CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES INDEPENDIENTES

Entre los suscritos a saber ***LUZ MARINA SANCHEZ GUERRERO,*** mayor de edad, identificada con la cédula de ciudadanía Nº 49.658.754 de Aguachica, domiciliada y residente en Barrancabermeja, actuando en nombre y representación de ***FUNDACION MANOS AMIGAS*** con NIT 829.002.782 – 8 y quien adelante se denominará el ***CONTRATANTE***, y, ***ANGY MILENA LAMES SANCHEZ***, mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía Nº 1.096.213.637 de Barrancabermeja, domiciliado y residente en Barrancabermeja actuando en calidad de ***DIRECTORA TECNICA-PSICOLOGA*** y quien para los efectos del presente documento se denominará el ***CONTRATISTA***, acuerdan celebrar el presente contrato de ***PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES,*** el cual se regirá por las normas que regulan la materia y especialmente por las siguientes cláusulas: **PRIMERA, Objeto – *EL CONTRATISTA*** en su calidad de ***DIRECTORA TECNICA-PSICOLOGA***, se obliga para con ***EL CONTRATANTE*** a ejecutar los trabajos y demás actividades propias del servicio contratado el cual debe realizar de conformidad con las condiciones y cláusulas adicionales del presente documento. **SEGUNDA, Plazo –** El plazo para la ejecución del presente contrato será de ***SESENTA Y TRES DIAS (63) DIAS,*** contado desde la firma de éste documento 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 y Forma de Pago -** el valor de este contrato por honorarios es de **SEIS MILLONES SEISCIENTOS CINCUENTA Y DOS MIL OCHOCIENTOS PESOS MONEDA CORRIENTE ($6.652.800)** el cual será cancelado durante la ejecución y finalización el contrato con previa presentación de la cuenta de cobro que ***EL CONTRATISTA*** hará al ***CONTRATANTE*** con ***5 días de anticipación*** a la fecha de vencimiento de cada pago. **CUARTA, Obligaciones del Contratante – *EL CONTRATANTE*** se obligará a facilitar el acceso a la información que sea necesaria, de manera oportuna, para la debida ejecución del objeto del contrato y, estará obligado a cumplir con lo estipulado en las demás cláusulas y condiciones previstas en este documento. **QUINTA, Obligaciones del Contratista – *EL CONTRATISTA*** se obliga a cumplir en forma eficiente y oportuna los trabajos encomendados y aquellas obligaciones que se generen de acuerdo con la naturaleza del servicio y en general con las cláusulas de éste contrato. **SEXTA, Vigilancia del contrato – *EL CONTRATANTE*** o su representante supervisará 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 éste las modificaciones o correcciones a que hubiere lugar. **SEPTIMA, Cláusula penal –** En caso de incumplimiento por alguna de las partes de cualquiera de las obligaciones previstas en éste contrato dará derecho al ***CONTRATANTE*** o ***CONTRATISTA*** según el caso, a pagar la suma de **Dos millones de pesos Moneda Corriente, ($2.000.000), Forma de terminación –** El presente contrato podrá darse por terminado por mutuo acuerdo entre las partes, o en forma unilateral por el incumplimiento de alguna de las obligaciones derivadas del contrato, por cualquiera de ellas. **NOVENA, Independencia del contrato –** ***EL CONTRATISTA*** actuará por su propia cuenta, con absoluta autonomía y no estará sometido a subordinación laboral con ***EL CONTRATANTE*** y sus derechos se limitarán, de acuerdo con la naturaleza del contrato, a exigir el cumplimiento de las obligaciones del ***CONTRATANTE*** y al pago de los honorarios estipulados por la prestación del servicio. **DECIMA, Exclusión de la relación laboral –** Queda claramente que no existirá relación laboral alguna entre ***EL CONTRATANTE Y EL CONTRATISTA*** o el personal que éste utilice en la ejecución del objeto del presente contrato. **DECIMA PRIMERA, Cesión del contrato –** Queda prohibido al ***CONTRATISTA*** ceder parcial o totalmente la ejecución del presente contrato a un tercero salvo previa autorización expresa y escrita del ***CONTRATANTE***. **DECIMA SEGUNDA, deducciones del contrato-**el valor del presente contrato está sujeto a los descuentos por conceptos de costos directos e indirectos en la ejecución de convenio, **DECIMA TERCERA, Domicilio contractual –** Para todos los efectos legales, el domicilio contractual será la ciudad de Barrancabermeja y las notificaciones serán recibidas por las partes en las siguientes direcciones: Por ***EL CONTRATANTE*** en **CALLE 58 Nº 41-24 VERSALLES** y por ***EL CONTRATISTA*** en la **CRA 35ª Nº 55-20 PRIMERO DE MAYO.**

En señal de asentamiento las partes suscriben el presente documento en dos ejemplares del mismo tenor, en la ciudad de Barrancabermeja a los tres (03) de Octubre de 2022, dando inicio con los servicios a partir del seis (06) de Octubre de 2022.

Luz marina sanchez guerrero
LUZ MARINA SANCHEZ GUERRERO.
CONTRATANTE

Angy Lames S.
ANGY LAMES SANCHEZ.
CONTRATISTA

equidad
riesgos laborales

LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES DE LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA O.C.

CERTIFICA

Que el(la) señor(a) ANGY MILENA LAMES SANCHEZ identificado(a) con CC número 1096213637 está afiliado(a) a nuestra ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES, como Trabajador Independiente de la empresa FUNDACION MANOS AMIGAS indentificada con NI 829002782, a partir del 4 de octubre de 2022 hasta el 9 de diciembre de 2022, mediante contrato de Prestación de Servicios.

La anterior certificación se expide a través de nuestro sitio web https://www.laequidadarl.coop el día lunes 3 de octubre de 2022, a solicitud del interesado.

La información de la presente certificación debe ser confirmada telefónicamente en nuestra línea de atención en Bogotá al número 5922929 Ext. 1232 ó 317 4022427, citando el consecutivo 00007281750001056942.

Cordialmente,

LA EQUIDAD SEGUROS O.C. – Riesgos Laborales

porvenir
sólo hay uno

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

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

CERTIFICA QUE:

ANGY MILENA LAMES SANCHEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.096.213.637,** se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir.**

La presente certificación se expide el 3 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.

SaludTotal

Bogotá, Octubre 1 de 2022

Señora:
LAMES SANCHEZ ANGY MILENA
CC. 1096213637
CR 35 A NO 55 20 1 DE MAYO - 0
Ciudad

Ref: M-PYGA-F065. SOLICITUD INFORMACIÓN - AFILIACIÓN SALUD TOTAL EPS S.A.

En relación con el asunto de la referencia, y atendiendo su solicitud, nos permitimos informarle que a la fecha de expedición de la presente comunicación consta en nuestra base de datos que su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS S.A. se realizó a partir de Junio 24 de 2017. Los usuarios inscritos en su afiliación son:

Nombre	Documento	Tipo	Afiliación	Sem cot	Sem Ant	Parentesco	Estado Afiliación	Fecha de desafiliación EPS	Estado Actual	Discapacidad
LGADO VEGA DIEGO ANDRES	1096204982	C	Jul-1-2017	104	26	COTIZANTE	VIGENTE			Ninguna
MES SANCHEZ ANGY MILENA	1096213637	C	Jun-24-2017	103	26	CONYUGE	VIGENTE			Ninguna
DELGADO LAMES ANGELINA	1097201777	T	Jun-24-2017	104	26	HIJO MENOR DE 18 AÑOS	VIGENTE			Ninguna

De acuerdo con los registros de la base de datos, su grupo familiar presenta la siguiente relación laboral:

Razón social del aportante	Usuario en contrato	Tipo de contrato	Estado de contrato
ANGY MILENA LAMES SANCHEZ	1096213637	Contrato de prestacion de servicios Superior a 1 m	VIGENTE
FUNDACION MANOS AMIGAS	1096213637	Dependiente	CERRADO
ANGY MILENA LAMES SANCHEZ	1096213637	Contrato de prestacion de servicios Superior a 1 m	CERRADO
ANGY MILENA LAMES SANCHEZ	1096213637	Contrato de prestacion de servicios Superior a 1 m	CERRADO
ANGY MILENA LAMES SANCHEZ	1096213637	Contrato de prestacion de servicios Superior a 1 m	CERRADO
ANGY MILENA LAMES SANCHEZ	1096213637	Contrato de prestacion de servicios Superior a 1 m	CERRADO
ANGY MILENA LAMES SANCHEZ	1096213637	Contrato de prestacion de servicios Superior a 1 m	CERRADO
ANGY MILENA LAMES SANCHEZ	1096213637	Contrato de prestacion de servicios Superior a 1 m	CERRADO
ANGY MILENA LAMES SANCHEZ	1096213637	Contrato de prestacion de servicios Superior a 1 m	CERRADO

CARTA NO VALIDA PARA TRASLADO

En Salud Total apreciamos la confianza que usted ha depositado en nosotros y esperamos que usted y su familia continúen disfrutando de nuestros servicios de salud con Calidad total. Cualquier información adicional, con gusto será atendida por el personal de servicio al cliente de la sede administrativa de su ciudad, o puede comunicarse con nuestra línea gratuita 018000 1 14524 a nivel nacional o en Bogotá al teléfono 4854555.

Cordialmente,

JAVIER CARREÑO
GERENTE DE OPERACIONES COMERCIAL
SALUD TOTAL EPS S.A.

NOTA: En caso requerido, este certificado es válido para la atención a través del Régimen Subsidiado o como población vinculada, si el Estado Actual es afiliación cancelada, novedad de retiro de trabajo, afiliación no efectiva, exclusión o anulación de la afiliación, siempre y cuando al momento de retiro o exclusión no haya reportado mora. Si es mora, o cancelación por falta de pago, debe informar a su aportante que debe ponerse al día en los pagos

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES INDEPENDIENTES

Entre los suscritos a saber ***LUZ MARINA SANCHEZ GUERRERO,*** mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía Nº 49.658.754 de Aguachica, domiciliada y residente en Barrancabermeja, actuando en nombre y representación de ***FUNDACION MANOS AMIGAS*** con NIT 829.002.782 – 8 y quien adelante se denominará el ***CONTRATANTE***, y, ***DIEGO ANDRES DELGADO VEGA***, mayor de edad, identificada con la cédula de ciudadanía Nº 1.096.204.962 de Barrancabermeja, domiciliado y residente en Barrancabermeja actuando en calidad de ***TECNOLOGO DEPORTIVO***, y quien para los efectos del presente documento se denominará el ***CONTRATISTA***, acuerdan celebrar el presente contrato de ***PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES,*** el cual se regirá por las normas que regulan la materia y especialmente por las siguientes cláusulas: **PRIMERA, Objeto** – ***EL CONTRATISTA*** en su calidad de ***TECNOLOGO DEPORTIVO***, se obliga para con ***EL CONTRATANTE*** a ejecutar los trabajos y demás actividades propias del servicio contratado el cual debe realizar de conformidad con las condiciones y cláusulas adicionales del presente documento. **SEGUNDA, Plazo** – El plazo para la ejecución del presente contrato será de ***SESENTA Y TRES DIAS (63) DIAS,*** contado desde la firma de éste documento 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 y Forma de Pago** - el valor de este contrato por honorarios es de **SEIS MILLONES CUATROCIENTOS CUARENTA Y CUATRO MIL NOVECIENTOS PESOS MONEDA CORRIENTE ($6.444.900)** el cual será cancelado durante la ejecución del contrato y finalización con previa presentación de la cuenta de cobro que ***EL CONTRATISTA*** hará al ***CONTRATANTE*** con ***5 días de anticipación*** a la fecha de vencimiento de cada pago. **CUARTA, Obligaciones del Contratante** – ***EL CONTRATANTE*** se obligará a facilitar el acceso a la información que sea necesaria, de manera oportuna, para la debida ejecución del objeto del contrato y, estará obligado a cumplir con lo estipulado en las demás cláusulas y condiciones previstas en este documento. **QUINTA, Obligaciones del Contratista** – ***EL CONTRATISTA*** se obliga a cumplir en forma eficiente y oportuna los trabajos encomendados y aquellas obligaciones que se generen de acuerdo con la naturaleza del servicio y en general con las cláusulas de éste contrato. **SEXTA, Vigilancia del contrato** – ***EL CONTRATANTE*** o su representante supervisará 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 éste las modificaciones o correcciones a que hubiere lugar. **SEPTIMA, Cláusula penal –** En caso de incumplimiento por alguna de las partes de cualquiera de las obligaciones previstas en éste contrato dará derecho al ***CONTRATANTE*** o ***CONTRATISTA*** según el caso, a pagar la suma de **Dos millones de Pesos Moneda Corriente, ($2.000.000), Forma de terminación –** El presente contrato podrá darse por terminado por mutuo acuerdo entre las partes, o en forma unilateral por el incumplimiento de alguna de la obligaciones derivadas del contrato, por cualquiera de ellas. **NOVENA, Independencia del contrato – *EL CONTRATISTA*** actuará por su propia cuenta, con absoluta autonomía y no estará sometido a subordinación laboral con ***EL CONTRATANTE*** y sus derechos se limitarán, de acuerdo con la naturaleza del contrato, a exigir el cumplimiento de las obligaciones del ***CONTRATANTE*** y al pago de los honorarios estipulados por la prestación del servicio. **DECIMA, Exclusión de la relación laboral –** Queda claramente que no existirá relación laboral alguna entre ***EL CONTRATANTE Y EL CONTRATISTA*** o el personal que éste utilice en la ejecución del objeto del presente contrato. **DECIMA PRIMERA, Cesión del contrato –** Queda prohibido al ***CONTRATISTA*** ceder parcial o totalmente la ejecución del presente contrato a un tercero salvo previa autorización expresa y escrita del ***CONTRATANTE***. **DECIMA SEGUNDA, deducciones del contrato-**el valor del presente contrato está sujeto a los descuentos por conceptos de costos directos e indirectos en la ejecución de convenio, **DECIMA TERCERA, Domicilio contractual –** Para todos los efectos legales, el domicilio contractual será la ciudad de Barrancabermeja y las notificaciones serán recibidas por las partes en las siguientes direcciones: Por ***EL CONTRATANTE*** en **Diagonal 46T N° 50-03 Danubio** y por ***EL CONTRATISTA*** en la **CRA 35ª Nº 55-20 PRIMERO DE MAYO.**

En señal de asentamiento las partes suscriben el presente documento en dos ejemplares del mismo tenor, en la ciudad de Barrancabermeja a los cuatro (04) de Octubre de 2022, dando inicio con los servicios a partir del seis (06) de Octubre de 2022.

Luz marina Sanchez Guerrero
LUZ MARINA SANCHEZ GUERRERO.
CONTRATANTE

Diego A. Delgado V.
DIEGO ANDRES DELGADO VEGA
CONTRATISTA

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 DIEGO ANDRES DELGADO VEGA, identificado con Cédula Ciudadanía No. 1096204962 contratista de la empresa FUNDACION MANOS AMIGAS, con Nit No. 829002782. Registra como trabajador INDEPENDIENTE 723 con contrato registrado con fecha desde 04/10/2022 y fecha hasta 08/12/2022, 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): 20220102038143.

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.

RES_4_1_3_FR15 v_04

Impreso por internet el 03/10/2022 06:09:25 p. m.
ISODC: 03/10/2022 06:09:25 p. m.

porvenir
sólo hay uno

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

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

CERTIFICA QUE:

DIEGO ANDRES DELGADO VEGA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.096.204.962**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 3 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.

SaludTotal

Bogotá, Octubre 1 de 2022

Señor:
DELGADO VEGA DIEGO ANDRES
CC. 1096204962
CR 35 A NURO 55 20 BRR PRIMERO DE MAYO - 8888
Ciudad

Ref: M-PYGA-F065. SOLICITUD INFORMACIÓN - AFILIACIÓN SALUD TOTAL EPS S.A.

En relación con el asunto de la referencia, y atendiendo su solicitud, nos permitimos informarle que a la fecha de expedición de la presente comunicación consta en nuestra base de datos que su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS S.A. se realizó a partir de Julio 1 de 2017. Los usuarios inscritos en su afiliación son:

Nombre	Documento	Tipo	Afiliación	Sem cot	Sem Ant	Parentesco	Estado Afiliación	Fecha de desafiliación EPS	Estado Actual	Discapacidad
LGADO VEGA DIEGO ANDRES	1096204962	C	Jul-1-2017	104	26	COTIZANTE	VIGENTE			Ninguna
IES SANCHEZ ANGY MILENA	1095213637	C	Jun-24-2017	103	26	CONYUGE	VIGENTE			Ninguna
DELGADO LAMES ANGELINA	1097201777	T	Jun-24-2017	104	26	HIJO MENOR DE 18 AÑOS	VIGENTE			Ninguna

De acuerdo con los registros de la base de datos, su grupo familiar presenta la siguiente relación laboral:

Razón social del aportante	Usuario en contrato	Tipo de contrato	Estado de contrato
CONYSER LTDA	1096204962	Dependiente	CERRADO
DIEGO ANDRES DELGADO VEGA	1096204962	Contrato de prestacion de servicios Superior a 1 m	CERRADO
DIEGO ANDRES DELGADO VEGA	1096204962	Contrato de prestacion de servicios Superior a 1 m	CERRADO
DIEGO ANDRES DELGADO VEGA	1096204962	Contrato de prestacion de servicios Superior a 1 m	CERRADO
SERINB LTDA	1096204962	Dependiente	CERRADO
DIEGO ANDRES DELGADO VEGA	1096204962	Contrato de prestacion de servicios Superior a 1 m	CERRADO
DIEGO ANDRES DELGADO VEGA	1096204962	Contrato de prestacion de servicios Superior a 1 m	VIGENTE
SERINB LTDA	1096204962	Dependiente	CERRADO
DIEGO ANDRES DELGADO VEGA	1096204962	Contrato de prestacion de servicios Superior a 1 m	CERRADO
DIEGO ANDRES DELGADO VEGA	1096204962	Contrato de prestacion de servicios Superior a 1 m	CERRADO
DIEGO ANDRES DELGADO VEGA	1096204962	Contrato de prestacion de servicios Superior a 1 m	CERRADO

CARTA NO VALIDA PARA TRASLADO

En Salud Total apreciamos la confianza que usted ha depositado en nosotros y esperamos que usted y su familia continúen disfrutando de nuestros servicios de salud con Calidad total. Cualquier información adicional, con gusto será atendida por el personal de servicio al cliente de la sede administrativa de su ciudad, o puede comunicarse con nuestra línea gratuita 018000 1 14524 a nivel nacional o en Bogotá al teléfono 4854555.

Cordialmente,

JAVIER CARREÑO
GERENTE DE OPERACIONES COMERCIAL
SALUD TOTAL EPS S.A.

NOTA: En caso requerido, este certificado es válido para la atención a través del Régimen Subsidiado o como población vinculada, si el Estado Actual es afiliación cancelada, novedad de retiro de trabajo, afiliación no efectiva, exclusión o anulación de la afiliación, siempre y cuando al momento de retiro o exclusión no haya reportado mora. Si es mora, o cancelación por falta de pago, debe informar a su aportante que debe ponerse al día en los pagos

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES INDEPENDIENTES

Entre los suscritos a saber ***LUZ MARINA SANCHEZ GUERRERO,*** mayor de edad, identificada con la cédula de ciudadanía N° 49.658.754 de Aguachica, domiciliada y residente en Barrancabermeja, actuando en nombre y representación de ***FUNDACION MANOS AMIGAS*** con NIT 829.002.782 – 8 y quien adelante se denominará el ***CONTRATANTE***, y, ***EDNA JULIETH MORENO ROJAS***, mayor de edad, identificada con la cédula de ciudadanía N° 1.095.801.446 de Floridablanca, domiciliado y residente en Barrancabermeja actuando en calidad de ***PSICOLOGA*** y quien para los efectos del presente documento se denominará el ***CONTRATISTA***, acuerdan celebrar el presente contrato de ***PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES,*** el cual se regirá por las normas que regulan la materia y especialmente por las siguientes cláusulas: **PRIMERA, Objeto** – ***EL CONTRATISTA*** en su calidad de ***PSICOLOGA***, se obliga para con ***EL CONTRATANTE*** a ejecutar los trabajos y demás actividades propias del servicio contratado el cual debe realizar de conformidad con las condiciones y cláusulas adicionales del presente documento. **SEGUNDA, Plazo** – El plazo para la ejecución del presente contrato será de ***SESENTA Y TRES DIAS (63) DIAS,*** contado desde la firma de éste documento 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 y Forma de Pago** - el valor de este contrato por honorarios es de **SEIS MILLONES OCHOCIENTOS SESENTA MIL SETECIENTOS PESOS MONEDA CORRIENTE ($6.860.700)** el cual será cancelado durante la ejecución del contrato y finalización con previa presentación de la cuenta de cobro que ***EL CONTRATISTA*** hará al ***CONTRATANTE*** con ***5 días de anticipación*** a la fecha de vencimiento de cada pago. **CUARTA, Obligaciones del Contratante** – ***EL CONTRATANTE*** se obligará a facilitar el acceso a la información que sea necesaria, de manera oportuna, para la debida ejecución del objeto del contrato y, estará obligado a cumplir con lo estipulado en las demás cláusulas y condiciones previstas en este documento. **QUINTA, Obligaciones del Contratista** – ***EL CONTRATISTA*** se obliga a cumplir en forma eficiente y oportuna los trabajos encomendados y aquellas obligaciones que se generen de acuerdo con la naturaleza del servicio y en general con las cláusulas de éste contrato. **SEXTA, Vigilancia del contrato** – ***EL CONTRATANTE*** o su representante supervisará 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 éste las modificaciones o correcciones a que hubiere lugar. **SÉPTIMA, Cláusula penal –** En caso de incumplimiento por alguna de las partes de cualquiera de las obligaciones previstas en éste contrato dará derecho al ***CONTRATANTE o CONTRATISTA*** según el caso, a pagar la suma de **Dos millones de pesos moneda corriente ($2.000.000), Forma de terminación –** El presente contrato podrá darse por terminado por mutuo acuerdo entre las partes, o en forma unilateral por el incumplimiento de alguna de las obligaciones derivadas del contrato, por cualquiera de ellas. **NOVENA, Independencia del contrato – *EL CONTRATISTA*** actuará por su propia cuenta, con absoluta autonomía y no estará sometido a subordinación laboral con ***EL CONTRATANTE*** y sus derechos se limitarán, de acuerdo con la naturaleza del contrato, a exigir el cumplimiento de las obligaciones del ***CONTRATANTE*** y al pago de los honorarios estipulados por la prestación del servicio. **DECIMA, Exclusión de la relación laboral –** Queda claramente que no existirá relación laboral alguna entre ***EL CONTRATANTE Y EL CONTRATISTA*** o el personal que éste utilice en la ejecución del objeto del presente contrato. **DECIMA PRIMERA, Cesión del contrato –** Queda prohibido al ***CONTRATISTA*** ceder parcial o totalmente la ejecución del presente contrato a un tercero salvo previa autorización expresa y escrita del ***CONTRATANTE.*** **DECIMA SEGUNDA, deducciones del contrato**-el valor del presente contrato está sujeto a los descuentos por conceptos de costos directos e indirectos en la ejecución de convenio, **DECIMA TERCERA Domicilio contractual –** Para todos los efectos legales, el domicilio contractual será la ciudad de Barrancabermeja y las notificaciones serán recibidas por las partes en las siguientes direcciones: Por ***EL CONTRATANTE*** en **DIAGONAL 56T N° 50-03 Danubio** y por ***EL CONTRATISTA*** en la **CRA 22 N° 52-43 TORCOROMA.**

En señal de asentamiento las partes suscriben el presente documento en dos ejemplares del mismo tenor, en la ciudad de Barrancabermeja a los cuatro (04) de Octubre de 2022, dando inicio con los servicios a partir del seis (06) de Octubre de 2022.

Luz marina Sanchez Guerrero
LUZ MARINA SANCHEZ GUERRERO.
CONTRATANTE

EDNA MORENO ROJAS.
CONTRATISTA

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS
NIT 860.011.153-6
ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
www.positiva.gov.co

FORMULARIO DE AFILIACIÓN DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE A LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES

SEÑOR CONTRATISTA
Recuerde que una vez cumplida la fecha de terminación de la afiliación, Si usted desea continuar con el cubrimiento ante nuestra ARL, lo invitamos a que ingrese al portal transaccional y registre la novedad respectiva.

20221003031095801446O1

I. DATOS GENERALES DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE

* No. DE DOCUMENTO: 1095801446 — TIPO DOC.: CC	PRIMER APELLIDO: MORENO
	SEGUNDO APELLIDO: ROJAS
PRIMER NOMBRE: EDNA	SEGUNDO NOMBRE: JULIETH
* FECHA NACIMIENTO: AÑO 1989 MES 08 DIA 11 — SEXO: M ( ) F (X)	NACIONALIDAD: COLOMBIA
EPS ACTUAL: E.P.S. SANITAS S.A.	AFP ACTUAL: PORVENIR
DIRECCIÓN RESIDENCIA: CARRERA22 # 52-43	
DEPARTAMENTO: SANTANDER	MUNICIPIO: BARRANCABERMEJA
CELULAR O TELÉFONO FIJO: 3045547234	CORREO ELECTRÓNICO: EDNA.MORENO.ROJAS@HOTMAIL.ES

II. INFORMACIÓN DE LA AFILIACIÓN O DEL CONTRATO

TIPO: ADMINISTRATIVO ( ) COMERCIAL ( ) CIVIL (X) PÚBLICO ( ) PRIVADO (X) SUMINISTRO DE TRANSPORTE SI ( ) NO (X)

* FECHA INICIO	AÑO 2022	MES 10	DIA 04	* FECHA DE TERMINACIÓN	AÑO 2022	MES 12	DIA 09

No. DE MESES: 2

DÍAS Y HORARIO DE TRABAJO: LUNES (X) MARTES (X) MIERCOLES (X) JUEVES (X) VIERNES (X) SABADO ( ) DOMINGO ( ) DE 12:00 AM ( ) PM (X) HASTA 02:00 AM ( ) PM (X)

VALOR TOTAL: $6860700	VALOR MENSUAL: $3430350	* INGRESO BASE DE COTIZACIÓN: $1372140

* ACTIVIDAD A EJECUTAR: EMPRESAS DEDICADAS A LA REGULACION DE LAS ACTIVIDADI — CÓDIGO: 1751301

CARGO U OCUPACIÓN: PSICOLOGOS — TAXISTA SI ( ) NO (X)

DIRECCIÓN: CL 58 41 24

DEPARTAMENTO: SANTANDER — MUNICIPIO: BARRANCABERMEJA

III. INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE (EMPRESA TRANSPORTADORA (Habilitada por el Ministerio de Transporte para taxistas) O CONTRATANTE PARA INDEPENDIENTE VOLUNTARIO)

* ENTIDAD CONTRATANTE — TIPO DOC.: NI — No. DE DOCUMENTO: 829002782 — DV: 8	* NOMBRE O RAZÓN SOCIAL: FUNDACION MANOS AMIGAS	
CÓDIGO ACTIVIDAD ECONÓMICA CENTRO DE TRABAJO: 1014001	La clasificación del riesgo se determinará con el mayor entre la clase de riesgo del centro de trabajo del contratante y el propio de la actividad ejecutada por el contratista. (Art. 11 Dec 723/13)	
DIRECCIÓN PRINCIPAL: CALLE 58 NO 41-24 VERSALLES		
DEPARTAMENTO: SANTANDER	MUNICIPIO: BARRANCABERMEJA	
TELÉFONO: 6218166 — FAX:	CORREO ELECTRÓNICO: FUNDACION-MANOS-AMIGAS@HOTMA	
* DATOS QUIEN FIRMA CONTRATO — No. DE DOCUMENTO: 49658754 — TIPO DOC.: CC	PRIMER APELLIDO: SANCHEZ	
	SEGUNDO APELLIDO: GUERRERO	
PRIMER NOMBRE: LUZ	SEGUNDO NOMBRE: MARINA	

CON ESTE FORMULARIO SE PERFECCIONA LA AFILIACIÓN DELTRABAJADOR INDEPENDIENTE AL SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES, EL CUAL SE RIGE EN TODOS SUS ASPECTOS POR LO DISPUESTO EN EL DECRETO LEY 1295 DE 1994, LEY 776 DE 2002, DECRETO 723 DE 2013, DECRETO 1563 DE 2016 Y DEMÁS NORMAS QUE MODIFIQUEN, ADICIONEN O SUSTITUYAN.

DECLARO QUE LOS DATOS REGISTRADOS EN ESTE FORMULARIO SON VERÍDICOS Y PUEDEN SER CONFIRMADOS POR LA ENTIDAD ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES

Formulario Firmado Electrónicamente / 2022-10-03 / 15:26:49

* EDNA JULIETH MORENO ROJAS
FIRMA DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE

PARA USO EXCLUSIVO DE LA ARL

CÓDIGO ACTIVIDAD ECONÓMICA	CLASE DE RIESGO	TARIFA
1751301	1	0,52200

* LA FALSEDAD EN LOS CAMPOS MARCADOS CON (*) GENERAN NULIDAD DEL FORMULARIO Y POR ENDE EN LA AFILIACIÓN

Autorizado por la Superintendencia Financiera para operar el ramo de seguros de Riesgos Laborales, mediante Resolución No. 3187 del 28 de Diciembre de 1995. Para los efectos de afiliación y cobertura del Sistema General de Riesgos Laborales.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Rev. Noviembre/ 2019

AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS

PERSONALES - TRABAJADOR INDEPENDIENTE

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS

A. Declaro que Positiva Compañía de Seguros S.A. (la "Compañía") me ha informado que el Aviso de Privacidad y el manual de tratamiento de Datos Personales se encuentra publicado en https://www.positiva.gov.co/tramites-Servicios/habeas-data/Paginas/default.aspx

B. Declaro que he sido informado que la Compañía podrá recolectar, almacenar, usar, procesar, transmitir, o transferir (el "Tratamiento"), la información vinculada o que pueda asociarse a mí (los "Datos Personales"), para las siguientes finalidades, entre otras: (a) Prestar los servicios de la Compañía de acuerdo con las necesidades particulares de sus clientes, con el fin de brindar los servicios y productos pertinentes; (b) Cumplir los contratos de servicios celebrados con los clientes, incluyendo, pero sin limitarse a la verificación de afiliaciones y suscripciones y del vínculo existente entre los beneficiarios de las pólizas y los asegurados; (c) El trámite de solicitud de vinculación como consumidor financiero a la Compañía, incluyendo sin limitarse al diligenciamiento de las respectivas solicitudes de seguro y de afiliación a la administración de riesgos laborales, así como cualquier otro necesario para su vinculación a la Compañía; (d) El envío del clausulado o condicionado de las pólizas de seguro y/o del contrato de afiliación a la administración de riesgos laborales de la Compañía a los clientes, en virtud de lo señalado en el artículo 37 de la Ley 1480 de 2011 (Estatuto del Consumidor) o las normas que la modifiquen o adicionen; (e) eallzar los procesos de cotización, colocación y ejecución de los seguros de la Compañía, así como la negociación de los contratos, la determinación de primas y la selección de riesgos, incluyendo, pero sin limitarse a la verificación de la capacidad de pago del tomador del seguro; (f) El proceso relativo al trámite, pago y reembolso de siniestros y a la cancelación y revocación del seguro; (g) Realizar el análisis para el control y la prevención del fraude y de lavado de activos, incluyendo, pero sin limitarse a la consulta y reporte a listas restrictivas y a centrales de información de riesgos financieros; (h) Realizar el análisis de riesgos de las solicitudes de seguros o de afiliación a la administración de riesgos laborales que realicen los clientes de la Compañía, con el fin de hacerles recomendaciones para optimizar las pólizas o respecto de otro tipo de seguros que requieran u obtengan los clientes; (i) Realizar las actividades encaminadas a la gestión integral del seguro contratado con el fin de garantizar que los derechos de los clientes siempre sean representados y/o preservados; (j) Enviar información y ofertas comerciales de productos de la Compañía, así como realizar actividades de mercadeo, eventos, capacitaciones, seminarios, talleres y/o actividades de comercialización de servicios y/o productos que preste o que pudiera llegar a prestar u ofrecer la Compañía; (k) Elaborar estudios técnico-actuariales, segmentaciones, estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general, estudios de técnica aseguradora, incluyendo, pero sin limitarse a las encuestas de satisfacción sobre los servicios prestados por la Compañía; (l) Cumplir con las obligaciones tributarias y de registros comerciales, corporativos y contables de la Compañía, de acuerdo a las disposiciones legales vigentes; (m) La transmisión de datos a terceros con los cuales se hayan celebrado contratos con este objeto, para fines comerciales, administrativos y/u operativos, incluyendo, pero sin limitarse a la expedición de carnets, de certificados y certificaciones a los clientes y/o a terceros, de acuerdo a las disposiciones legales vigentes; (n) Verificar información jurídica, financiera y técnica en procesos contractuales que adelante la Compañía o terceros; (ñ) Procesos al interior de la Compañía, con fines de desarrollo operativo y/o de administración de sistemas; (o) Las demás finalidades que determinen los Responsables en procesos de obtención de Datos Personales para su Tratamiento, con el fin de dar cumplimiento a las obligaciones legales y regulatorias, así como a las políticas de la Compañía; (p) El proceso de archivo, de actualización de los sistemas y de protección y custodia de información y de bases de datos de la Compañía; (q) Adelantar campañas de actualización de datos; (r) El envío de las modificaciones a las Políticas, así como la solicitud de nuevas autorizaciones para el Tratamiento de los Datos Personales.

C. De acuerdo a lo anterior, declaro que autorizo a la Compañía, sus filiales, vinculadas, controladas, y/o terceros contratados por la Compañía para la ejecución de sus obligaciones contractuales, para el Tratamiento de mis Datos Personales, para las finalidades anteriormente informadas, que se encuentran descritas en la Política de Tratamiento de Datos Personales, y en el marco de lo establecido en la normatividad vigente, particularmente en la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013, y la Ley 1266 de 2008, y todas aquellas que las modifiquen, adicionen, supriman o reglamenten, ahora o en el futuro, y los que hubieran sido tratados por la Compañía en el pasado, en el cumplimiento de sus deberes legales. Sí [X] No [ ]

D. Datos Sensibles: Declaro que he sido informado que la siguiente información es considerada como Datos Sensibles en el marco del presente Contrato: la información relativa al estado de salud e historia clínica, patologías reconocidas, calificación de origen y/o pérdida de capacidad laboral de eventos, antecedentes médicos, antecedentes gineco-obstétricos, datos biométricos y relativos a la vida sexual, y todos aquellos que de acuerdo a la normatividad vigente, se encuentren clasificados como tal. De acuerdo a lo anterior, informo que he otorgado mi autorización voluntaria para que la Compañía pueda recolectar, solicitar, consultar, almacenar, compartir, enviar, reportar, modificar, actualizar, usar, grabar y conservar, y en general, realizar el Tratamiento de mis datos sensibles, ahora o en el futuro, y los que hubieran sido tratados por la Compañía en el pasado, en el cumplimiento de sus deberes legales, e informo que se ha manifestado que los mismos no serán usados para fines distintos a los informados y que en todo caso no podrán ser usados para fines comerciales. Así mismo, autorizo a la Compañía para la solicitud y consulta de historias clínicas y registros médicos que sean necesarios para el cumplimiento de sus obligaciones contractuales. Sí [X] No [ ]

E. eclaro y acepto que la Compañía podrá llevar a cabo la transferencia, transmisión, traslado, entrega, y/o divulgación de los Datos Personales a terceros autorizados por mí o por la ley, físicamente, por correo electrónico, o por cualquier medio de comunicación, cuando así se requiera en el cumplimiento de sus deberes legales y/o contractuales, manteniendo siempre los debidos estándares de reserva y seguridad sobre los mismos.

F. Declaro que he sido informado que el Responsable del Tratamiento de los Datos Personales, es Positiva Compañía de Seguros S.A., la cual podrá ser contactada a través de:

Dirección: Avenida Carrera 45 No. 94 – 72 Vicepresidencia de Operaciones - Grupo de Servicio al Cliente. Edificio Positiva Compañía de Seguros, Bogotá D.C.
Correo Electrónico: servicioalcliente@positiva.gov.co
Teléfono: 3307000 en Bogotá y 018000111170 para el resto del país.
Contacto Proceso PQRD.

G. Declaro y acepto que la Compañía me ha informado sobre mis derechos como titular de los Datos Personales, los cuales son:

a. Conocer, actualizar y rectificar los Datos Personales frente a los responsables del Tratamiento o encargados del Tratamiento.
b. Solicitar prueba de la autorización otorgada al Responsable del Tratamiento salvo cuando expresamente esté exceptuado por la ley, como requisito para el Tratamiento.
c. Ser informado, por el responsable del Tratamiento o el encargado del Tratamiento, cuando así se lo solicite, sobre el uso que le ha dado a los Datos Personales.
d. Presentar ante la autoridad competente quejas por infracciones a la normativa de protección de datos.
e. Revocar la autorización y/o solicitar la supresión del dato cuando en el Tratamiento no se respeten los principios, derechos y garantías constitucionales y legales, previa verificación por parte de la autoridad competente.
f. Acceder gratuitamente a los Datos Personales que hayan sido objeto de Tratamiento.
g. Los demás derechos consagrados en la Política de Tratamiento de la Información de Positiva.

Se firma la presente autorización en la ciudad de BARRANCABERMEJA a los (03) días del mes de octubre del año 2022

Formulario Firmado Electrónicamente / 2022-10-03 / 15:26:49

EDNA JULIETH MORENO ROJAS
Nombres y Apellidos del Trabajador Independiente

EDNA JULIETH MORENO ROJAS
Firma del Trabajador Independiente

porvenir
sólo hay uno

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

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

CERTIFICA QUE:

EDNA JULIETH MORENO ROJAS, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.095.801.446**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir.**

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

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

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 1095801446
NOMBRES Y APELLIDOS	Moreno Rojas,Edna Julieth
TIPO DE AFILIADO	Segundo Cotizante
TIPO DE TRABAJADOR	N/A
FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN	01/08/2019
ESTADO DE AFILIACIÓN	Vigente
ESTADO DE SERVICIO	Habilitado
REGIMEN	Contributivo

La presente se expide a nombre de Moreno Rojas,Edna Julieth, 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

profesional encomendado, y podrá formular las observaciones del caso con el fin de ser analizadas conjuntamente con ***EL CONTRATISTA*** y efectuar por parte de éste las modificaciones o correcciones a que hubiere lugar. **SEPTIMA, Cláusula penal** – En caso de incumplimiento por alguna de las partes de cualquiera de las obligaciones previstas en éste contrato dará derecho al ***CONTRATANTE*** o ***CONTRATISTA*** según el caso, a pagar la suma de **Un millón de Pesos Moneda Corriente, ($1.000.000), OCTAVA, Forma de terminación –** El presente contrato podrá darse por terminado por mutuo acuerdo entre las partes, o en forma unilateral por el incumplimiento de alguna de la obligaciones derivadas del contrato, por cualquiera de ellas. **NOVENA, Independencia del contrato – *EL CONTRATISTA*** actuará por su propia cuenta, con absoluta autonomía y no estará sometido a subordinación laboral con ***EL CONTRATANTE*** y sus derechos se limitarán, de acuerdo con la naturaleza del contrato, a exigir el cumplimiento de las obligaciones del ***CONTRATANTE*** y al pago de los honorarios estipulados por la prestación del servicio. **DECIMA, Exclusión de la relación laboral** – Queda claramente que no existirá relación laboral alguna entre ***EL CONTRATANTE Y EL CONTRATISTA*** o el personal que éste utilice en la ejecución del objeto del presente contrato. **DECIMA PRIMERA, Cesión del contrato –** Queda prohibido al ***CONTRATISTA*** ceder parcial o totalmente la ejecución del presente contrato a un tercero salvo previa autorización expresa y escrita del ***CONTRATANTE***. **DECIMA SEGUNDA, deducciones del contrato**-el valor del presente contrato está sujeto a los descuentos por conceptos de costos directos e indirectos en la ejecución de convenio, **DECIMA TERCERA, Domicilio contractual –** Para todos los efectos legales, el domicilio contractual será la ciudad de Barrancabermeja y las notificaciones serán recibidas por las partes en las siguientes direcciones: Por ***EL CONTRATANTE*** en la **CALLE 58 41-24 VERSALLES** y por ***EL CONTRATISTA*** en la **CALLE 45 28-65.**

En señal de asentamiento las partes suscriben el presente documento en dos ejemplares del mismo tenor, en la ciudad de Barrancabermeja a los siete (07) de Octubre de 2022, dando inicio con los servicios a partir del seis (10) de Octubre de 2022.

Luz marina Sanchez Guerrero

LUZ MARINA SANCHEZ GUERRERO
CONTRATANTE

EDWIN JAVIER MARMOL ROJAS
CONTRATISTA

equidad
riesgos laborales

LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES DE LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA O.C.

CERTIFICA

Que el(la) señor(a) EDWIN JAVIER MARMOL ROJAS identificado(a) con CC número 91531626 está afiliado(a) a nuestra ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES, como Trabajador Independiente de la empresa FUNDACION MANOS AMIGAS indentificada con NI 829002782, a partir del 8 de octubre de 2022 hasta el 21 de diciembre de 2022, mediante contrato de Prestación de Servicios.

La anterior certificación se expide a través de nuestro sitio web https://www.laequidadarl.coop el día viernes 7 de octubre de 2022, a solicitud del interesado.

La información de la presente certificación debe ser confirmada telefónicamente en nuestra línea de atención en Bogotá al número 5922929 Ext. 1232 ó 317 4022427, citando el consecutivo 00007327590001063268.

Cordialmente,

LA EQUIDAD SEGUROS O.C. – Riesgos Laborales

Colfondos
del grupo HABITAT

COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) EDWIN JAVIER MARMOL ROJAS identificado(a) con C.C No. 91.531.626, 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 07 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 PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES INDEPENDIENTES

Entre los suscritos a saber ***LUZ MARINA SANCHEZ GUERRERO,*** mayor de edad, identificada con la cédula de ciudadanía Nº 49.658.754 de Aguachica, domiciliada y residente en Barrancabermeja, actuando en nombre y representación de ***FUNDACION MANOS AMIGAS,*** con NIT 829.002.782 – 8 y quien adelante se denominará el ***CONTRATANTE***, y, ***EDWIN JAVIER MARMOL ROJAS,*** mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía Nº 91.531.626 de Bucaramanga, domiciliado y residente en Barrancabermeja actuando en calidad de ***INGENIERO DE SISTEMAS-USO DEL INTERNET,*** y quien para los efectos del presente documento se denominará el ***CONTRATISTA***, acuerdan celebrar el presente contrato de ***PRESTACION DE SERVICIOS,*** el cual se regirá por las normas que regulan la materia y especialmente por las siguientes cláusulas: **PRIMERA, Objeto –** ***EL CONTRATISTA*** en su calidad de ***INGENIERO DE SISTEMAS-USO DEL INTERNET,*** se obliga para con ***EL CONTRATANTE*** a ejecutar los trabajos y demás actividades propias del servicio contratado el cual debe realizar de conformidad con las condiciones y cláusulas adicionales del presente documento. **SEGUNDA, Plazo –** El plazo para la ejecución del presente contrato será de ***SESENTA Y TRES DIAS (63) DIAS,*** contado desde la firma de éste documento 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 y Forma de Pago -** el valor de este contrato por honorarios es de **TRES MILLONES TRESCIENTOS VEINTISEIS MIL CUATROCIENTOS PESOS MONEDA CORRIENTE ($3.326.400)** el cual será cancelado durante la ejecución del contrato y finalización con previa presentación de la cuenta de cobro que ***EL CONTRATISTA*** hará al ***CONTRATANTE*** con **05 *días de anticipación*** a la fecha de vencimiento de cada pago. **CUARTA, Obligaciones del Contratante –** ***EL CONTRATANTE*** se obligará a facilitar el acceso a la información que sea necesaria, de manera oportuna, para la debida ejecución del objeto del contrato y, estará obligado a cumplir con lo estipulado en las demás cláusulas y condiciones previstas en este documento. **QUINTA, Obligaciones del Contratista –** ***EL CONTRATISTA*** se obliga a cumplir en forma eficiente y oportuna los trabajos encomendados y aquellas obligaciones que se generen de acuerdo con la naturaleza del servicio y en general con las cláusulas de éste contrato. **SEXTA, Vigilancia del contrato –** ***EL CONTRATANTE*** o su representante supervisará la ejecución del servicio

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES INDEPENDIENTES

Entre los suscritos a saber ***LUZ MARINA SANCHEZ GUERRERO,*** mayor de edad, identificada con la cédula de ciudadanía Nº 49.658.754 de Aguachica, domiciliada y residente en Barrancabermeja, actuando en nombre y representación de ***FUNDACION MANOS AMIGAS*** con NIT 829.002.782 – 8 y quien adelante se denominará el ***CONTRATANTE***, y, ***EYLIN CAROLINA REY OCHOA***, mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía Nº 37.443.867 de Cúcuta, domiciliada y residente en Barrancabermeja actuando en calidad de ***FISIOTERAPEUTA*** y quien para los efectos del presente documento se denominará el ***CONTRATISTA***, acuerdan celebrar el presente contrato de ***PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES,*** el cual se regirá por las normas que regulan la materia y especialmente por las siguientes cláusulas: **PRIMERA, Objeto – *EL CONTRATISTA*** en su calidad de ***FISIOTERAPEUTA***, se obliga para con ***EL CONTRATANTE*** a ejecutar los trabajos y demás actividades propias del servicio contratado el cual debe realizar de conformidad con las condiciones y cláusulas adicionales del presente documento. **SEGUNDA, Plazo –** El plazo para la ejecución del presente contrato será de ***SESENTA Y TRES (63) DIAS,*** contado desde la firma de éste documento 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 y Forma de Pago -** el valor de este contrato por honorarios es de **SEIS MILLONES OCHOCIENTOS SESENTA MIL SETECIENTOS PESOS MONEDA CORRIENTE ($6.860.700)** el cual será cancelado previa la presentación de la cuenta de cobro que ***EL CONTRATISTA*** hará al ***CONTRATANTE*** con ***5 días de anticipación*** a la fecha de vencimiento de cada pago. **CUARTA, Obligaciones del Contratante – *EL CONTRATANTE*** se obligará a facilitar el acceso a la información que sea necesaria, de manera oportuna, para la debida ejecución del objeto del contrato y, estará obligado a cumplir con lo estipulado en las demás cláusulas y condiciones previstas en este documento. **QUINTA, Obligaciones del Contratista – *EL CONTRATISTA*** se obliga a cumplir en forma eficiente y oportuna los trabajos encomendados y aquellas obligaciones que se generen de acuerdo con la naturaleza del servicio y en general con las cláusulas de éste contrato. **SEXTA, Vigilancia del contrato – *EL CONTRATANTE*** o su representante supervisará 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 éste las modificaciones o correcciones a que hubiere lugar. **SEPTIMA, Cláusula penal –**

En caso de incumplimiento por alguna de las partes de cualquiera de las obligaciones previstas en éste contrato dará derecho al ***CONTRATANTE*** *o* ***CONTRATISTA*** según el caso, a pagar la suma de **Dos millones de pesos moneda corriente ($2.000.000), Forma de terminación** – El presente contrato podrá darse por terminado por mutuo acuerdo entre las partes, o en forma unilateral por el incumplimiento de alguna de las obligaciones derivadas del contrato, por cualquiera de ellas. **NOVENA, Independencia del contrato – *EL CONTRATISTA*** actuará por su propia cuenta, con absoluta autonomía y no estará sometido a subordinación laboral con ***EL CONTRATANTE*** y sus derechos se limitarán, de acuerdo con la naturaleza del contrato, a exigir el cumplimiento de las obligaciones del ***CONTRATANTE*** y al pago de los honorarios estipulados por la prestación del servicio. **DECIMA, Exclusión de la relación laboral –** Queda claramente que no existirá relación laboral alguna entre ***EL CONTRATANTE Y EL CONTRATISTA*** o el personal que éste utilice en la ejecución del objeto del presente contrato. **DECIMA PRIMERA, Cesión del contrato –** Queda prohibido al ***CONTRATISTA*** ceder parcial o totalmente la ejecución del presente contrato a un tercero salvo previa autorización expresa y escrita del ***CONTRATANTE***. **DECIMA SEGUNDA, deducciones del contrato-**el valor del presente contrato está sujeto a los descuentos por conceptos de costos directos e indirectos en la ejecución de convenio, **DECIMA TERCERA, Domicilio contractual –** Para todos los efectos legales, el domicilio contractual será la ciudad de Barrancabermeja y las notificaciones serán recibidas por las partes en las siguientes direcciones: Por ***EL CONTRATANTE*** en **CALLE 58 Nº 41-24 VERSALLES** y por ***EL CONTRATISTA*** en la **Cll 75ª 31-51 los periodistas.**

En señal de asentamiento las partes suscriben el presente documento en dos ejemplares del mismo tenor, en la ciudad de Barrancabermeja a los cuatro (04) de Octubre de 2022, dando inicio con los servicios a partir del seis (06) de Octubre de 2022.

Luz marina Sanchez Guerrero
LUZ MARINA SANCHEZ GUERRERO.
CONTRATANTE

Eylin C. Rey O.
EYLIN CAROLINA REY OCHOA
CONTRATISTA

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

NIT 860.011.153-6
ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
www.positiva.gov.co

FORMULARIO DE AFILIACIÓN DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE A LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES

SEÑOR CONTRATISTA
Recuerde que una vez cumplida la fecha de terminación de la afiliación, Si usted desea continuar con el cubrimiento ante nuestra ARL, lo invitamos a que ingrese al portal transaccional y registre la novedad respectiva.

20221003030037443867O1

I. DATOS GENERALES DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE

* TIPO DOC. CC / No. DE DOCUMENTO 37443867	PRIMER APELLIDO REY
	SEGUNDO APELLIDO OCHOA
PRIMER NOMBRE EYLIN	SEGUNDO NOMBRE CAROLINA
* FECHA NACIMIENTO AÑO 1983 MES 04 DÍA 17 — SEXO M ( ) F (X)	NACIONALIDAD COLOMBIA
EPS ACTUAL E.P.S. SANITAS S.A.	AFP ACTUAL PROTECCION
DIRECCIÓN RESIDENCIA CL 75A 31 51 CS 36B LOS PERIODISTAS	
DEPARTAMENTO SANTANDER	MUNICIPIO BARRANCABERMEJA
CELULAR O TELÉFONO FIJO 3103232560	CORREO ELECTRÓNICO EREYSALUDOCUPACIONAL@GMAIL.COM

II. INFORMACIÓN DE LA AFILIACIÓN O DEL CONTRATO

TIPO: ADMINISTRATIVO ( ) COMERCIAL (X) CIVIL ( ) — PÚBLICO ( ) PRIVADO (X) — SUMINISTRO DE TRANSPORTE SI ( ) NO (X)

* FECHA INICIO	AÑO 2022	MES 10	DÍA 03	* FECHA DE TERMINACIÓN	AÑO 2022 / MES 12 / DÍA 06	No. DE MESES 2

DÍAS Y HORARIO DE TRABAJO: LUNES (X) MARTES (X) MIERCOLES (X) JUEVES (X) VIERNES (X) SABADO ( ) DOMINGO ( ) — DE 11:00 AM (X) PM ( ) HASTA 01:00 AM ( ) PM (X)

VALOR TOTAL $6860700	VALOR MENSUAL $3430350	* INGRESO BASE DE COTIZACIÓN $1372140
* ACTIVIDAD A EJECUTAR EMPRESAS DEDICADAS A LA REGULACION DE LAS ACTIVIDADI	CÓDIGO 1751301	
CARGO U OCUPACIÓN FISIOTERAPEUTA	TAXISTA SI ( ) NO (X)	
DIRECCIÓN CL 58 41 24 VERSALLES		
DEPARTAMENTO SANTANDER	MUNICIPIO BARRANCABERMEJA	

III. INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE EMPRESA TRANSPORTADORA (Habilitada por el Ministerio de Transporte para taxistas) O CONTRATANTE PARA INDEPENDIENTE VOLUNTARIOS

* ENTIDAD CONTRATANTE TIPO DOC. NI / No. DE DOCUMENTO 829002782	DV 8	* NOMBRE O RAZÓN SOCIAL FUNDACION MANOS AMIGAS
CÓDIGO ACTIVIDAD ECONÓMICA CENTRO DE TRABAJO 1014001	La clasificación del riesgo se determinará con el mayor entre la clase de riesgo del centro de trabajo del contratante y el propio de la actividad ejecutada por el contratista. (Art. 11 Dec 723/13)	
DIRECCIÓN PRINCIPAL CALLE 58 NO 41-24 VERSALLES		
DEPARTAMENTO SANTANDER	MUNICIPIO BARRANCABERMEJA	
TELÉFONO 6218166 — FAX	CORREO ELECTRÓNICO FUNDACION-MANOS-AMIGAS@HOTMA	
* DATOS QUIEN FIRMA CONTRATO TIPO DOC. CC / No. DE DOCUMENTO 49658754	PRIMER APELLIDO SANCHEZ	
	SEGUNDO APELLIDO GUERRERO	
PRIMER NOMBRE LUZ	SEGUNDO NOMBRE MARINA	

CON ESTE FORMULARIO SE PERFECCIONA LA APILIACIÓN DELTRABAJADOR INDEPENDIENTE AL SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES, EL CUAL SE RIGE EN TODOS SUS ASPECTOS POR LO DISPUESTO EN EL DECRETO LEY 1295 DE 1994, LEY 776 DE 2002, DECRETO 723 DE 2013, DECRETO 1563 DE 2016 Y DEMÁS NORMAS QUE MODIFIQUEN, ADICIONEN O SUSTITUYAN.

DECLARO QUE LOS DATOS REGISTRADOS EN ESTE FORMULARIO SON VERÍDICOS Y PUEDEN SER CONFIRMADOS POR LA ENTIDAD ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES

Formulario Firmado Electrónicamente / 2022-10-04 / 13:17:12

* EYLIN CAROLINA REY OCHOA
FIRMA DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE

PARA USO EXCLUSIVO DE LA ARL

CÓDIGO ACTIVIDAD ECONÓMICA	CLASE DE RIESGO	TARIFA
1751301	1	0,52200

* LA FALSEDAD EN LOS CAMPOS MARCADOS CON (*) GENERAN NULIDAD DEL FORMULARIO Y POR ENDE EN LA AFILIACIÓN

Rev. Noviembre/ 2019

Autorizado por la Superintendencia Financiera para operar el ramo de seguros de Riesgos Laborales, mediante Resolución No. 3187 del 28 de Diciembre de 1995. Para los efectos de afiliación y cobertura del Sistema General de Riesgos Laborales.
VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS

PERSONALES - TRABAJADOR INDEPENDIENTE

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS

A. Declaro que Positiva Compañía de Seguros S.A. (la "Compañía") me ha informado que el Aviso de Privacidad y el manual de tratamiento de Datos Personales se encuentra publicado en https://www.positiva.gov.co/tramites-Servicios/habeas-data/Paginas/default.aspx

B. Declaro que he sido informado que la Compañía podrá recolectar, almacenar, usar, procesar, transmitir, o transferir (el "Tratamiento"), la información vinculada o que pueda asociarse a mí (los "Datos Personales"), para las siguientes finalidades, entre otras: (a) Prestar los servicios de la Compañía de acuerdo con las necesidades particulares de sus clientes, con el fin de brindar los servicios y productos pertinentes; (b) Cumplir los contratos de servicios celebrados con los clientes, incluyendo, pero sin limitarse a la verificación de afiliaciones y suscripciones y del vínculo existente entre los beneficiarios de las pólizas y los asegurados; (c) El trámite de solicitud de vinculación como consumidor financiero a la Compañía, incluyendo sin limitarse al diligenciamiento de las respectivas solicitudes de seguro y de afiliación a la administración de riesgos laborales, así como cualquier otro necesario para su vinculación a la Compañía; (d) El envío del clausulado o condicionado de las pólizas de seguro y/o del contrato de afiliación a la administración de riesgos laborales de la Compañía a los clientes, en virtud de lo señalado en el artículo 37 de la Ley 1480 de 2011 (Estatuto del Consumidor) o las normas que la modifiquen o adicionen; (e) ealizar los procesos de cotización, colocación y ejecución de los seguros de la Compañía, así como la negociación de los contratos, la determinación de primas y la selección de riesgos, incluyendo, pero sin limitarse a la verificación de la capacidad de pago del tomador del seguro; (f) El proceso relativo al trámite, pago y reembolso de siniestros y a la cancelación y revocación del seguro; (g) Realizar el análisis para el control y la prevención del fraude y de lavado de activos, incluyendo, pero sin limitarse a la consulta y reporte a listas restrictivas y a centrales de información de riesgos financieros; (h) Realizar el análisis de riesgos de las solicitudes de seguros o de afiliación a la administración de riesgos laborales que realicen los clientes de la Compañía, con el fin de hacerles recomendaciones para optimizar las pólizas o respecto de otro tipo de seguros que requieran u obtengan los clientes; (i) Realizar las actividades encaminadas a la gestión integral del seguro contratado con el fin de garantizar que los derechos de los clientes siempre sean representados y/o preservados; (j) Enviar información y ofertas comerciales de productos de la Compañía, así como realizar actividades de mercadeo, eventos, capacitaciones, seminarios, talleres y/o actividades de comercialización de servicios y/o productos que preste o que pudiera llegar a prestar u ofrecer la Compañía; (k) Elaborar estudios técnico-actuariales, segmentaciones, estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general, estudios de técnica aseguradora, incluyendo, pero sin limitarse a las encuestas de satisfacción sobre los servicios prestados por la Compañía; (l) Cumplir con las obligaciones tributarias y de registros comerciales, corporativos y contables de la Compañía, de acuerdo a las disposiciones legales vigentes; (m) La transmisión de datos a terceros con los cuales se hayan celebrado contratos con este objeto, para fines comerciales, administrativos y/u operativos, incluyendo, pero sin limitarse a la expedición de carnets, de certificados y certificaciones a los clientes y/o a terceros, de acuerdo a las disposiciones legales vigentes; (n) Verificar información jurídica, financiera y técnica [redacted] rocesos contractuales que adelante la Compañía o terceros; (ñ) Procesos al interior de la Compañía, con fines de desarrollo operativo y/o de administración de sistemas; (o) Las demás finalidades que determinen los Responsables en procesos de obtención de Datos Personales para su Tratamiento, con el fin de dar cumplimiento a las obligaciones legales y regulatorias, así como a las políticas de la Compañía; (p) El proceso de archivo, de actualización de los sistemas y de protección y custodia de información y de bases de datos de la Compañía; (q) Adelantar campañas de actualización de datos; (r) El envío de las modificaciones a las Políticas, así como la solicitud de nuevas autorizaciones para el Tratamiento de los Datos Personales.

C. De acuerdo a lo anterior, declaro que autorizo a la Compañía, sus filiales, vinculadas, controladas, y/o terceros contratados por la Compañía para la ejecución de sus obligaciones contractuales, para el Tratamiento de mis Datos Personales, para las finalidades anteriormente informadas, que se encuentran descritas en la Política de Tratamiento de Datos Personales, y en el marco de lo establecido en la normatividad vigente, particularmente en la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013, y la Ley 1266 de 2008, y todas aquellas que las modifiquen, adicionen, supriman o reglamenten, ahora o en el futuro, y los que hubieran sido tratados por la Compañía en el pasado, en el cumplimiento de sus deberes legales. Si [X] No [ ]

D. Datos Sensibles: Declaro que he sido informado que la siguiente información es considerada como Datos Sensibles en el marco del presente Contrato: la información relativa al estado de salud e historia clínica, patologías reconocidas, calificación de origen y/o pérdida de capacidad laboral de eventos, antecedentes médicos, antecedentes gineco-obstétricos, datos biométricos y relativos a la vida sexual, y todos aquellos que de acuerdo a la normatividad vigente, se encuentren clasificados como tal. De acuerdo a lo anterior, informo que he otorgado mi autorización voluntaria para que la Compañía pueda recolectar, solicitar, consultar, almacenar, compartir, enviar, reportar, modificar, actualizar, usar, grabar y conservar, y en general, realizar el Tratamiento de mis datos sensibles, ahora o en el futuro, y los que hubieran sido tratados por la Compañía en el pasado, en el cumplimiento de sus deberes legales, e informo que se ha manifestado que los mismos no serán usados para fines distintos a los informados y que en todo caso no podrán ser usados para fines comerciales. Así mismo, autorizo a la Compañía para la solicitud y consulta de historias clínicas y registros médicos que sean necesarios para el cumplimiento de sus obligaciones contractuales. Si [X] No [ ]

E. eclaro y acepto que la Compañía podrá llevar a cabo la transferencia, transmisión, traslado, entrega, y/o divulgación de los Datos Personales a terceros autorizados por mí o por la ley, físicamente, por correo electrónico, o por cualquier medio de comunicación, cuando así se requiera en el cumplimiento de sus deberes legales y/o contractuales, manteniendo siempre los debidos estándares de reserva y seguridad sobre los mismos.

F. Declaro que he sido informado que el Responsable del Tratamiento de los Datos Personales, es Positiva Compañía de Seguros S.A., la cual podrá ser contact[redacted] a través de:

Dirección: Avenida Carrera 45 No. 94 – 72 Vicepresidencia de Operaciones - Grupo de Servicio al Cliente. Edificio Positiva Compañía de Seguros, Bogotá D.C.
Correo Electrónico: servicioalcliente@positiva.gov.co
Teléfono: 3307000 en Bogotá y 018000111170 para el resto del país.
Contacto Proceso PQRD.

G. Declaro y acepto que la Compañía me ha informado sobre mis derechos como titular de los Datos Personales, los cuales son:

a. Conocer, actualizar y rectificar los Datos Personales frente a los responsables del Tratamiento o encargados del Tratamiento.
b. Solicitar prueba de la autorización otorgada al Responsable del Tratamiento salvo cuando expresamente esté exceptuado por la ley, como requisito para el Tratamiento.
c. Ser informado, por el responsable del Tratamiento o el encargado del Tratamiento, cuando así se lo solicite, sobre el uso que le ha dado a los Datos Personales.
d. Presentar ante la autoridad competente quejas por infracciones a la normativa de protección de datos.
e. Revocar la autorización y/o solicitar la supresión del dato cuando en el Tratamiento no se respeten los principios, derechos y garantías constitucionales y legales, previa verificación por parte de la autoridad competente.
f. Acceder gratuitamente a los Datos Personales que hayan sido objeto de Tratamiento.
g. Los demás derechos consagrados en la Política de Tratamiento de la Información de Positiva.

Se firma la presente autorización en la ciudad de BARRANCABERMEJA a los (04) días del mes de octubre del año 2022

Formulario Firmado Electrónicamente / 2022-10-04 / 13:17:12

EYLIN CAROLINA REY OCHOA
Nombres y Apellidos del Trabajador Independiente

EYLIN CAROLINA REY OCHOA
Firma del Trabajador Independiente

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 37443867
NOMBRES Y APELLIDOS	Rey Ochoa,Eylin Carolina
TIPO DE AFILIADO	Titular
TIPO DE TRABAJADOR	Independiente
FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN	23/02/2018
ESTADO DE AFILIACIÓN	Vigente
ESTADO DE SERVICIO	Habilitado
REGIMEN	Contributivo

La presente se expide a nombre de Rey Ochoa,Eylin Carolina, a los 21 días del mes de septiembre del año 2022.

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

Banny Sarmiento

Banny Yeritza Sarmiento Vanegas
Coordinador Gestión de la Afiliación

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **REY OCHOA EYLIN CAROLINA** identificado(a) con **CC** número **37.443.867** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 02 de octubre de 2008 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO.**

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 21 de septiembre de 2022.

Cordialmente,

Laura Patricia Merchan Metaute
Equipo Gestión de Operaciones.

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

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

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES INDEPENDIENTES

Entre los suscritos a saber ***LUZ MARINA SANCHEZ GUERRERO,*** mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía Nº 49.658.754 de Aguachica, domiciliada y residente en Barrancabermeja, actuando en nombre y representación de ***FUNDACION MANOS AMIGAS*** con NIT 829.002.782 – 8 y quien adelante se denominará el ***CONTRATANTE***, y, ***LEINNY JISELTH LOZANO RICO***, mayor de edad, identificada con la cédula de ciudadanía Nº 1.096.231.171 de Barrancabermeja, domiciliada y residente en Barrancabermeja actuando en calidad de ***TECNICO AUXILIAR DE ENFERMERIA*** y quien para los efectos del presente documento se denominará el ***CONTRATISTA***, acuerdan celebrar el presente contrato de ***PRESTACION DE SERVICIOS,*** el cual se regirá por las normas que regulan la materia y especialmente por las siguientes cláusulas: **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 servicio contratado el cual debe realizar de conformidad con las condiciones y cláusulas adicionales del presente documento. **SEGUNDA, Plazo** – El plazo para la ejecución del presente contrato será de ***SESENTA Y TRES (63) DIAS*** contado desde la firma de éste documento 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 y Forma de Pago** - el valor de este contrato por honorarios es de **CUATRO MILLONES OCHOCIENTOS CINCUENTA Y UN MIL PESOS MONEDA CORRIENTE ($4.851.000)** el cual será cancelado **previa** la presentación de la cuenta de cobro mensual que EL ***CONTRATISTA*** hará al ***CONTRATANTE*** con ***5 días de anticipación*** a la fecha de vencimiento de cada pago. **CUARTA, Obligaciones del Contratante – *EL CONTRATANTE*** se obligará a facilitar el acceso a la información que sea necesaria, de manera oportuna, para la debida ejecución del objeto del contrato y, estará obligado a cumplir con lo estipulado en las demás cláusulas y condiciones previstas en este documento. **QUINTA, Obligaciones del Contratista – *EL CONTRATISTA*** se obliga a cumplir en forma eficiente y oportuna los trabajos encomendados y aquellas obligaciones que se generen de acuerdo con la naturaleza del servicio y en general con las cláusulas de éste contrato. **SEXTA, Vigilancia del contrato – *EL CONTRATANTE*** o su representante supervisará 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 éste las modificaciones o correcciones a que hubiere lugar. **SEPTIMA, Cláusula penal –** En caso de incumplimiento por alguna de las partes de cualquiera de las obligaciones previstas en éste contrato dará derecho al ***CONTRATANTE o CONTRATISTA*** según el caso, a pagar la suma de **Un millón de Pesos Moneda Corriente, ($1.000.000), Forma de terminación –** El presente contrato podrá darse por terminado por mutuo acuerdo entre las partes, o en forma unilateral por el incumplimiento de alguna de la obligación derivada del contrato, por cualquiera de ellas. **NOVENA, Independencia del contrato –** ***EL CONTRATISTA*** actuará por su propia cuenta, con absoluta autonomía y no estará sometido a subordinación laboral con ***EL CONTRATANTE*** y sus derechos se limitarán, de acuerdo con la naturaleza del contrato, a exigir el cumplimiento de las obligaciones del ***CONTRATANTE*** y al pago de los honorarios estipulados por la prestación del servicio. **DECIMA, Exclusión de la relación laboral –** Queda claramente que no existirá relación laboral alguna entre ***EL CONTRATANTE Y EL CONTRATISTA*** o el personal que éste utilice en la ejecución del objeto del presente contrato. **DECIMA PRIMERA, Cesión del contrato –** Queda prohibido al ***CONTRATISTA*** ceder parcial o totalmente la ejecución del presente contrato a un tercero salvo previa autorización expresa y escrita del ***CONTRATANTE***. **DECIMA SEGUNDA, deducciones del contrato-**el valor del presente contrato está sujeto a los descuentos por conceptos de costos directos e indirectos en la ejecución de convenio, **DECIMA TERCERA, Domicilio contractual –** Para todos los efectos legales, el domicilio contractual será la ciudad de Barrancabermeja y las notificaciones serán recibidas por las partes en las siguientes direcciones: Por ***EL CONTRATANTE*** en **CALLE 58 Nº 41-24 BARRIO VERSALLES** y por ***EL CONTRATISTA*** en la **DIAGONAL 53 Nº LOTE BARRIO RAFAEL RANGEL.**

En señal de asentamiento las partes suscriben el presente documento en dos ejemplares del mismo tenor, en la ciudad de Barrancabermeja a los tres (03) de Octubre de 2022, dando inicio con los servicios a partir del seis (06) de Octubre de 2022.

Luz marina Sanchez Guerrero
LUZ MARINA SANCHEZ GUERRERO.
CONTRATANTE

Leinny Jiselth Lozano R.
LEINNY JISELTH LOZANO RICO.
CONTRATISTA

equidad
riesgos laborales

LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES DE LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA O.C.

CERTIFICA

Que el(la) señor(a) LEINNY JISELTH LOZANO RICO identificado(a) con CC número 1096231171 está afiliado(a) a nuestra ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES, como Trabajador Independiente de la empresa FUNDACION MANOS AMIGAS indentificada con NI 829002782, a partir del 4 de octubre de 2022 hasta el 9 de diciembre de 2022, mediante contrato de Prestación de Servicios.

La anterior certificación se expide a través de nuestro sitio web https://www.laequidadarl.coop el día lunes 3 de octubre de 2022, a solicitud del interesado.

La información de la presente certificación debe ser confirmada telefónicamente en nuestra línea de atención en Bogotá al número 5922929 Ext. 1232 ó 317 4022427, citando el consecutivo 00007282010001056969.

Cordialmente,

LA EQUIDAD SEGUROS O.C. – Riesgos Laborales

porvenir
sólo hay uno

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

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

CERTIFICA QUE:

LEINNY JISELTH LOZANO RICO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.096.231.171**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir.**

La presente certificación se expide el 3 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.

SaludTotal...

Bogotá, Octubre 1 de 2022

Señora:
LOZANO RICO LEINNY JISELTH
CC. 1096231171
CR 35 N 55 20 PRIMERO DE MAYO - 6002
Ciudad

Ref: M-PYGA-F065. SOLICITUD INFORMACIÓN - AFILIACIÓN SALUD TOTAL EPS S.A.

En relación con el asunto de la referencia, y atendiendo su solicitud, nos permitimos informarle que a la fecha de expedición de la presente comunicación consta en nuestra base de datos que su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS S.A. se realizó a partir de Enero 29 de 2022. Los usuarios inscritos en su afiliación son:

Nombre	Documento	Tipo	Afiliación	Sem cot	Sem Ant	Parentesco	Estado Afiliación	Fecha de desafiliación EPS	Estado Actual	Discapacidad
[redacted]ALTA GALVIS BERNARDO ANTONIO	1065879512	C	Ene-29-2022	34	26	COMPANERO(A)	VIGENTE			Ninguna
ZANO RICO LEINNY JISELTH	1096231171	C	Ene-29-2022	34	26	COTIZANTE	VIGENTE			Ninguna
PERALTA LOZANO BEYLEN ANTONELLA	1241588923	R	Ene-29-2022	34	18	HIJO MENOR DE 18 AÑOS	VIGENTE			Ninguna

De acuerdo con los registros de la base de datos, su grupo familiar presenta la siguiente relación laboral:

Razón social del aportante	Usuario en contrato	Tipo de contrato	Estado de contrato
LEINNY JISELTH LOZANO RICO	1096231171	Trabajador Independiente	VIGENTE

CARTA NO VALIDA PARA TRASLADO

En Salud Total apreciamos la confianza que usted ha depositado en nosotros y esperamos que usted y su familia continúen disfrutando de nuestros servicios de salud con Calidad total. Cualquier información adicional, con gusto será atendida por el personal de servicio al cliente de la sede administrativa de su ciudad, o puede comunicarse con nuestra línea gratuita 018000 1 14524 a nivel nacional o en Bogotá al teléfono 4854555.

Cordialmente,

JAVIER CARREÑO
GERENTE DE OPERACIONES COMERCIAL
SALUD TOTAL EPS S.A.

NOTA: En caso requerido, este certificado es válido para la atención a través del Régimen Subsidiado o como población vinculada, si el Estado Actual es afiliación cancelada, novedad de retiro de trabajo, afiliación no efectiva, exclusión o anulación de la afiliación, siempre y cuando al momento de retiro o exclusión no haya reportado mora. Si es mora, o cancelación por falta de pago, debe informar a su aportante que debe ponerse al día en los pagos

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES INDEPENDIENTES

Entre los suscritos a saber ***LUZ MARINA SANCHEZ GUERRERO,*** mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía Nº 49.658.754 de Aguachica, domiciliada y residente en Barrancabermeja, actuando en nombre y representación de ***FUNDACION MANOS AMIGAS*** con NIT 829.002.782 – 8 y quien adelante se denominará el ***CONTRATANTE***, y, ***MARIA CRISTINA JARAMILLO MANTILLA***, mayor de edad, identificada con la cédula de ciudadanía Nº 63.538.776 de Bucaramanga, domiciliada y residente en Barrancabermeja actuando en calidad de ***TECNICO AUXILIAR DE ENFERMERIA*** y quien para los efectos del presente documento se denominará el ***CONTRATISTA***, acuerdan celebrar el presente contrato de ***PRESTACION DE SERVICIOS,*** el cual se regirá por las normas que regulan la materia y especialmente por las siguientes cláusulas: **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 servicio contratado el cual debe realizar de conformidad con las condiciones y cláusulas adicionales del presente documento. **SEGUNDA, Plazo –** El plazo para la ejecución del presente contrato será de ***SESENTA Y TRES (63) DIAS*** contado desde la firma de éste documento 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 y Forma de Pago -** el valor de este contrato por honorarios es de **CUATRO MILLONES OCHOCIENTOS CINCUENTA Y UN MIL PESOS MONEDA CORRIENTE ($4.851.000)** el cual será cancelado **previa** la presentación de la cuenta de cobro mensual que EL ***CONTRATISTA*** hará al ***CONTRATANTE*** con ***5 días de anticipación*** a la fecha de vencimiento de cada pago. **CUARTA, Obligaciones del Contratante –** ***EL CONTRATANTE*** se obligará a facilitar el acceso a la información que sea necesaria, de manera oportuna, para la debida ejecución del objeto del contrato y, estará obligado a cumplir con lo estipulado en las demás cláusulas y condiciones previstas en este documento. **QUINTA, Obligaciones del Contratista –** ***EL CONTRATISTA*** se obliga a cumplir en forma eficiente y oportuna los trabajos encomendados y aquellas obligaciones que se generen de acuerdo con la naturaleza del servicio y en general con las cláusulas de éste contrato. **SEXTA, Vigilancia del contrato –** ***EL CONTRATANTE*** o su representante supervisará 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 éste las modificaciones o correcciones a que hubiere lugar. **SEPTIMA, Cláusula penal** – En caso de incumplimiento por alguna de las partes de cualquiera de las obligaciones previstas en éste contrato dará derecho al ***CONTRATANTE*** o ***CONTRATISTA*** según el caso, a pagar la suma de **Un millón de Pesos Moneda Corriente, ($1.000.000), Forma de terminación** – El presente contrato podrá darse por terminado por mutuo acuerdo entre las partes, o en forma unilateral por el incumplimiento de alguna de la obligación derivada del contrato, por cualquiera de ellas. **NOVENA, Independencia del contrato** – ***EL CONTRATISTA*** actuará por su propia cuenta, con absoluta autonomía y no estará sometido a subordinación laboral con ***EL CONTRATANTE*** y sus derechos se limitarán, de acuerdo con la naturaleza del contrato, a exigir el cumplimiento de las obligaciones del ***CONTRATANTE*** y al pago de los honorarios estipulados por la prestación del servicio. **DECIMA, Exclusión de la relación laboral** – Queda claramente que no existirá relación laboral alguna entre ***EL CONTRATANTE Y EL CONTRATISTA*** o el personal que éste utilice en la ejecución del objeto del presente contrato. **DECIMA PRIMERA, Cesión del contrato** – Queda prohibido al ***CONTRATISTA*** ceder parcial o totalmente la ejecución del presente contrato a un tercero salvo previa autorización expresa y escrita del ***CONTRATANTE***. **DECIMA SEGUNDA, deducciones del contrato**-el valor del presente contrato está sujeto a los descuentos por conceptos de costos directos e indirectos en la ejecución de convenio, **DECIMA TERCERA, Domicilio contractual** – Para todos los efectos legales, el domicilio contractual será la ciudad de Barrancabermeja y las notificaciones serán recibidas por las partes en las siguientes direcciones: Por ***EL CONTRATANTE*** en **CALLE 58 Nº 41-24 BARRIO VERSALLES** y por ***EL CONTRATISTA*** en la **CALLE 38 48-08 BARRIO PARAISO.**

En señal de asentamiento las partes suscriben el presente documento en dos ejemplares del mismo tenor, en la ciudad de Barrancabermeja a los cuatro (04) de Octubre de 2022, dando inicio con los servicios a partir del seis (06) de Octubre de 2022.

Luz marina Sanchez Guerrero

LUZ MARINA SANCHEZ GUERRERO.
CONTRATANTE

MARIA CRISTINA JARAMILLO M.
CONTRATISTA

equidad
riesgos laborales

LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES DE LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA O.C.

CERTIFICA

Que el(la) señor(a) MARIA CRISTINA JARAMILLO MANTILLA identificado(a) con CC número 63538776 está afiliado(a) a nuestra ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES, como Trabajador Independiente de la empresa FUNDACION MANOS AMIGAS indentificada con NI 829002782, a partir del 5 de octubre de 2022 hasta el 10 de diciembre de 2022, mediante contrato de Prestación de Servicios.

La anterior certificación se expide a través de nuestro sitio web https://www.laequidadarl.coop el día martes 4 de octubre de 2022, a solicitud del interesado.

La información de la presente certificación debe ser confirmada telefónicamente en nuestra línea de atención en Bogotá al número 5922929 Ext. 1232 ó 317 4022427, citando el consecutivo 00007288610001057804.

Cordialmente,

LA EQUIDAD SEGUROS O.C. – Riesgos Laborales

Colpensiones

GOBIERNO DE COLOMBIA

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **MARÍA CRISTINA JARAMILLO MANTILLA** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **63538776,** estuvo afiliado/a al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES** y su estado es *TRASLADADO A OTRO FONDO.*

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.

NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264 -2

CERTIFICA QUE:

El 2022-10-04 12:03:04, el afiliado **MARIA CRISTINA JARAMILLO** identificado con **CC** número **63538776** realizó la solicitud de reingreso en nuestro Sistema de Afiliación Electrónica **VALE**.

NUMERO DE RADICACIÓN	FECHA DE RADICACIÓN	TIPO DE SOLICITUD
[illegible]	2022-10-04 12:03:04	REINGRESO

DETALLE

TIPO	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA REINGRESO
CC	63538776	MARIA CRISTINA JARAMILLO	2317000	INDEPENDIENTE	2022-10-04

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 4 días del mes de Octubre del año 2022.

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES INDEPENDIENTES

Entre los suscritos a saber ***LUZ MARINA SANCHEZ GUERRERO,*** mayor de edad, identificada con la cédula de ciudadanía Nº 49.658.754 de Aguachica, domiciliada y residente en Barrancabermeja, actuando en nombre y representación de ***FUNDACION MANOS AMIGAS,*** con NIT 829.002.782 – 8 y quien adelante se denominará el ***CONTRATANTE***, y, ***MARIA FERNANDA ALVAREZ VELEZ,*** mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía Nº 1.096.197.484 de Barrancabermeja, domiciliado y residente en Barrancabermeja actuando en calidad de ***ADMINISTRADORA DE EMPRESAS-INICIATIVAS PRODUCTIVAS,*** y quien para los efectos del presente documento se denominará el ***CONTRATISTA***, acuerdan celebrar el presente contrato de ***PRESTACION DE SERVICIOS,*** el cual se regirá por las normas que regulan la materia y especialmente por las siguientes cláusulas: **PRIMERA, Objeto – *EL CONTRATISTA*** en su calidad de ***ADMINISTRADORA DE EMPRESAS-INICIATIVAS PRODUCTIVAS,*** se obliga para con ***EL CONTRATANTE*** a ejecutar los trabajos y demás actividades propias del servicio contratado el cual debe realizar de conformidad con las condiciones y cláusulas adicionales del presente documento. **SEGUNDA, Plazo –** El plazo para la ejecución del presente contrato será de ***SESENTA Y TRES DIAS (63) DIAS,*** contado desde la firma de éste documento 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 y Forma de Pago -** el valor de este contrato por honorarios es de **TRES MILLONES SEISCIENTOS VEINTICINCO MIL CIEN PESOS MONEDA CORRIENTE ($3.625.100)** el cual será cancelado durante la ejecución del contrato y finalización con previa presentación de la cuenta de cobro que ***EL CONTRATISTA*** hará al ***CONTRATANTE*** con **05 *días de anticipación*** a la fecha de vencimiento de cada pago. **CUARTA, Obligaciones del Contratante – *EL CONTRATANTE*** se obligará a facilitar el acceso a la información que sea necesaria, de manera oportuna, para la debida ejecución del objeto del contrato y, estará obligado a cumplir con lo estipulado en las demás cláusulas y condiciones previstas en este documento. **QUINTA, Obligaciones del Contratista – *EL CONTRATISTA*** se obliga a cumplir en forma eficiente y oportuna los trabajos encomendados y aquellas obligaciones que se generen de acuerdo con la naturaleza del servicio y en general con las cláusulas de éste contrato. **SEXTA, Vigilancia del contrato – *EL CONTRATANTE*** o su

representante supervisará 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 éste las modificaciones o correcciones a que hubiere lugar. **SEPTIMA, Cláusula penal** – En caso de incumplimiento por alguna de las partes de cualquiera de las obligaciones previstas en éste contrato dará derecho al ***CONTRATANTE*** o ***CONTRATISTA*** según el caso, a pagar la suma de **Novecientos mil Pesos Moneda Corriente, ($900.000), OCTAVA, Forma de terminación –** El presente contrato podrá darse por terminado por mutuo acuerdo entre las partes, o en forma unilateral por el incumplimiento de alguna de la obligaciones derivadas del contrato, por cualquiera de ellas. **NOVENA, Independencia del contrato – *EL CONTRATISTA*** actuará por su propia cuenta, con absoluta autonomía y no estará sometido a subordinación laboral con ***EL CONTRATANTE*** y sus derechos se limitarán, de acuerdo con la naturaleza del contrato, a exigir el cumplimiento de las obligaciones del ***CONTRATANTE*** y al pago de los honorarios estipulados por la prestación del servicio. **DECIMA, Exclusión de la relación laboral** – Queda claramente que no existirá relación laboral alguna entre ***EL CONTRATANTE Y EL CONTRATISTA*** o el personal que éste utilice en la ejecución del objeto del presente contrato. **DECIMA PRIMERA, Cesión del contrato** – Queda prohibido al ***CONTRATISTA*** ceder parcial o totalmente la ejecución del presente contrato a un tercero salvo previa autorización expresa y escrita del ***CONTRATANTE***. **DECIMA SEGUNDA, deducciones del contrato**-el valor del presente contrato está sujeto a los descuentos por conceptos de costos directos e indirectos en la ejecución de convenio, **DECIMA TERCERA, Domicilio contractual** – Para todos los efectos legales, el domicilio contractual será la ciudad de Barrancabermeja y las notificaciones serán recibidas por las partes en las siguientes direcciones: Por ***EL CONTRATANTE*** en la **CALLE 58 41-24 VERSALLES** y por ***EL CONTRATISTA*** en la **CALLE 53 22-04 Torcoroma.**

En señal de asentamiento las partes suscriben el presente documento en dos ejemplares del mismo tenor, en la ciudad de Barrancabermeja a los cuatro (04) de Octubre de 2022, dando inicio con los servicios a partir del seis (06) de Octubre de 2022.

Luz marina Sanchez Guerrero
LUZ MARINA SANCHEZ GUERRERO
CONTRATANTE

Maria F. Alvarez V.
MARIA FERNANDA ALVAREZ V
CONTRATISTA

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 MARIA FERNANDA ALVAREZ VELEZ, identificada con Cédula Ciudadanía No. 1096197484 contratista de la empresa FUNDACION MANOS AMIGAS, con Nit No. 829002782. Registra como trabajador INDEPENDIENTE 723 con fecha de inicio de cobertura 04/10/2022, para el contrato registrado con fecha desde 03/10/2022 y fecha hasta 06/12/2022, 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): 20220102054138.

Dada en Bogotá, a los 4 días del mes de octubre de 2022

Cordialmente

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

MS.4.1.3.FRIS.v.04

Impreso por Internet el 04/10/2022 12:17:09 p. m.
(SCDC: 04/10/2022 12:17:09 p. m.

nueva eps

CERTIFICA QUE

El(La) Señor(a) **MARIA FERNANDA ALVAREZ VELEZ**, identificado(a) con **CC** numero **1096197484** se encuentra afiliado a la EPS.

Fecha de Activacion de Servicios: **01/03/2022**

Estado de la Afiliacion **Vigente**

Categoria **A**

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogota para QUIEN INTERESE, a los **29** días del mes **8** del año **2022**

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación

ESTA CERTIFICACION NO APLICA PARA SERVICIOS MÉDICOS. NO VALIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS

Cordialmente,

Gerencia de Afiliaciones

porvenir
sólo hay uno

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

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

CERTIFICA QUE:

MARIA FERNANDA ALVAREZ VELEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.096.197.484,** se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir.**

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

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES INDEPENDIENTES

Entre los suscritos a saber ***LUZ MARINA SANCHEZ GUERRERO,*** mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía Nº 49.658.754 de Aguachica, domiciliada y residente en Barrancabermeja, actuando en nombre y representación de ***FUNDACION MANOS AMIGAS*** con NIT 829.002.782 – 8 y quien adelante se denominará el ***CONTRATANTE***, y, ***MARIA ONIVEIRA TAMAYO GOMEZ,*** mayor de edad, identificada con la cédula de ciudadanía Nº 43.652.833 de Puerto Berrio, domiciliada y residente en Barrancabermeja actuando en calidad de ***AUXILIAR DE SERVICIOS GENERALES*** y quien para los efectos del presente documento se denominará el ***CONTRATISTA***, acuerdan celebrar el presente contrato de ***PRESTACION DE SERVICIOS,*** el cual se regirá por las normas que regulan la materia y especialmente por las siguientes cláusulas: **PRIMERA, Objeto –** ***EL CONTRATISTA*** en su calidad de ***AUXILIAR DE SERVICIOS GENERALES***, se obliga para con ***EL CONTRATANTE*** a ejecutar los trabajos y demás actividades propias del servicio contratado el cual debe realizar de conformidad con las condiciones y cláusulas adicionales del presente documento. **SEGUNDA, Plazo –** El plazo para la ejecución del presente contrato será de ***SESENTA DIAS (60) DIAS*** contado desde la firma de éste documento 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 y Forma de Pago** - El valor mensual de contrato es de **UN MILLON DOSCIENTOS MIL PESOS MONEDA CORRIENTE, ($1.200.000),** el cual será cancelado previa la presentación de la cuenta de cobro mensual que EL ***CONTRATISTA*** hará al ***CONTRATANTE*** con ***5 días de anticipación*** a la fecha de vencimiento de cada pago. **CUARTA, Obligaciones del Contratante –** ***EL CONTRATANTE*** se obligará a facilitar el acceso a la información que sea necesaria, de manera oportuna, para la debida ejecución del objeto del contrato y, estará obligado a cumplir con lo estipulado en las demás cláusulas y condiciones previstas en este documento. **QUINTA, Obligaciones del Contratista –** ***EL CONTRATISTA*** se obliga a cumplir en forma eficiente y oportuna los trabajos encomendados y aquellas obligaciones que se generen de acuerdo con la naturaleza del servicio y en general con las cláusulas de éste contrato. **SEXTA, Vigilancia del contrato –** ***EL CONTRATANTE*** o su representante supervisará 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 éste las modificaciones o correcciones a que hubiere lugar. **SEPTIMA, Cláusula penal –** En

caso de incumplimiento por alguna de las partes de cualquiera de las obligaciones previstas en éste contrato dará derecho al ***CONTRATANTE o CONTRATISTA*** según el caso, a pagar la suma de **Quinientos mil Pesos Moneda Corriente, ($500.000), OCTAVA, Forma de terminación –** El presente contrato podrá darse por terminado por mutuo acuerdo entre las partes, o en forma unilateral por el incumplimiento de alguna de la obligación derivada del contrato, por cualquiera de ellas. **NOVENA, *EL CONTRATANTE*** y sus derechos se limitarán, de acuerdo con la naturaleza del contrato, a exigir el cumplimiento de las obligaciones del ***CONTRATANTE*** y al pago de los honorarios estipulados por la prestación del servicio. **DECIMA, Exclusión de la relación laboral –** Queda claramente que no existirá relación laboral alguna entre ***EL CONTRATANTE Y EL CONTRATISTA*** o el personal que éste utilice en la ejecución del objeto del presente contrato. **DECIMA PRIMERA, Cesión del contrato –** Queda prohibido al ***CONTRATISTA*** ceder parcial o totalmente la ejecución del presente contrato a un tercero salvo previa autorización expresa y escrita del ***CONTRATANTE***. **DECIMA SEGUNDA, deducciones del contrato-**el valor del presente contrato está sujeto a los descuentos por conceptos de costos directos e indirectos en la ejecución de convenio, **DECIMA TERCERA, Domicilio contractual** – Para todos los efectos legales, el domicilio contractual será la ciudad de Barrancabermeja y las notificaciones serán recibidas por las partes en las siguientes direcciones: Por ***EL CONTRATANTE*** en **CALLE 58 Nº 41-24 BARRIO VERSALLES** y por ***EL CONTRATISTA*** en la **CALLE E APTO 102 YUMA.**

En señal de asentamiento las partes suscriben el presente documento en dos ejemplares del mismo tenor, en la ciudad de Barrancabermeja al primer (01) de Octubre de 2022, dando inicio con los servicios a partir del seis (06) de Octubre de 2022.

Luz marina sanchez guerrero
LUZ MARINA SANCHEZ GUERRERO.
CONTRATANTE

Maria cristina zaramillo H
MARIA ONIVEIRA TAMAYO GOMEZ.
CONTRATISTA

equidad
riesgos laborales

LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES DE LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA O.C.

CERTIFICA

Que el(la) señor(a) MARIA ONIVEIRA TAMAYO GOMEZ identificado(a) con CC número 43652833 está afiliado(a) a nuestra ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES, como Trabajador Independiente de la empresa FUNDACION MANOS AMIGAS indentificada con NI 829002782, a partir del 2 de octubre de 2022 hasta el 5 de diciembre de 2022, mediante contrato de Prestación de Servicios.

La anterior certificación se expide a través de nuestro sitio web https://www.laequidadarl.coop el día sábado 1 de octubre de 2022, a solicitud del interesado.

La información de la presente certificación debe ser confirmada telefónicamente en nuestra línea de atención en Bogotá al número 5922929 Ext. 1232 ó 317 4022427, citando el consecutivo 00007271470001055598.

Cordialmente,

LA EQUIDAD SEGUROS O.C. – Riesgos Laborales

Colpensiones

GOBIERNO DE COLOMBIA

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **ONIVAIRA TAMAYO GOMEZ** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **43652833,** estuvo afiliado/a al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES** y su estado es *TRASLADADO A OTRO FONDO.*

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 01 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.

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACION Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Famisanar

NIT 830 003 564-7

9009254832

9009254832

24886145

04 10 2022

X X X

3

A. AFILIACIÓN - DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (de cotizante, beneficiario o cabeza de familia)

1. Apellidos y nombres: TAMAYO GOMEZ MARIA ONIVEIRA

2. Tipo de identificación: CC

3. Número de identificación: 43652833

5. Sexo: X

6. Fecha de nacimiento: 16 02 1976

11. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos opcionales):

14. Grupo de población: 20

15. Autoreconocimiento étnico: NINGUNA

17. Ingreso mensual: $1.000.000

B. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR (Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente y núcleo familiar)

18. Apellidos y nombres

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

28. Apellidos y nombres

Datos complementarios

Beneficiario de la PS Privada

V. DATOS DE LA ENTIDAD EMPLEADORA Y DATOS APORTANTES O DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

TAMAYO GOMEZ MARIA ONIVEIRA

CC

43652833

CALLE 58 41 24

6218166

BARRANCABERMEJA SANTANDER

X

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

43. EPS anterior

44. Motivo de retiro

45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones

04 10 2022

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

VIII. FIRMAS

IX. ANEXOS

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial

67. Código de SISBEN

68. Fecha de focalización

69. Fecha de validación

71. Datos del funcionario que realiza la validación

CARGO: INDEPENDIENTE

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES INDEPENDIENTES

Entre los suscritos a saber ***LUZ MARINA SANCHEZ GUERRERO,*** mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía Nº 49.658.754 de Aguachica, domiciliada y residente en Barrancabermeja, actuando en nombre y representación de ***FUNDACION MANOS AMIGAS*** con NIT 829.002.782 – 8 y quien adelante se denominará el ***CONTRATANTE***, y, ***MARISEL RODRIGUEZ PEREZ,*** mayor de edad, identificada con la cédula de ciudadanía Nº 28.069.853 de Barrancabermeja, domiciliada y residente en Barrancabermeja actuando en calidad de ***MANIPULADORA DE ALIMENTOS*** y quien para los efectos del presente documento se denominará el ***CONTRATISTA***, acuerdan celebrar el presente contrato de ***PRESTACION DE SERVICIOS,*** el cual se regirá por las normas que regulan la materia y especialmente por las siguientes cláusulas: **PRIMERA, Objeto – *EL CONTRATISTA*** en su calidad de ***MANIPULADORA DE ALIMENTOS***, se obliga para con ***EL CONTRATANTE*** a ejecutar los trabajos y demás actividades propias del servicio contratado el cual debe realizar de conformidad con las condiciones y cláusulas adicionales del presente documento. **SEGUNDA, Plazo –** El plazo para la ejecución del presente contrato será de ***SESENTA Y TRES (63) DIAS*** contado desde la firma de éste documento 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 y Forma de Pago -** El valor de éste contrato es de ***DOS MILLONES QUINIENTOS VEINTE MIL PESOS MONEDA CORRIENTE,*** **($2.520.000),** el cual será cancelado previa la presentación de la cuenta de cobro mensual que EL ***CONTRATISTA*** hará al ***CONTRATANTE*** con ***5 días de anticipación*** a la fecha de vencimiento de cada pago. **CUARTA, Obligaciones del Contratante – *EL CONTRATANTE*** se obligará a facilitar el acceso a la información que sea necesaria, de manera oportuna, para la debida ejecución del objeto del contrato y, estará obligado a cumplir con lo estipulado en las demás cláusulas y condiciones previstas en este documento. **QUINTA, Obligaciones del Contratista – *EL CONTRATISTA*** se obliga a cumplir en forma eficiente y oportuna los trabajos encomendados y aquellas obligaciones que se generen de acuerdo con la naturaleza del servicio y en general con las cláusulas de éste contrato. **SEXTA, Vigilancia del contrato – *EL CONTRATANTE*** o su representante supervisará 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 éste

las modificaciones o correcciones a que hubiere lugar. **SEPTIMA, Cláusula penal** – En caso de incumplimiento por alguna de las partes de cualquiera de las obligaciones previstas en éste contrato dará derecho al ***CONTRATANTE o CONTRATISTA*** según el caso, a pagar la suma de **Quinientos mil Pesos Moneda Corriente, ($500.000), Forma de terminación** – El presente contrato podrá darse por terminado por mutuo acuerdo entre las partes, o en forma unilateral por el incumplimiento de alguna de la obligación derivada del contrato, por cualquiera de ellas. **OCTAVA**, ***EL CONTRATANTE*** y sus derechos se limitarán, de acuerdo con la naturaleza del contrato, a exigir el cumplimiento de las obligaciones del ***CONTRATANTE*** y al pago de los honorarios estipulados por la prestación del servicio. **NOVENA, Exclusión de la relación laboral –** Queda claramente que no existirá relación laboral alguna entre ***EL CONTRATANTE Y EL CONTRATISTA*** o el personal que éste utilice en la ejecución del objeto del presente contrato. **DECIMA, Exclusión de la relación laboral –** Queda claramente que no existirá relación laboral alguna entre ***EL CONTRATANTE Y EL CONTRATISTA*** o el personal que éste utilice en la ejecución del objeto del presente contrato. **DECIMA PRIMERA, Cesión del contrato –** Queda prohibido al ***CONTRATISTA*** ceder parcial o totalmente la ejecución del presente contrato a un tercero salvo previa autorización expresa y escrita del ***CONTRATANTE***. **DECIMA SEGUNDA, deducciones del contrato-**el valor del presente contrato está sujeto a los descuentos por conceptos de costos directos e indirectos en la ejecución de convenio, **DECIMA TERCERA, Domicilio contractual** – Para todos los efectos legales, el domicilio contractual será la ciudad de Barrancabermeja y las notificaciones serán recibidas por las partes en las siguientes direcciones: Por ***EL CONTRATANTE*** en **CALLE 58 Nº 41-24 BARRIO VERSALLES** y por ***EL CONTRATISTA*** en la **DG 58 Nº 43-22 BARRIO GRANJAS**

En señal de asentamiento las partes suscriben el presente documento en dos ejemplares del mismo tenor, en la ciudad de Barrancabermeja a los primer (01) de Octubre de 2022, dando inicio con los servicios a partir del seis (06) de Octubre de 2022.

Luz Marina Sanchez Guerrero
LUZ MARINA SANCHEZ GUERRERO.
CONTRATANTE

Marisel Rodriguez
MARISEL RODRIGUEZ PEREZ
CONTRATISTA

equidad
riesgos laborales

LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES DE LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA O.C.

CERTIFICA

Que el(la) señor(a) MARISEL RODRIGUEZ PEREZ identificado(a) con CC número 28069853 está afiliado(a) a nuestra ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES, como Trabajador Independiente de la empresa FUNDACION MANOS AMIGAS indentificada con NI 829002782, a partir del 2 de octubre de 2022 hasta el 5 de diciembre de 2022, mediante contrato de Prestación de Servicios.

La anterior certificación se expide a través de nuestro sitio web https://www.laequidadarl.coop el día sábado 1 de octubre de 2022, a solicitud del interesado.

La información de la presente certificación debe ser confirmada telefónicamente en nuestra línea de atención en Bogotá al número 5922929 Ext. 1232 ó 317 4022427, citando el consecutivo 00007271390001055590.

Cordialmente,

LA EQUIDAD SEGUROS O.C. – Riesgos Laborales

Fondo de Pensiones Obligatorias
Solicitud de Vinculación o Traslado

porvenir

Sociedad Administradora de Fondos de Pensiones y Cesantías Porvenir S.A. Nit 800 144 331-3

Nº 22849950

22849950

Ciudad: Bogotá

Fecha de Solicitud de Afiliación: 2 0 A A M M D D

1. Tipo de Vinculación

Vinculación Inicial
Marque con X, si el solicitante va a cotizar por primera vez y no ha estado afiliado nunca a una AFP, Colpensiones o Caja y desea vincularse a Porvenir
Pensiones Obligatorias: X

Traslado de AFP
Pensiones Obligatorias
(Permanencia mínima de 6 meses en otra AFP)
Entidad Origen Traslado
Pensión Familiar
Entidad Destino

Traslado de Régimen
(Marque con X si el solicitante ha estado vinculado al régimen de prima media en alguna entidad oficial: en Colpensiones o cajas durante más de 5 años y desea vincularse a Porvenir)
Entidad Origen Traslado
Pensión Familiar
Entidad Destino

2. Datos Básicos

Tipo de Documento: C.C X T.I C.E PAS R.C C.D
Nº de Documento de Identidad: 28059853.
Fecha de Expedición del Documento de Identidad: 1999 06 29
Lugar de Expedición: Bogotá
Género: M X F
Es Pensionado (Jubilado): SI NO X
Primer Apellido: Rodriguez
Segundo Apellido: Perez
Primer Nombre: MARISOL
Otros Nombres:
Fecha de Nacimiento: 1981 01 21
Lugar de Nacimiento: Bogotá
Nacionalidad: Colombiana X Otra ¿Cuál?

3. Datos de Localización

Dirección de Residencia: Dg 98 # 43-22
Barrio: granjas
Ciudad/Municipio:
Departamento:
Nº. de Teléfono Fijo:
Nº. de Teléfono celular: 3112526531
Autorización de envío de información a través de medios electrónicos. Autorizo a Porvenir S.A. para enviar notificaciones, extractos y cualquier información de interés a mi correo electrónico y/o a mi teléfono celular. SI NO
Dirección de Correo Electrónico (e-mail): marisol2181@hotmail.com
Dirección Laboral:
Ciudad:
Departamento:
Nº. de Teléfono:

4. Datos Empleador / Información del Vínculo Laboral

Tipo de Documento: NIT C.C C.E PAS TI
Nº de Documento de Identidad:
Nombre y/o Razón Social:
Ciudad:
Dirección Empleador:
Departamento:
Teléfono(s):
Ocupación o Cargo Actual: Independiente
Salario o Ingreso Mensual: $ 1200000
Salario Integral: y/o $
Envío de Notificación: Sucursal Principal: Sucursal Ciudad: Tipo de Trabajador: Independiente Contratista X Dependiente Independiente Voluntario

5. Datos Beneficiarios

Nombre y Apellido	Género	Tipo de Documento	Nº de Documento de Identidad	Fecha de Nacimiento	Código Parentesco
	M F			A A A A M M D D	
	M F			A A A A M M D D	
	M F			A A A A M M D D	
	M F			A A A A M M D D	

Códigos parentesco: 01 Cónyuge 02 Compañero permanente 03 Padres 04 Hijo 05 Hijo inválido 06 Hermano inválido *Los beneficiarios relacionados serán verdaderos de acuerdo con las normas legales vigentes.*

6. Derecho a Bono Pensional

Tengo derecho al Bono Pensional porque antes de mi vinculación a Porvenir S.A. Estuve afiliado a Colpensiones, a una Caja o Fondo Prestacional y cotice 150 semanas
Entidad en la cual se realizó la cotización:
Tengo Derecho al Bono Pensional: SI NO

7. Régimen de Transición e Información del Producto

Importante: Manifiesto que luego de haber recibido asesoría amplia y suficiente sobre el producto ofrecido, conozco y entiendo las implicaciones legales que tiene mi decisión de trasladó al régimen de ahorro individual por medio de la Vinculación al Fondo de Pensiones Obligatorias de Porvenir S.A. particularmente en lo que tiene que ver con el régimen de transición establecido en la ley

- Anexo la fotocopia de su documento de identidad ampliada al 150% en blanco y negro.

8. Derecho de Retracto

Recuerda que a partir del momento en que el fondo de pensiones te notifique sobre la validez de la afiliación o del traslado, cuentas con un término de cinco (5) días hábiles para ejercer tu facultad de retracto, (Decreto 1643 de 2020).

9. Voluntad, Declaración y Autorización

"Declaro bajo juramento que los antecedentes del trabajador indicados en el presente contrato corresponden a la información que me ha sido suministrada"

FIRMA Y NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL DEL EMPLEADOR

Hago constar que la selección del Régimen de Prima Media la he efectuado en forma libre y espontánea y sin presiones. Manifiesto que he elegido a Porvenir para que administre mis aportes pensionales y que los datos proporcionados en esta solicitud son verdaderos.

FIRMA Y HUELLA DEL SOLICITANTE

10. Espacio para la Administradora

Nombre del Promotor:
No. de Identificación del promotor:
Firma del promotor:

Firma Autorizada del Representante Legal

Escaneado con CamScanner

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4009011455	0|3|1|0|2|0|2|2

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

1.tipo de tramite	2.Tipo afiliacion		3.Regimen
A. Afiliación ☐ B.Reporte de Novedades ☒	B. Colectiva ☐	A. Individual: -Cotizante Cabeza de familia ☒ -Beneficiario afiliado adicional ☐ B. Institucional ☐ B. De oficio ☐	A.Contributivo ☒ B.Subsidiado ☐

4. Tipo de afiliado	5. Tipo de cotizante	Codigo (a registrar por la EPS)
A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐	A. Dependiente ☐ B. Independiente ☒ C. Pensionado ☐	3

A. AFILIACIÓN

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

6.Apellidos y nombres			
RODRIGUEZ (Primer apellido)	PEREZ (Segundo apellido)	MARISEL (Primer nombre)	(Segundo nombre)
7.Tipo documento de identidad	**8.Número del documento de identidad**	**9.Sexo**	**10.Fecha de nacimiento**
CC	28069853	Femenino ☒ Masculino ☐	2|1|0|1|1|9|8|1

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

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

15. Administradora de riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotizacion - IBC
SEGUROS LA EQUIDAD	PORVENIR FPC	1200000

18.Residencia

DG 58 43 22 BRR LAS GRANJAS (Dirección)	Telefono fijo	3112526531 (Telefono celular)	MARISEL2181@HOTMAIL.COM (Correo electronico)
BARRANCABERMEJA (Municipio/Distrito)	zona Urbana ☒ Rural ☐	Localidad / comuna	SANTANDER (Departamento)

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

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

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

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

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

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

Datos complementarios

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

32. Datos de residencia

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

Seleccion de la IPS Primaria

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

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de identificación	37. Numero de documnto de identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS)
MARISEL RODRIGUEZ PEREZ	CC	28069853	01

39.Ubicación				
DG 58 43 22 BRR LAS GRANJAS (Dirección)	6000000 (Teléfono)	MARISEL2181@HOTMAIL.COM (Correo electrónico)	BARRANCABERMEJA (Municipio/distrito)	SANTANDER (Departamento)

No de Radicacion
4009011455

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de la identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

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

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

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- 46.☒ Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- 47.☒ Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo,Especial o de Excepción.
- 48.☐ Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- 49.☒ Declaración de no información del cotizante,cabeza de familia ,beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Salud .
- 50.☒ Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
- 51.☒ Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que 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 Decr eto 1377 de 2013
- 53.☒ Autorización para que la EPS envie información al correo electronico o celular como mensaje de texto

VIII. FIRMAS

54. Cotizante o cabeza de familia o beneficiario	55. El empleador aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de oficio
Marisol Rodriguez	Leonorina Sanchez Gutierrez

IX.ANEXOS

- ☐ 56.Anexo Copia del documento de identidad: CN. ☐ RC. ☐ TI. ☐ CC. ☒ PA. ☐ CE. ☐ CD. ☐ SC. ☐
  Cantidad: ☐ ☐ ☐ 1 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Total: 1
- ☐ 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- ☐ 58. Copia registro civil de matrimonio, o de la escritura pública,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la union marital.
- ☐ 59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio ,sentencia judicial para que declare la separación de cuerpos y escritura pública,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la union marital.
- ☐ 60. Copia certificado de adopción o acta de entrega del menor
- ☐ 61.Copia orden judicial o acto administrativo de custodia.
- ☐ 62.Documento en que conste la perdida de la patria potestad, o el certificaco de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los padres.
- ☐ 63.Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud
- ☐ 64.Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- ☐ 65.Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que consiste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

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

70. Datos funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

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

Observaciones

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

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES INDEPENDIENTES

Entre los suscritos a saber ***LUZ MARINA SANCHEZ GUERRERO,*** mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía Nº 49.658.754 de Aguachica, domiciliada y residente en Barrancabermeja, actuando en nombre y representación de ***FUNDACION MANOS AMIGAS*** con NIT 829.002.782 – 8 y quien adelante se denominará el ***CONTRATANTE***, y, ***MAYERLY RINCON,*** mayor de edad, identificada con la cédula de ciudadanía Nº 1.096.189.735 de Barrancabermeja, domiciliada y residente en Barrancabermeja actuando en calidad de ***MANIPULADORA DE ALIMENTOS*** y quien para los efectos del presente documento se denominará el ***CONTRATISTA***, acuerdan celebrar el presente contrato de ***PRESTACION DE SERVICIOS,*** el cual se regirá por las normas que regulan la materia y especialmente por las siguientes cláusulas: **PRIMERA, Objeto – *EL CONTRATISTA*** en su calidad de ***MANIPULADORA DE ALIMENTOS***, se obliga para con ***EL CONTRATANTE*** a ejecutar los trabajos y demás actividades propias del servicio contratado el cual debe realizar de conformidad con las condiciones y cláusulas adicionales del presente documento. **SEGUNDA, Plazo –** El plazo para la ejecución del presente contrato será de ***SESENTA Y TRES (63) DIAS*** contado desde la firma de éste documento 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 y Forma de Pago** - El valor de éste contrato es de ***DOS MILLONES QUINIENTOS VEINTE MIL PESOS MONEDA CORRIENTE,*** **($2.520.000),** el cual será cancelado previa la presentación de la cuenta de cobro mensual que EL ***CONTRATISTA*** hará al ***CONTRATANTE*** con ***5 días de anticipación*** a la fecha de vencimiento de cada pago. **CUARTA, Obligaciones del Contratante – *EL CONTRATANTE*** se obligará a facilitar el acceso a la información que sea necesaria, de manera oportuna, para la debida ejecución del objeto del contrato y, estará obligado a cumplir con lo estipulado en las demás cláusulas y condiciones previstas en este documento. **QUINTA, Obligaciones del Contratista – *EL CONTRATISTA*** se obliga a cumplir en forma eficiente y oportuna los trabajos encomendados y aquellas obligaciones que se generen de acuerdo con la naturaleza del servicio y en general con las cláusulas de éste contrato. **SEXTA, Vigilancia del contrato – *EL CONTRATANTE*** o su representante supervisará 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 éste las modificaciones o correcciones a que hubiere lugar. **SEPTIMA, Cláusula penal**

– En caso de incumplimiento por alguna de las partes de cualquiera de las obligaciones previstas en éste contrato dará derecho al ***CONTRATANTE*** o ***CONTRATISTA*** según el caso, a pagar la suma de **Quinientos mil Pesos Moneda Corriente, ($500.000), Forma de terminación –** El presente contrato podrá darse por terminado por mutuo acuerdo entre las partes, o en forma unilateral por el incumplimiento de alguna de la obligación derivada del contrato, por cualquiera de ellas. **OCTAVA, *EL CONTRATANTE*** y sus derechos se limitarán, de acuerdo con la naturaleza del contrato, a exigir el cumplimiento de las obligaciones del ***CONTRATANTE*** y al pago de los honorarios estipulados por la prestación del servicio. **NOVENA, Exclusión de la relación laboral –** Queda claramente que no existirá relación laboral alguna entre ***EL CONTRATANTE Y EL CONTRATISTA*** o el personal que éste utilice en la ejecución del objeto del presente contrato. **DECIMA, Exclusión de la relación laboral –** Queda claramente que no existirá relación laboral alguna entre ***EL CONTRATANTE Y EL CONTRATISTA*** o el personal que éste utilice en la ejecución del objeto del presente contrato. **DECIMA PRIMERA, Cesión del contrato –** Queda prohibido al ***CONTRATISTA*** ceder parcial o totalmente la ejecución del presente contrato a un tercero salvo previa autorización expresa y escrita del ***CONTRATANTE***. **DECIMA SEGUNDA, deducciones del contrato-**el valor del presente contrato está sujeto a los descuentos por conceptos de costos directos e indirectos en la ejecución de convenio, **DECIMA TERCERA, Domicilio contractual –** Para todos los efectos legales, el domicilio contractual será la ciudad de Barrancabermeja y las notificaciones serán recibidas por las partes en las siguientes direcciones: Por ***EL CONTRATANTE*** en **CALLE 58 N° 41-24 BARRIO VERSALLES** y por ***EL CONTRATISTA*** en la **CALLE 52 CRA 34 N° 34-65 PRIMERO DE MAYO.**

En señal de asentamiento las partes suscriben el presente documento en dos ejemplares del mismo tenor, en la ciudad de Barrancabermeja a los primer (01) de Octubre de 2022, dando inicio con los servicios a partir del seis (06) de Octubre de 2022.

Luz marina sanchez guerrero
LUZ MARINA SANCHEZ GUERRERO.
CONTRATANTE

Mayerly Rincon
MAYERLY RINCON.
CONTRATISTA

equidad
riesgos laborales

LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES DE LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA O.C.

CERTIFICA

Que el(la) señor(a) MAYERLY RINCON identificado(a) con CC número 1096189735 está afiliado(a) a nuestra ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES, como Trabajador Independiente de la empresa FUNDACION MANOS AMIGAS indentificada con NI 829002782, a partir del 2 de octubre de 2022 hasta el 5 de diciembre de 2022, mediante contrato de Prestación de Servicios.

La anterior certificación se expide a través de nuestro sitio web https://www.laequidadarl.coop el día sábado 1 de octubre de 2022, a solicitud del interesado.

La información de la presente certificación debe ser confirmada telefónicamente en nuestra línea de atención en Bogotá al número 5922929 Ext. 1232 ó 317 4022427, citando el consecutivo 00007271400001055591.

Cordialmente,

LA EQUIDAD SEGUROS O.C. – Riesgos Laborales

porvenir
sólo hay uno

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

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

CERTIFICA QUE:

MAYERLY RINCON, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.096.189.735,** se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir.**

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

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Esta afiliación se encuentra radicada en el sistema de Información de Asmet Salud EPS SAS

ESSC62

Formulario No. 3039027355418
Fecha de radicación 03/10/2022

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Identificación	Sexo	Fecha de nacimiento

Fecha	EPS anterior	Motivo del traslado	Caja de compensación familiar o pagador de pensiones
04/10/2022			

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- [X] Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales
- [X] Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción
- [X] Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios
- [X] Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficianos o afiliados adicionales
- [X] Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte novedades en la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran
- [X] 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 ente Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013
- [X] Autorización para que la EPS envie información al correo electrónico o el celular como mensajes de texto

VIII. FIRMAS

El cotizante, cabeza de familia o beneficiario

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

IX. ANEXOS

- [X] 56. Anexo copia de documento de identidad

	CN	RC	TI	CC	PA	CE	CD	SC	Total
Cantidad:				1					1

- [ ] Certificacion de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- [ ] Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud
- [ ] 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 date unión marital
- [ ] Copia de la orden judicial o decreto administrativo de custodia
- [ ] Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliacion de oficio
- [ ] Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor
- [ ] Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente
- [ ] Copia del registro civil de matrimonio, o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital
- [ ] Documento en que conste la pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

Municipio Entidad Territorial	Departamento Entidad Territorial	No ficha SISBÉN	Puntaje SISBÉN	Nivel SISBÉN	Fecha radicación	Fecha validación
						4/10/2022

Primer apellido Funcionario	Segundo apellido Funcionario	Primer nombre Funcionario	Segundo nombre Funcionario	Firma del Funcionario

Tipo de documento de Identificación	Número de Identificación

Observaciones

Observaciones:

Empresa:, Asesor:karina.ravelo, Sucursal:, Teléfono:, Correo Electrónico:karina.ravelo@asmetsalud.org.co

Puede verificar la autenticidad de este formulario en la página web de Asmet Salud EPS SAS e ingresando el código:

Url: https://boxaludrc.asmetsalud.org.co/Publico/BoxaludPublico/Publico/CQR.aspx

SERVICIO DE ATENCIÓN GRATUITO 018000913876

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES INDEPENDIENTES

Entre los suscritos a saber ***LUZ MARINA SANCHEZ GUERRERO,*** mayor de edad, identificada con la cédula de ciudadanía N° 49.658.754 de Aguachica, domiciliada y residente en Barrancabermeja, actuando en nombre y representación de ***FUNDACION MANOS AMIGAS,*** con NIT 829.002.782 – 8 y quien adelante se denominará el ***CONTRATANTE***, y, ***MARY LUZ VEGA RUIZ,*** mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía N° 63.456.867 de Barrancabermeja, domiciliado y residente en Barrancabermeja actuando en calidad de ***TECNICO EN SISTEMAS-USO DE INTERNET,*** y quien para los efectos del presente documento se denominará el ***CONTRATISTA***, acuerdan celebrar el presente contrato de ***PRESTACION DE SERVICIOS,*** el cual se regirá por las normas que regulan la materia y especialmente por las siguientes cláusulas: **PRIMERA, Objeto –** ***EL CONTRATISTA*** en su calidad de ***TECNICO EN SISTEMAS-USO DE INTERNET,*** se obliga para con ***EL CONTRATANTE*** a ejecutar los trabajos y demás actividades propias del servicio contratado el cual debe realizar de conformidad con las condiciones y cláusulas adicionales del presente documento. **SEGUNDA, Plazo –** El plazo para la ejecución del presente contrato será de ***SESENTA Y TRES DIAS (63) DIAS,*** contado desde la firma de éste documento 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 y Forma de Pago -** el valor de este contrato por honorarios es de **TRES MILLONES TRESCIENTOS VEINTISEIS MIL CUATROCIENTOS PESOS MONEDA CORRIENTE ($3.326.400)** el cual será cancelado durante la ejecución del contrato y finalización con previa presentación de la cuenta de cobro que ***EL CONTRATISTA*** hará al ***CONTRATANTE*** con **05** ***días de anticipación*** a la fecha de vencimiento de cada pago. **CUARTA, Obligaciones del Contratante –** ***EL CONTRATANTE*** se obligará a facilitar el acceso a la información que sea necesaria, de manera oportuna, para la debida ejecución del objeto del contrato y, estará obligado a cumplir con lo estipulado en las demás cláusulas y condiciones previstas en este documento. **QUINTA, Obligaciones del Contratista –** ***EL CONTRATISTA*** se obliga a cumplir en forma eficiente y oportuna los trabajos encomendados y aquellas obligaciones que se generen de acuerdo con la naturaleza del servicio y en general con las cláusulas de éste contrato. **SEXTA, Vigilancia del contrato –** ***EL CONTRATANTE*** o su representante supervisará 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 éste las modificaciones o correcciones a que hubiere lugar. **SEPTIMA, Cláusula penal –** En caso de incumplimiento por alguna de las partes de cualquiera de las obligaciones previstas en éste contrato dará derecho al ***CONTRATANTE*** o ***CONTRATISTA*** según el caso, a pagar la suma de **Ochocientos mil Pesos Moneda Corriente, ($800.000), OCTAVA, Forma de terminación –** El presente contrato podrá darse por terminado por mutuo acuerdo entre las partes, o en forma unilateral por el incumplimiento de alguna de la obligaciones derivadas del contrato, por cualquiera de ellas. **NOVENA, Independencia del contrato – *EL CONTRATISTA*** actuará por su propia cuenta, con absoluta autonomía y no estará sometido a subordinación laboral con ***EL CONTRATANTE*** y sus derechos se limitarán, de acuerdo con la naturaleza del contrato, a exigir el cumplimiento de las obligaciones del ***CONTRATANTE*** y al pago de los honorarios estipulados por la prestación del servicio. **DECIMA, Exclusión de la relación laboral** – Queda claramente que no existirá relación laboral alguna entre ***EL CONTRATANTE Y EL CONTRATISTA*** o el personal que éste utilice en la ejecución del objeto del presente contrato. **DECIMA PRIMERA, Cesión del contrato –** Queda prohibido al ***CONTRATISTA*** ceder parcial o totalmente la ejecución del presente contrato a un tercero salvo previa autorización expresa y escrita del ***CONTRATANTE***. **DECIMA SEGUNDA, deducciones del contrato**-el valor del presente contrato está sujeto a los descuentos por conceptos de costos directos e indirectos en la ejecución de convenio, **DECIMA TERCERA, Domicilio contractual –** Para todos los efectos legales, el domicilio contractual será la ciudad de Barrancabermeja y las notificaciones serán recibidas por las partes en las siguientes direcciones: Por ***EL CONTRATANTE*** en la **CALLE 58 41-24 VERSALLES** y por ***EL CONTRATISTA*** en la **CALLE 35 31-61 LOS PINOS.**

En señal de asentamiento las partes suscriben el presente documento en dos ejemplares del mismo tenor, en la ciudad de Barrancabermeja a los cuatro (04) de Octubre de 2022, dando inicio con los servicios a partir del seis (06) de Octubre de 2022.

Luz marina Sanchez Guerrero
LUZ MARINA SANCHEZ GUERRERO
CONTRATANTE

MARY LUZ VEGA RUIZ
CONTRATISTA

equidad
riesgos laborales

LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES DE LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA O.C.

CERTIFICA

Que el(la) señor(a) MARY LUZ VEGA RUIZ identificado(a) con CC número 63456867 está afiliado(a) a nuestra ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES, como Trabajador Independiente de la empresa FUNDACION MANOS AMIGAS indentificada con NI 829002782, a partir del 5 de octubre de 2022 hasta el 10 de diciembre de 2022, mediante contrato de Prestación de Servicios.

La anterior certificación se expide a través de nuestro sitio web https://www.laequidadarl.coop el día martes 4 de octubre de 2022, a solicitud del interesado.

La información de la presente certificación debe ser confirmada telefónicamente en nuestra línea de atención en Bogotá al número 5922929 Ext. 1232 ó 317 4022427, citando el consecutivo 00007288960001057850.

Cordialmente,

LA EQUIDAD SEGUROS O.C. – Riesgos Laborales

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES INDEPENDIENTES

Entre los suscritos a saber ***LUZ MARINA SANCHEZ GUERRERO,*** mayor de edad, identificada con la cédula de ciudadanía Nº 49.658.754 de Aguachica, domiciliada y residente en Barrancabermeja, actuando en nombre y representación de ***FUNDACION MANOS AMIGAS*** con NIT 829.002.782 – 8 y quien adelante se denominará el ***CONTRATANTE***, y, ***ROCIO DEL CARMEN DIAZ SARMIENTO***, mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía Nº 63.301.604 de Bucaramanga, domiciliada y residente en Barrancabermeja, actuando en calidad de ***NUTRICIONISTA - DIETISTA*** y quien para los efectos del presente documento se denominará el ***CONTRATISTA***, acuerdan celebrar el presente contrato de ***PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES,*** el cual se regirá por las normas que regulan la materia y especialmente por las siguientes cláusulas: **PRIMERA, Objeto –** ***EL CONTRATISTA*** en su calidad de ***NUTRICIONISTA - DIETISTA***, se obliga para con ***EL CONTRATANTE*** a ejecutar los trabajos y demás actividades propias del servicio contratado el cual debe realizar de conformidad con las condiciones y cláusulas adicionales del presente documento. **SEGUNDA, Plazo –** El plazo para la ejecución del presente contrato será de ***SESENTA Y TRES DIAS (63) DIAS,*** contado desde la firma de éste documento 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 y Forma de Pago** - el valor de este contrato por honorarios es de **CINCO MILLONES QUINIENTOS CUARENTA Y CUATRO MIL PESOS MONEDA CORRIENTE ($5.544.000)** el cual será cancelado durante la ejecución y finalización el contrato con previa presentación de la cuenta de cobro que ***EL CONTRATISTA*** hará al ***CONTRATANTE*** con ***5 días de anticipación*** a la fecha de vencimiento de cada pago. **CUARTA, Obligaciones del Contratante –** ***EL CONTRATANTE*** se obligará a facilitar el acceso a la información que sea necesaria, de manera oportuna, para la debida ejecución del objeto del contrato y, estará obligado a cumplir con lo estipulado en las demás cláusulas y condiciones previstas en este documento. **QUINTA, Obligaciones del Contratista –** ***EL CONTRATISTA*** se obliga a cumplir en forma eficiente y oportuna los trabajos encomendados y aquellas obligaciones que se generen de acuerdo con la naturaleza del servicio y en general con las cláusulas de éste contrato. **SEXTA, Vigilancia del contrato –** ***EL CONTRATANTE*** o su representante supervisará 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 éste las modificaciones o correcciones a que hubiere lugar. **SEPTIMA, Ciáusula penal –** En caso de incumplimiento por alguna de las partes de cualquiera de las obligaciones previstas en éste contrato dará derecho al ***CONTRATANTE*** o ***CONTRATISTA*** según el caso, a pagar la suma de **Dos millones de Pesos Moneda Corriente, ($2.000.000), Forma de terminación –** El presente contrato podrá darse por terminado por mutuo acuerdo entre las partes, o en forma unilateral por el incumplimiento de alguna de la obligación derivada del contrato, por cualquiera de ellas. **OCTAVA, *EL CONTRATANTE*** y sus derechos se limitarán, de acuerdo con la naturaleza del contrato, a exigir el cumplimiento de las obligaciones del ***CONTRATANTE*** y al pago de los honorarios estipulados por la prestación del servicio. **NOVENA, *EL CONTRATANTE*** y sus derechos se limitarán, de acuerdo con la naturaleza del contrato, a exigir el cumplimiento de las obligaciones del ***CONTRATANTE*** y al pago de los honorarios estipulados por la prestación del servicio. **DECIMA, Exclusión de la relación laboral –** Queda claramente que no existirá relación laboral alguna entre ***EL CONTRATANTE Y EL CONTRATISTA*** o el personal que éste utilice en la ejecución del objeto del presente contrato. **DECIMA PRIMERA, Cesión del contrato –** Queda prohibido al ***CONTRATISTA*** ceder parcial o totalmente la ejecución del presente contrato a un tercero salvo previa autorización expresa y escrita del ***CONTRATANTE***. **DECIMA SEGUNDA, deducciones del contrato**-el valor del presente contrato está sujeto a los descuentos por conceptos de costos directos e indirectos en la ejecución de convenio, **DECIMA TERCERA, Domicilio contractual –** Para todos los efectos legales, el domicilio contractual será la ciudad de Barrancabermeja y las notificaciones serán recibidas por las partes en las siguientes direcciones: Por ***EL CONTRATANTE*** en **CALLE 58 Nº 41-24 VERSALLES** y por ***EL CONTRATISTA*** en la **CRA 36 Nº 35-19 BARRIO LOS PINOS.**

En señal de asentamiento las partes suscriben el presente documento en dos ejemplares del mismo tenor, en la ciudad de Barrancabermeja a los cuatro (04) de Octubre de 2022, dando inicio con los servicios a partir del seis (06) de Octubre de 2022.

Luz Marina Sanchez Guerrero
LUZ MARINA SANCHEZ GUERRERO.
CONTRATANTE

Rocio del C. Diaz S.
ROCIO DEL C. DIAZ SARMIENTO.
CONTRATISTA

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 ROCIO DEL CARMEN DIAZ SARMIENTO, identificada con Cédula Ciudadanía No. 63301604 contratista de la empresa FUNDACION MANOS AMIGAS, con Nit No. 829002782. Registra como trabajador INDEPENDIENTE 723 con contrato registrado con fecha desde 04/10/2022 y fecha hasta 10/12/2022, 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): 20220102049013.

Dada en Bogotá, a los 4 días del mes de octubre de 2022

MS_4_1_3_FR15 v_01

Cordialmente

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

Colpensiones

GOBIERNO DE COLOMBIA

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **ROCIO DEL CARMEN DIAZ SARMIENTO** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **63301604,** se encuentra afiliado/a desde **15/06/1988** 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.

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 63301604
NOMBRES Y APELLIDOS	Diaz Sarmiento,Rocio Del Carmen
TIPO DE AFILIADO	Titular
TIPO DE TRABAJADOR	Independiente Con Contrato De
FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN	01/02/2020
ESTADO DE AFILIACIÓN	Vigente
ESTADO DE SERVICIO	Habilitado
REGIMEN	Contributivo

La presente se expide a nombre de Diaz Sarmiento,Rocio Del Carmen, a los 04 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 Sarmiento

Banny Yeritza Sarmiento Vanegas
Coordinador Gestión de la Afiliación

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES INDEPENDIENTES

Entre los suscritos a saber ***LUZ MARINA SANCHEZ GUERREEO,*** mayor de edad, identificada con la cédula de ciudadanía N° 49.658.754 de Santa Marta, domiciliada y residente en Barrancabermeja, actuando en nombre y representación de ***FUNDACION MANOS AMIGAS*** con NIT 829.002.782 – 8 y quien adelante se denominará el ***CONTRATANTE***, y, ***SAUL ALEXANDER DELGADO VEGA***, mayor de edad, identificada con la cédula de ciudadanía N° 1.096.204.963 de Barrancabermeja (Santander) , domiciliada y residente en Barrancabermeja, en calidad de ***TECNOLOGO EN ELECTRICIDAD INDUSTRIAL,*** y quien para los efectos del presente documento se denominará el ***CONTRATISTA***, acuerdan celebrar el presente contrato de ***PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES,*** el cual se regirá por las normas que regulan la materia y especialmente por las siguientes cláusulas: **PRIMERA, Objeto – *EL CONTRATISTA*** en su calidad de ***TECNICO EN MANTENIMIENTO,*** se obliga para con ***EL CONTRATANTE*** a ejecutar los trabajos y demás actividades propias del servicio contratado el cual debe realizar de conformidad con las condiciones y cláusulas adicionales del presente documento. **SEGUNDA, Plazo –** El plazo para la ejecución del presente contrato será de ***SESENTA Y TRES (63) DIAS,*** contado desde la firma de éste documento 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 y Forma de Pago** - el valor de este contrato por honorarios es de **TRES MILLONES SETECIENTOS DIECISIETE MIL PESOS MONEDA CORRIENTE ($3.717.000) el** cual será cancelado durante la ejecución del contrato y finalización con previa presentación de la cuenta de cobro que ***EL CONTRATISTA*** hará al ***CONTRATANTE*** con ***5 días de anticipación*** a la fecha de vencimiento de cada pago. **CUARTA, Obligaciones del Contratante – *EL CONTRATANTE*** se obligará a facilitar el acceso a la información que sea necesaria, de manera oportuna, para la debida ejecución del objeto del contrato y, estará obligado a cumplir con lo estipulado en las demás cláusulas y condiciones previstas en este documento. **QUINTA, Obligaciones del Contratista – *EL CONTRATISTA*** se obliga a cumplir en forma eficiente y oportuna los trabajos encomendados y aquellas obligaciones que se generen de acuerdo con la naturaleza del servicio y en general con las cláusulas de éste contrato. **SEXTA, Vigilancia del contrato – *EL CONTRATANTE*** o su representante supervisará 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 éste las modificaciones o correcciones a que hubiere lugar. **SEPTIMA, Cláusula penal –** En caso de incumplimiento por alguna de las partes de cualquiera de las obligaciones previstas en éste contrato dará derecho al ***CONTRATANTE o CONTRATISTA*** según el caso, a pagar la suma de **Dos millones de pesos moneda corriente, ($2.000.000), Forma de terminación –** El presente contrato podrá darse por terminado por mutuo acuerdo entre las partes, o en forma unilateral por el incumplimiento de alguna de las obligaciones derivadas del contrato, por cualquiera de ellas. **NOVENA, Independencia del contrato – *EL CONTRATISTA*** actuará por su propia cuenta, con absoluta autonomía y no estará sometido a subordinación laboral con ***EL CONTRATANTE*** y sus derechos se limitarán, de acuerdo con la naturaleza del contrato, a exigir el cumplimiento de las obligaciones del ***CONTRATANTE*** y al pago de los honorarios estipulados por la prestación del servicio. **DECIMA, Exclusión de la relación laboral –** Queda claramente que no existirá relación laboral alguna entre ***EL CONTRATANTE Y EL CONTRATISTA*** o el personal que éste utilice en la ejecución del objeto del presente contrato. **DECIMA PRIMERA, Cesión del contrato –** Queda prohibido al ***CONTRATISTA*** ceder parcial o totalmente la ejecución del presente contrato a un tercero salvo previa autorización expresa y escrita del ***CONTRATANTE***. **DECIMA SEGUNDA, deducciones del contrato-**el valor del presente contrato está sujeto a los descuentos por conceptos de costos directos e indirectos en la ejecución de convenio, **DECIMA TERCERA, Domicilio contractual –** Para todos los efectos legales, el domicilio contractual será la ciudad de Barrancabermeja y las notificaciones serán recibidas por las partes en las siguientes direcciones: Por ***EL CONTRATANTE*** en **Diagonal 56T Nº 50-03 Danubio** y por ***EL CONTRATISTA*** en la Calle 35 N° 37-61 Barrio Los Pinos.

En señal de asentamiento las partes suscriben el presente documento en dos ejemplares del mismo tenor, en la ciudad de Barrancabermeja a los tres (03) de Octubre de 2022, dando inicio con los servicios a partir del seis (06) de Octubre de 2022.

Luz marina sanchez guerrero
LUZ MARINA SANCHEZ GUERRERO.
CONTRATANTE

Saul Delgado V.
SAUL DELGADO VEGA.
CONTRATISTA

equidad
riesgos laborales

LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES DE LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA O.C.

CERTIFICA

Que el(la) señor(a) SAUL ALEXANDER DELGADO VEGA identificado(a) con CC número 1096204963 está afiliado(a) a nuestra ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES, como Trabajador Independiente de la empresa FUNDACION MANOS AMIGAS indentificada con NI 829002782, a partir del 4 de octubre de 2022 hasta el 9 de diciembre de 2022, mediante contrato de Prestación de Servicios.

La anterior certificación se expide a través de nuestro sitio web https://www.laequidadarl.coop el día lunes 3 de octubre de 2022, a solicitud del interesado.

La información de la presente certificación debe ser confirmada telefónicamente en nuestra línea de atención en Bogotá al número 5922929 Ext. 1232 ó 317 4022427, citando el consecutivo 00007283790001057150.

Cordialmente,

LA EQUIDAD SEGUROS O.C. – Riesgos Laborales

porvenir
sólo hay uno

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

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

CERTIFICA QUE:

SAUL ALEXANDER DELGADO VEGA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.096.204.963,** se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir.**

La presente certificación se expide el 3 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.

nueva eps

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) SAUL ALEXANDER DELGADO VEGA identificado(a) con CC 1096204963 se encuentra afiliado a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de	01/08/2019
Estado de la Afiliación:	ACTIVO
IPS:	FORPRESALUD I.P.S. S.A.S-BARRANCABERMEJA
Categoría:	A

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para QUIEN INTERESE, a los 3 días del mes de octubre del año 2022.

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

ESTA CERTIFICACIÓN NO APLICA PARA SERVICIOS MÉDICOS.
NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

Gerencia de Afiliaciones
Nueva EPS S.A

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES INDEPENDIENTES

Entre los suscritos a saber ***LUZ MARINA SANCHEZ GUERRERO,*** mayor de edad, identificada con la cédula de ciudadanía Nº 49.658.754 de Aguachica, domiciliada y residente en Barrancabermeja, actuando en nombre y representación de ***FUNDACION MANOS AMIGAS*** con NIT 829.002.782 – 8 y quien adelante se denominará el ***CONTRATANTE***, y, ***YUDIS MARGOTH BUELVAS CALDERIN***, mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía Nº 45.579.637 del Carmen de Bolívar domiciliada y residente en Barrancabermeja actuando en calidad de ***CAPACITADORA EN MANUALIDADES*** y quien para los efectos del presente documento se denominará el ***CONTRATISTA***, acuerdan celebrar el presente contrato de ***PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES,*** el cual se regirá por las normas que regulan la materia y especialmente por las siguientes cláusulas: **PRIMERA, Objeto – *EL CONTRATISTA*** en su calidad de ***CAPACITADORA EN MANUALIDADES***, se obliga para con ***EL CONTRATANTE*** a ejecutar los trabajos y demás actividades propias del servicio contratado el cual debe realizar de conformidad con las condiciones y cláusulas adicionales del presente documento. **SEGUNDA, Plazo –** El plazo para la ejecución del presente contrato será de ***SESENTA Y TRES DIAS (63) DIAS,*** contado desde la firma de éste documento 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 y Forma de Pago -** el valor de este contrato por honorarios es de **CUATRO MILLONES DOSCIENTOS NOVENTA Y SEIS MIL SEISCIENTOS PESOS MONEDA CORRIENTE ($4.296.600)** el cual será cancelado previa la presentación de la cuenta de cobro que ***EL CONTRATISTA*** hará al ***CONTRATANTE*** con ***5 días de anticipación*** a la fecha de vencimiento de cada pago. **CUARTA, Obligaciones del Contratante – *EL CONTRATANTE*** se obligará a facilitar el acceso a la información que sea necesaria, de manera oportuna, para la debida ejecución del objeto del contrato y, estará obligado a cumplir con lo estipulado en las demás cláusulas y condiciones previstas en este documento. **QUINTA, Obligaciones del Contratista – *EL CONTRATISTA*** se obliga a cumplir en forma eficiente y oportuna los trabajos encomendados y aquellas obligaciones que se generen de acuerdo con la naturaleza del servicio y en general con las cláusulas de éste contrato. **SEXTA, Vigilancia del contrato – *EL CONTRATANTE*** o su representante supervisará 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 éste las modificaciones o correcciones a que hubiere lugar. **SEPTIMA, Cláusula penal –** En caso de incumplimiento por alguna de las partes de cualquiera de las obligaciones previstas en éste contrato dará derecho al ***CONTRATANTE*** o ***CONTRATISTA*** según el caso, a pagar la suma de **Un millón de Pesos Moneda Corriente, ($1.000.000), Forma de terminación –** El presente contrato podrá darse por terminado por mutuo acuerdo entre las partes, o en forma unilateral por el incumplimiento de alguna de las obligaciones derivadas del contrato, por cualquiera de ellas. **NOVENA, Independencia del contrato –** ***EL CONTRATISTA*** actuará por su propia cuenta, con absoluta autonomía y no estará sometido a subordinación laboral con ***EL CONTRATANTE*** y sus derechos se limitarán, de acuerdo con la naturaleza del contrato, a exigir el cumplimiento de las obligaciones del ***CONTRATANTE*** y al pago de los honorarios estipulados por la prestación del servicio. **DECIMA, Exclusión de la relación laboral –** Queda claramente que no existirá relación laboral alguna entre ***EL CONTRATANTE Y EL CONTRATISTA*** o el personal que éste utilice en la ejecución del objeto del presente contrato. **DECIMA PRIMERA, Cesión del contrato –** Queda prohibido al ***CONTRATISTA*** ceder parcial o totalmente la ejecución del presente contrato a un tercero salvo previa autorización expresa y escrita del ***CONTRATANTE***. **DECIMA SEGUNDA, deducciones del contrato-el** valor del presente contrato está sujeto a los descuentos por conceptos de costos directos e indirectos en la ejecución de convenio, **DECIMA TERCERA, Domicilio contractual –** Para todos los efectos legales, el domicilio contractual será la ciudad de Barrancabermeja y las notificaciones serán recibidas por las partes en las siguientes direcciones: Por ***EL CONTRATANTE*** en **CALLE 58 N° 41-24 VERSALLES** y por ***EL CONTRATISTA*** en la **CRA 43 51 B-34 BARRANCABERMEJA.**

En señal de asentamiento las partes suscriben el presente documento en dos ejemplares del mismo tenor, en la ciudad de Barrancabermeja a los tres (03) de Octubre de 2022, dando inicio con los servicios a partir del seis (06) de Octubre de 2022.

Luz marina Sanchez Guerrero

LUZ MARINA SANCHEZ GUERRERO.
CONTRATANTE

Yudis Buelvas C.

YUDIS BUELVAS CALDERIN
CONTRATISTA

LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
DE LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA O.C.

CERTIFICA

Que el(la) señor(a) YUDIS MARGOTH BUELVAS CALDERON identificado(a) con CC número 45579637 está afiliado(a) a nuestra ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES, como Trabajador Independiente de la empresa FUNDACION MANOS AMIGAS indentificada con NI 829002782, a partir del 4 de octubre de 2022 hasta el 9 de diciembre de 2022, mediante contrato de Prestación de Servicios.

La anterior certificación se expide a través de nuestro sitio web https://www.laequidadarl.coop el día lunes 3 de octubre de 2022, a solicitud del interesado.

La información de la presente certificación debe ser confirmada telefónicamente en nuestra línea de atención en Bogotá al número 5922929 Ext. 1232 ó 317 4022427, citando el consecutivo 00007283920001057163.

Cordialmente,

LA EQUIDAD SEGUROS O.C. – Riesgos Laborales

porvenir
sólo hay uno

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

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

CERTIFICA QUE:

YUDIS MARGOTH BUELVAS CALDERIN, identificado(a) con cédula de ciudadanía **45.579.637**, 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 fundamental que revise periódicamente su Historia Laboral, el capital ahorrado y las semanas que tiene registradas, si presenta inconsistencias, ingrese a www.porvenir.com.co *y actualice su Historia Laboral.*

Sociedad Administradora de Fondos de Pensiones y Cesantías Porvenir S.A.
Filial de Grupo AVAL

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Famisanar

NIT 830 003 564-7

9009254796

9009254796

24886090

04 10 2022

X X X

3

A. AFILIACIÓN B. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (Por cotizante o cónyuge de famiglia)

1. Apellidos y nombres: BUELVAS CALDERIN YUDIS MARGOTH

2. Tipo de documento de identidad: CC

3. Número de documento de identidad: 45579637

4. Sexo: X

5. Fecha de nacimiento: 08 02 1970

C. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Grupo étnico: 12. Discapacidad: 13. Autoreconocimiento: 20

14. Pertenece a alguna comunidad indígena: NINGUNA

15. Administradora de pensiones:

16. Ingreso mensual en pesos (IBC): $1.000.000

17. Nacionalidad:

D. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS BENEFICIARIOS DEL NÚCLEO FAMILIAR (Para hijos mayores de edad que no sean estudiantes o cónyuge o compañero(a) permanente, diligenciar)

1. Apellidos y nombres

2. Tipo de documento de identidad

3. Número de documento de identidad

4. Sexo

5. Fecha de nacimiento

Datos complementarios

24. Apellidos y nombres

25. Tipo de documento de identidad

26. Número de documento de identidad

27. Sexo

28. Fecha de nacimiento

29. Ocupación

30. Parentesco

31. Dirección de residencia

32. Teléfono de residencia

33. Ciudad de residencia

34. Número de hijos menores de edad a cargo del cotizante

E. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES O DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE AFILIACIÓN COLECTIVA (Nombre o razón social)

BUELVAS CALDERIN YUDIS MARGOTH

2. Tipo de documento de identificación: CC

3. Número de identificación: 45579637

4. Dirección de residencia para notificación: CALLE 58 41 24

5. Teléfono: 6218166

6. Municipio de residencia: BARRANCABERMEJASANTANDER

F. TRASLADO DE ADMINISTRADORA

X

G. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

1. Código de la administradora:

2. Número de identificación del empleador:

3. Fecha de ingreso:

04 10 2022

4. IBC empleador:

5. Motivo de la novedad:

6. Caja de Compensación Familiar / Pagador de pensiones:

H. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

I. ANEXOS

J. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

1. Identificación de la entidad Territorial:

2. Datos del SISBEN:

3. Fecha de radicación:

4. Fecha de validación:

5. Datos de funcionario que realiza la validación:

Tipo de identificación:

Número de identificación:

CARGO: INDEPENDIENTE