejecución del presente contrato a un tercero salvo previa autorización expresa y escrita de EL CONTRATANTE.

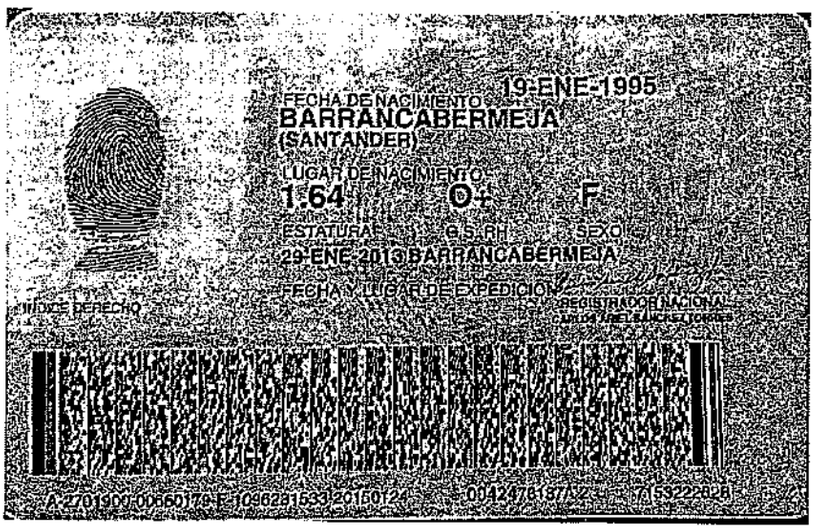
**DÉCIMA TERCERA.**- domicilio contractual. Para todo los efectos legales, el domicilio contractual será la ciudad de Barrancabermeja y las notificaciones serán recibida por las partes en las siguientes direcciones: por EL CONTRATANTE en: el barrio las granjas de la ciudad de Barrancabermeja, en diagonal 62T 45-38, EL CONTRATISTA en: CALLE #18 -04 2PISO PARNASO de la ciudad de Barrancabermeja.

**DECIMA CUARTA.- clausula compromisoria.** – toda controversia o diferencia relativa a este contrato, su ejecución y liquidación, se resolverá en cualquier centro de conciliación debidamente aprobado y habilitado por la ley de conformidad con lo anterior, las partes suscriben el presente documento en dos o más ejemplares del mismo tenor, el día 04 de Octubre de 2022, dando inicio el 05 de Octubre del presente año, en la ciudad de Barrancabermeja.

**SARA PÉREZ ALVARADO**
C.C N° 37'932.503 de Barrancabermeja
Representante Legal
**EL CONTRATANTE**

**ROSA ANGELICA LOZANO PEREZ**
C.C 1.096.231.533 de Barrancabermeja
**EL CONTRATISTA**


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 1.096.231.533
LOZANO PEREZ
APELLIDOS
ROSA ANGELICA
NOMBRE


FECHA DE NACIMIENTO 19-ENE-1995
BARRANCABERMEJA
(SANTANDER)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.64 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
29-ENE-2013 BARRANCABERMEJA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO

Nueva epf.

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:

**ROSA ANGELICA LOZANO PEREZ,** identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.096.231.533**, 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.

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

Leer 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 [ ] D. 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)

8. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS

| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE |
|---|---|---|---|
| LOZANO | PEREZ | ROSA | ANGELICA |

7. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: [ ] RC [ ] TI [X] CC [ ] CE [ ] PA [ ] CD [ ] PE
8. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1.096.231.533
9. SEXO: F [ ] M
10. FECHA NACIMIENTO: 19 | 01 | 1995

## III. DATOS COMPLEMENTARIOS

11. ÉTNICO: 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. OCUPACIÓN
19. DIRECCIÓN DE RESIDENCIA: K 27 43 05
ZONA: U. [X] R. [ ]
LOCALIDAD / COMUNA
BARRIO
CIUDAD Y DEPARTAMENTO DE RESIDENCIA: B/BERMEJA
DEPARTAMENTO: SANTANDER
TELÉFONO FIJO
TELÉFONO MÓVIL: 3133091946
CORREO ELECTRÓNICO: sarita.0214@hotmail.com
CÓDIGO IPS

## IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

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

19. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS

| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE |
|---|---|---|---|
| | | | |

20. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: [ ] RC [ ] TI [ ] CC [ ] CE [ ] PA [ ] CD [ ] PE
21. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD
22. SEXO
23. FECHA NACIMIENTO: DÍA | MES | AÑO
ESTADO 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. FECHA DE NACIMIENTO (DD/MM/AAAA) | 28. PARENTESCO | 29. SEXO | 30. NUEVO PACIENTE: Sisbén | 30. NUEVO PACIENTE: Condición |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | |

| | 31. DATOS DE RESIDENCIA: Municipio | Departamento | Zona | Teléfono fijo | Teléfono móvil | 32. VALIDACIÓN AFILIADO ADICIONAL (Lo diligencia la IPS) | 33. Nombre de la Institución prestadora de servicios de salud (IPS) | NIVEL DE SISBEN | GRUPO POBLACIONAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | | | R. [ ] U. [ ] | | | | | | |
| 2 | | | R. [ ] U. [ ] | | | | | | |
| 3 | | | R. [ ] U. [ ] | | | | | | |
| 4 | | | R. [ ] U. [ ] | | | | | | |

## 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 [ ] PE
37. Número documento de identidad
DV
38. Tipo de aportante o pagador de pensiones
39. UBICACIÓN O DIRECCIÓN
MUNICIPIO
DEPARTAMENTO
ZONA
TELÉFONO
CORREO ELECTRÓNICO
FECHA INICIO DE RELACIÓN LABORAL: 05 | 10 | 2022
CARGO: TRABAJO SOCIAL
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 Ó 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 Ó 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. MÓVILIDAD
A) AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO [ ]
B) AL RÉGIMEN SUBSIDIADO [ ]
14. TRABAJO
A) NUEVO EMPLEO [ ]
B) DEPENDIENTE INDEPENDIENTE [ ]
15. REPORTE DE AUSENTISMO [ ]
16. REPORTE DEL TRÁMITE DE PROTECCIÓN AL CESANTE [ ]
17. REPORTE DE LA CALIDAD DE PENSIONADO [ ]
18. REPORTE DE LA ENTIDAD 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 [ ] PE
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD
SEXO: F [ ] M
FECHA NACIMIENTO: DÍA | MES | AÑO
42. FECHA (a partir de): Año | Mes | Día
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 vigilo, Dan/declaro(a) dependiente(s) económicamente de mí.
47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
48. Declaración de existencia en razones de fuerza mayor o caso fortuito que impidan la entrega de los documentos que acrediten la condición de beneficiarios, Ampla soporte de la Entidad
49. Declaración de no terminación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Incapacidad Permanente de Grandes de Salud.
50. Autorización para que la EPS solicite y consulte datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliado 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 consulte 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

ROSA LOZANO
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 [ ] PE [ ]
Cantidad: Total
57. Copia del registro civil de nacimiento, o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
58. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declaren 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.
59. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.
60. Copia de la autoridad judicial o del acto administrativo de custodia.
61. Documento en que conste la patria potestad o el certificado de defunción de los padres, o la declaración jurada con el contenido exigido en el artículo 2.2.6.1.2.3.3 del Decreto 780 de 2016.
62. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.
63. Certificación de afiliación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
64. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de desplazado o su reconocimiento como víctima.

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:** | 829002432 | **Cédula Usuario:** | CC 37932503 |
| **Nombre:** | ASOCIACION CENTRO DE VIDA DEL ADULTO MAYOR ANTER | | | | |
| **Dirección:** | DG 62T 45 38 BR LAS GRANJAS | | | | |
| **Departamento:** | SANTANDER | **Municipio:** | BARRANCABERMEJA | | |
| **Correo electrónico:** | sarita.0214@hotmail.com | | | | |
| **Teléfono:** | 3133164747 | **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 37932503 | SARA PEREZ ALVARADO |

## DATOS AFILIADOS RADICADOS

| Radicado | Cobertura | Documento | Nombre Trabajador | Riesgo | Tarifa | Tipo |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 146 | 05/10/2022 | CC 1096231533 | LOZANO PEREZ ROSA | 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.

MEC_4_1_3_RETS v_04

Cordial saludo,

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

9F51604CD2361D885D096DA8E719FFE2

Certificado impreso el día 10/4/2022 6:19:51 AM por el portal de empresas Edesk

POSITIVA
COMPAÑÍA DE SEGUROS

POSITIVA

**EN CASO DE ACCIDENTE DE TRABAJO**

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

www.positiva.gov.co

LA ASEGURADORA DE TODOS LOS COLOMBIANOS

**ROSA ANGELICA**
**LOZANO PEREZ**
1098231533

**ASOCIACION CENTRO DE VIDA DEL ADULTO MAYOR AI**
829002432