CONTRATO PARA PRESTACIÓN DE SERVICIOS No. 007-22

CONTRATANTE:	ASOCIACION CENTRO VIDA VIVIR MEJOR
NIT:	829.004.002-0
CONTRATISTA:	**EDGARDO SILVA AGUILAR**
IDENTIFICACIÓN:	C.C No 13.850.358 de Barrancabermeja
OBJETO:	PRESTAR SERVICIOS **DE CAPACITACION Y PROMOCION DE TRABAJO ASOCIATIVO E INICIATIVAS PRODUCTIVAS A LOS 100 ADULTOS MAYORES PERTENECIENTES A LA ASOCIACION CENTRO VIDA VIVIR MEJOR Y SUMINISTRO DE MATERIALES QUE SE REQUIERA PARA EL CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO EN EL MARCO DEL DESARROLLO DEL CONVENIO No 5468-22** SUSCRITO ENTRE LA ALCALDIA DISTRITAL Y LA ASOCIACION CENTRO VIDA VIVIR MEJOR.
VALOR:	TRES MILLONES SEISCIENTOS TREINTA Y CINCO MIL CIEN PESOS MCTE ($ 3.635.100)
PLAZO.	SESENTA Y TRES DIAS PROGRAMADOS
REGIMEN TRIBUTARIO:	NO RESPONSABLES DE IVA

Entre los suscritos **ASOCIACION CENTRO VIDA VIVIR MEJOR** con Nit 829.004.002-0, Representado Legalmente por el Señor **JHON ALEXANDER PADILLA MORALES**, mayor de edad, y vecino de esta Ciudad, identificado con cédula de ciudadanía No **13.851.119** expedida en Barrancabermeja y quien en adelante se denominará EL CONTRATANTE y designado supervisor del presente contrato, por una parte y, por la otra **EDGARDO SILVA AGUILAR**, mayor de edad, identificado (a) con la cédula de ciudadanía No. 13.850.358 expedida en Barrancabermeja domiciliado (a) en Barrancabermeja, actuando en nombre propio y quien para los efectos del presente documento se denominará EL CONTRATISTA, acuerdan celebrar el presente contrato de prestación de servicios, el cual se regirá por las siguientes cláusulas y en general por las disposiciones del Código Civil y Código de Comercio aplicables a la materia de qué trata este contrato: **CLAÚSULA PRIMERA. – Objeto.** EL CONTRATISTA, de manera independiente, sin subordinación o dependencia, utilizando sus propios medios, elementos de trabajo, personal a su cargo, se obliga para con EL CONTRATANTE PRESTAR SERVICIOS **DE CAPACITACION Y PROMOCION DE TRABAJO ASOCIATIVO E INICIATIVAS PRODUCTIVAS A LOS 100 ADULTOS MAYORES PERTENECIENTES A LA ASOCIACION CENTRO VIDA VIVIR MEJOR Y SUMINISTRO DE MATERIALES QUE SE REQUIERA PARA EL CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO EN EL MARCO DEL DESARROLLO DEL CONVENIO No 5468-22** SUSCRITO ENTRE LA ALCALDIA DISTRITAL Y LA ASOCIACION CENTRO VIDA VIVIR MEJOR. y 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. **CLAÚSULA SEGUNDA. – Plazo.** El plazo para la ejecución del presente Contrato será de sesenta y tres (63) DIAS, 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, siempre y cuando se prorrogue o inicie un nuevo convenio con el distrito de Barrancabermeja. **CLAUSULA TERCERA. - Honorarios.** – EL CONTRATANTE pagará al CONTRATISTA el valor de TRES MILLONES SEISCIENTOS TREINTA Y CINCO MIL CIEN PESOS MCTE ($ 3.635.100). **CLAUSULA CUARTA. - Forma de pago.** El valor pactado en la cláusula anterior será cancelado en pagos parciales hasta completar el valor del contrato una vez presentado informe mensual de actividades, aprobado por el supervisor del presente contrato y previa presentación de la cuenta de cobro y pago de la seguridad social (salud, pensión y ARP) ante el CONTRATANTE, que asegure que los bienes y servicio fueron recibidos a entera satisfacción. **CLAUSULA QUINTA. Prorroga.** Si vencido el plazo

establecido para la ejecución del contrato de prestación de servicios el CONTRATANTE decide ampliar el plazo de vencimiento, se suscribirá minuta suscrita por las partes, que hará parte integral de este contrato. **CLAÚSULA SEXTA. Nuevo servicio**. Si finalizado el objeto del servicio contratado, el CONTRATANTE necesita un nuevo servicio del CONTRATISTA, se deberá hacer un nuevo Contrato de Prestación de Servicios y no se entenderá como prorroga por desaparecer las causas contractuales que dieron origen a este contrato. **Obligaciones Específicas del Contratista**. Para el cumplimiento del Objeto convenido en las cláusulas anteriores, el contratista deberá realizar, cuando menos, las siguientes actividades: Brindar capacitación en Asociatividad, Liderazgo, Emprendimiento, autogestión, trabajo en equipo. b. Desarrollar Talleres prácticos que permitan entre los participantes identificar las diferentes áreas potenciales Y Desarrolla las iniciativas productivas. **CLAUSULA OCTAVA. Son obligaciones Generales del Contratista**. a. Cumplir con el objeto de la presente orden con plena autonomía técnica y bajo su propia responsabilidad. Por lo tanto, no existe ni existirá ningún tipo de subordinación de tipo laboral alguno entre el Contratista y La Asociación. b. Cumplir con las actividades descritas en las obligaciones específicas del contrato, conforme a los lineamientos propios e inherentes a la ciencia que desarrolla. c. Responder por los elementos, bienes e información que se pongan a su disposición para la ejecución del objeto del presente contrato, propendiendo, en todo caso por su conservación y uso adecuado; No obstante, el contratista deberá contar con su propio material y herramientas de trabajo y prestará sus servicios de manera independiente y autónoma. d. Cumplir con el objeto del contrato en defensa de los intereses jurídicos, económicos o de cualquier otra naturaleza del CONTRATANTE y aportar sus capacidades, conocimientos y aptitudes, oportunidad y confidencialidad, e. Presentar un informe mensual de actividades ejecutadas, conforme al objeto del contrato a celebrar. f. Acreditar afiliación y pago a salud, pensión, ARP según lo establecido en el artículo 50 de la ley 789 de 2002, 797 de 2003, Decreto 510 de 2003, ley 1150 de 2007, ley 1393 de 2010. g. Obrar con seriedad y diligencia en el servicio contratado, h. Permitir que el CONTRATANTE o un delegado haga visitas a las instalaciones del CONTRATISTA o el sitio que esté desarrollando la labor contratada. **CLAÚSULA NOVENA**. Obligaciones del CONTRATANTE. Son obligaciones del CONTRATANTE: 1. Cancelar los honorarios fijados al CONTRATISTA, según la forma que se pactó dentro del término debido. 2. Entregar toda la información que solicite el CONTRATISTA para poder desarrollar con normalidad su labor independiente. **CLAÚSULA DECIMA**. Ausencia de Relación Laboral: El presente Contrato no genera relación laboral alguna entre el contratante y el contratista y en consecuencia tampoco el pago de prestaciones sociales, salarios e indemnizaciones **CLAUSULA ONCEAVA**. Terminación anticipada o anormal. – Incumplir las obligaciones propias de cada una de las partes, dará lugar a la otra para terminar unilateralmente el Contrato de Prestación de Servicio. **CLAUSULA DOCEAVA**. Domicilio contractual. Las partes acuerdan como domicilio contractual el municipio de Barrancabermeja (Santander).

En todo caso, este contrato presta mérito ejecutivo por ser una obligación clara, expresa y exigible para las partes, Este Contrato de Prestación de Servicios Profesionales se firma en dos ejemplares para las partes en Barrancabermeja

El presente contrato se suscribe el 09 de octubre de 2022, se firma por las partes que han intervenido, en la ciudad de Barrancabermeja y el inicio estará sujeto al acta de Inicio del convenio

EL CONTRATANTE,

JHON ALEXANDER PADILLA M.
C.C 13.851.119 de Barrancabermeja
Representante Legal

EL CONTRATISTA,

EDGARDO SILVA AGUILAR
C.C. 13.850.358 de Barrancabermeja

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

"Código Únicamente para dependientes y afiliaciones al Régimen Subsidiado"

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva eps
gente cuidando gente
NIT 900.156.264-2

FORMULARIO VÍA WEB

I. DATOS DEL TRÁMITE — Los atenderemos tras instrucciones antes de diligenciar este formulario

1. TIPO DE TRÁMITE: A. AFILIACIÓN [ ] B. REPORTE DE NOVEDADES [X]
2. TIPO DE AFILIACIÓN: A. Individual [ ] B) Cotizante o Cabeza de Familia [X] b) Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectivo [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]
3. RÉGIMEN: C. Contributivo [X] S. Subsidiado [ ]
4. TIPO DE AFILIADO: CO Cotizante [X] CF Cabeza de Familia [ ] BE Beneficiario [ ]
5. TIPO DE COTIZANTE: A. Dependiente [ ] B. Independiente [X] C. Pensionado [ ]
CÓDIGO
FECHA DE LA SOLICITUD: D / M / A

II. AFILIACIÓN

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

8. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS
PRIMER APELLIDO: SILVA — SEGUNDO APELLIDO: AGUILAR — PRIMER NOMBRE: EDGARDO — SEGUNDO NOMBRE:
7. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: CC — 8. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 13,850,358 — 9. SEXO: M — 10. FECHA NACIMIENTO: 29 / 10 / 1979

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

11. ORIGEN: Código — 12. DISCAPACIDAD: Tipo — Condición — 13. PUNTAJE Y NIVEL DEL SISBEN — 14. GRUPO DE POBLACIÓN ESPECIAL — 15. ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES: POSITIVA
16. ADMINISTRADORA DE PENSIONES: COLPENSIONES — 17. INGRESO MENSUAL COTIZANTE: $ 1,000,000 — 18. DIRECCIÓN DE RESIDENCIA: KR 11 53B 03 — ZONA: U. [X] R. [ ] — LOCALIDAD/COMUNA: PUEBLO NUEVO
CIUDAD Y MUNICIPIO: BUCARAMANGA — DEPARTAMENTO: SANTANDER — TELÉFONO FIJO: — TELÉFONO CELULAR: 3162763220 — CORREO ELECTRÓNICO: — CÓDIGO IPS:

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

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

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

	25. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS DE LOS BENEFICIARIOS	26. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	27. NÚMERO DE LA IDENTIDAD	28. FECHA DE NACIMIENTO	29. PARENTESCO	30. SEXO	31. ESTUDIANTES: Tipo	31. ESTUDIANTES: Escolaridad
1						M [ ] F [ ]		
2						M [ ] F [ ]		
3						M [ ] F [ ]		
4						M [ ] F [ ]		

	32. PAÍS DE RESIDENCIA: Ciudad y Municipio	Departamento	Zona	33. VALOR UPC ADICIONAL AFILIADOS ADICIONALES	34. Número de la incapacidad permanente de cónyuge o compañero (a)	NIVEL DE SISBEN	GRUPO POBLACIONAL
1			U. [ ] R. [ ]			I [ ] II [ ]	
2			U. [ ] R. [ ]			I [ ] II [ ]	
3			U. [ ] R. [ ]			I [ ] II [ ]	
4			U. [ ] R. [ ]			I [ ] II [ ]	

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

35. Nombre o Razón Social — 36. Tipo documento de identidad — 37. Número documento de identidad — DV — 38. Tipo de aportante o pagador de pensiones
39. UBICACIÓN O DIRECCIÓN
FECHA INICIO DE RELACIÓN LABORAL: 1 / 10 / 2022 — CARGO: INSTRUCTOR — SALARIO: $ 1,000,000

VI. REPORTE DE NOVEDADES

40. TIPO DE NOVEDAD
1. MODIFICACIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN [ ]
2. CORRECCIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN [ ]
3. ACTUALIZACIÓN DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD [ ]
4. ACTUALIZACIÓN Y/O CORRECCIÓN DE DATOS COMPLEMENTARIOS [ ]
5. TERMINACIÓN DE LA VINCULACIÓN EN LA EPS Código [ ]
6. EXCLUSIÓN EN LA EPS [ ]
7. INCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES [ ]
8. EXCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES [ ]
9. CAMBIO DE RELACIÓN LABORAL O RECUPERACIÓN DE CAPACIDAD PARA TRABAJAR [ ]
10. TERMINACIÓN DE LA RELACIÓN LABORAL O PÉRDIDA DE LAS CONDICIONES PARA SEGUIR COTIZANDO [ ]
11. VINCULACIÓN A UNA ENTIDAD ADMINISTRADORA PARA AFILIARSE A LAS MODALIDADES COLECTIVAS [ ]
12. DESVINCULACIÓN A UNA ENTIDAD ADMINISTRADORA PARA AFILIARSE A LAS MODALIDADES COLECTIVAS [ ]
13. MORA [ ]
14. AL VENCIMIENTO [ ]
15. AL VENCIMIENTO [ ]
16. TRASLADO [ ]
A) DESDE RÉGIMEN [ ]
B) HACIA EL RÉGIMEN [ ]
17. REPORTE DE FALLECIDOS [ ]
18. DURANTE EL TRÁMITE DE PROTECCIÓN AL CESANTE [ ]
19. REPORTE DE LA CALIDAD DE PENSIONADO [ ]
20. REPORTE DE LA CALIDAD DE PENSIONADO [ ]

VII. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN
PRIMER APELLIDO — SEGUNDO APELLIDO — PRIMER NOMBRE — SEGUNDO NOMBRE
TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD — NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD — SEXO — FECHA NACIMIENTO
42. FECHA (a partir de) — 43. EPS ANTERIOR Código — 44. MOTIVO DE TRASLADO Código — 45. CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR O PAGADOR DE PENSIONES

VIII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

Declaración Juramentada de convivencia. Declaro bajo gravedad de juramento que convivo con (la) Señor(a) _____ identificado(a) con _____ No. _____
desde el día _____ del mes _____ del año _____
46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales: Declaro bajo la gravedad de juramento que el (los) beneficiario(s) y afiliado(s) adicional(es) dependen económicamente de mí.
47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción
48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acrediten la condición de pensionados, ante la Supersalud o la Entidad
49. Confirmación de no encontrarse afiliado, cabeza de familia, beneficiario o afiliado adicional en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
50. Autorizo expresamente que la EPS consulte y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
51. Autorizo de manera expresa para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación y del registro de novedades a las bases de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que por ley tengan la facultad.
52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios y afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.
53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensaje de texto

VIII. FIRMAS

EDGARDO SILVA
54. Firma del cotizante, cabeza de familia o beneficiario

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

IX. ANEXOS

56. Copia ampliada del documento de identidad: CE [ ] RC [ ] TI [ ] CC [ ] PA [ ] CE (Ext.) [ ] NUIP [ ]
Cantidad: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] Total: [ ]
57. Copia del registro civil de matrimonio, o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
58. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la nulidad de un matrimonio civil o religioso o acta de cesación de efectos civiles de matrimonio religioso o de la unión marital.
59. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor
60. Copia de la patria potestad o de la tutela otorgada por el juez de familia
61. Copia del documento de identidad de los padres o de quien ejerza la patria potestad o la tutela
62. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud
63. Copia del documento de identidad del cónyuge o compañero (a) permanente
64. Otros documentos relacionados o requeridos de las entidades competentes en los que se dio la calidad de pensionado, por ejemplo la Resolución de retiro

nueva eps
Radicado No. D.PEÑALOZA
Fecha 11/10/2022 C1361

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

Colpensiones

GOBIERNO DE COLOMBIA

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **EDGARDO SILVA AGUILAR** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **13850358,** se encuentra afiliado/a desde **01/06/2010** 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 11 de octubre de 2022.

Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

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

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

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 EDGARDO SILVA AGUILAR, con Cédula Ciudadanía No. 13850358 contratista de la empresa ASOCIACION CENTRO DE VIDA VIVIR MEJOR, con Nit No. 829004002, tiene un registro como Independiente desde el 11/10/2022 y fecha fin de contrato 24/12/2022 con riesgo 1 y a la fecha se encuentra AFILIADO.

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

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web: www.positivaenlinea.gov.co y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202201020175023.

Dada en Bogotá, a los 11 días del mes de octubre de 2022

MS_4_1_3_FR15 v_04

Cordialmente

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

CONTRATO PARA PRESTACIÓN DE SERVICIOS No. 009-22

CONTRATANTE:	**ASOCIACION CENTRO VIDA VIVIR MEJOR**
NIT:	829.004.002-0
CONTRATISTA:	**EMANUELA LEAL JIMÉNEZ**
IDENTIFICACIÓN:	C.C No 1.096.238.800 DE BARRANCABERMEJA
OBJETO:	**PRESTAR SERVICIOS COMO DIRECTOR TECNICO RESPONSABLE DEL CUMPLIMIENTO DE LOS SERVICIOS OFRECIDOS A LOS ADULTOS MAYORES PERTENECIENTES A LA ASOCIACION CENTRO VIDA SAN MARTIN Y SUMINISTRO DE MATERIALES QUE SE REQUIERA PARA EL CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO EN EL MARCO DEL DESARROLLO DEL CONVENIO Nº 5468-22 SUSCRITO ENTRE LA ALCALDIA DISTRITAL Y LA ASOCIACION CENTRO VIDA VIVIR MEJOR.**
VALOR:	**SEIS MILLONES SEISCIENTOS CINCUENTA Y DOS MIL OCHOCIENTOS PESOS M/CTE ($ 6.652.800)**
PLAZO:	SESENTA Y TRES DIAS PROGRAMADOS
REGIMEN TRIBUTARIO:	NO RESPONSABLE DE IVA

Entre los suscritos **ASOCIACION CENTRO VIDA VIVIR MEJOR** con Nit 829.004.002-0, Representado Legalmente por el Señor **JHON ALEXANDER PADILLA MORALES**, mayor de edad, y vecino de esta Ciudad, identificado con cédula de ciudadanía No **13.851.119** expedida en Barrancabermeja y quien en adelante se denominará EL CONTRATANTE y designado supervisor del presente contrato, por una parte y, por la **EMANUELA LEAL JIMÉNEZ**, mayor de edad, identificado (a) con la cédula de ciudadanía No 1.096.238.800 expedida en Barrancabermeja, domiciliado (a) en Barrancabermeja, actuando en nombre propio y quien para los efectos del presente documento se denominará EL CONTRATISTA, acuerdan celebrar el presente contrato de prestación de servicios, el cual se regirá por las siguientes cláusulas y en general por las disposiciones del Código Civil y Código de Comercio aplicables a la materia de qué trata este contrato: **CLAÚSULA PRIMERA. – Objeto.** EL CONTRATISTA, de manera independiente, sin subordinación o dependencia, utilizando sus propios medios, elementos de trabajo, personal a su cargo, se obliga para con EL CONTRATANTE **PRESTAR SERVICIOS COMO DIRECTOR TECNICO RESPONSABLE DEL CUMPLIMIENTO DE LOS SERVICIOS OFRECIDOS A LOS ADULTOS MAYORES PERTENECIENTES A LA ASOCIACION CENTRO VIDA SAN MARTIN Y SUMINISTRO DE MATERIALES QUE SE REQUIERA PARA EL CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO EN EL MARCO DEL DESARROLLO DEL CONVENIO Nº 5468-22 SUSCRITO ENTRE LA ALCALDIA DISTRITAL Y LA ASOCIACION CENTRO VIDA VIVIR MEJOR** y 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 durante el término de sesenta y tres días programados, 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, siempre y cuando se prorrogue o inicie un nuevo convenio con el Distrito de Barrancabermeja. **CLAUSULA TERCERA. - Honorarios. –** EL CONTRATANTE pagará al CONTRATISTA el valor de SEIS MILLONES SEISCIENTOS CINCUENTA Y DOS MIL OCHOCIENTOS PESOS M/CTE ($ 6.652.800) **CLAUSULA CUARTA. - Forma de pago** El valor pactado en la cláusula anterior será cancelado en pagos parciales hasta completar el valor del contrato una vez presentado informe mensual de actividades, aprobado por el supervisor del presente contrato y previa presentación de la cuenta de cobro y pago de la seguridad social (salud, pensión y ARP) ante el CONTRATANTE, que asegure que los bienes y

servicio fueron recibidos a entera satisfacción. **CLAÚSULA QUINTA. Prorroga**. Si vencido el plazo establecido para la ejecución del contrato de prestación de servicios el CONTRATANTE decide ampliar el plazo de vencimiento, se suscribirá minuta suscrita por las partes, que hará parte integral de este contrato. **CLAÚSULA SEXTA. Nuevo servicio.** Si finalizado el objeto del servicio contratado, el CONTRATANTE necesita un nuevo servicio del CONTRATISTA, se deberá hacer un nuevo Contrato de Prestación de Servicios y no se entenderá como prorroga por desaparecer las causas contractuales que dieron origen a este contrato. **CLAÚSULA SÉPTIMA. Obligaciones Específicas del Contratista.** Para el cumplimiento del Objeto convenido en las cláusulas anteriores, el contratista deberá realizar, cuando menos, las siguientes actividades: a. Vigilar y garantizar el cumplimiento de los servicios ofrecidos por el centro vida **b.** Coordinar las actividades del personal, solicitar oportunamente los informes de cada uno de los profesionales de apoyo del Centro Vida. **CLAUSULA OCTAVA. Son obligaciones Generales** del **Contratista**. a. Cumplir con el objeto de la presente orden con plena autonomía técnica y bajo su propia responsabilidad. Por lo tanto, no existe ni existirá ningún tipo de subordinación de tipo laboral alguno entre el Contratista y La Asociación. b. Cumplir con las actividades descritas en las obligaciones específicas del contrato, conforme a los lineamientos propios e inherentes a la ciencia que desarrolla. **c.** Responder por los elementos, bienes e información que se pongan a su disposición para la ejecución del objeto del presente contrato, propendiendo, en todo caso por su conservación y uso adecuado; No obstante, el contratista deberá contar con su propio material y herramientas de trabajo y prestará sus servicios de manera independiente y autónoma. **d.** Cumplir con el objeto del contrato en defensa de los intereses jurídicos, económicos o de cualquier otra naturaleza del CONTRATANTE y aportar sus capacidades, conocimientos y aptitudes, oportunidad y confidencialidad, **e.** Presentar informe quincenal de actividades ejecutadas, conforme al objeto del contrato a celebrar. **f.** Acreditar afiliación y pago a salud, pensión, ARP según lo establecido en el artículo 50 de la ley 789 de 2002, 797 de 2003, Decreto 510 de 2003, ley 1150 de 2007, ley 1393 de 2010. **g.** Obrar con seriedad y diligencia en el servicio contratado, **h.** Permitir que el CONTRATANTE o un delegado hacer visitas a las instalaciones del CONTRATISTA o el sitio que esté desarrollando la labor contratada. **CLAÚSULA NOVENA**. Obligaciones del CONTRATANTE. Son obligaciones del CONTRATANTE: 1. Cancelar los honorarios fijados al CONTRATISTA, según la forma que se pactó dentro del término debido. **2.** Entregar toda la información que solicite el CONTRATISTA para poder desarrollar con normalidad su labor independiente. **CLAÚSULA DECIMA**. Ausencia de Relación Laboral: El presente Contrato no genera relación laboral alguna entre el contratante y el contratista y en consecuencia tampoco el pago de prestaciones sociales, salarios e indemnizaciones **CLAUSULA ONCEAVA**. Terminación anticipada o anormal. – Incumplir las obligaciones propias de cada una de las partes, dará lugar a la otra para terminar unilateralmente el Contrato de Prestación de Servicio. – **CLAUSULA DOCEAVA**. Domicilio contractual. Las partes acuerdan como domicilio contractual el municipio de Barrancabermeja (Santander). En todo caso, este contrato presta mérito ejecutivo por ser una obligación clara, expresa y exigible para las partes, Este Contrato de Prestación de Servicios Profesionales se firma en dos ejemplares para las partes en Barrancabermeja.

El presente contrato se suscribe el día dos (02) noviembre de 2021, se firma por las partes que han intervenido, en la ciudad de Barrancabermeja y el inicio estará sujeto al acta de Inicio del convenio.

EL CONTRATANTE,

JHON ALEXANDER PADILLA M.
C.C 13.851.119 de Barrancabermeja
Representante Legal

EL CONTRATISTA,

EMANUELA LEAL JIMÉNEZ
C.C No 1.096.238.800 de Barrancabermeja

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

COOSALUD EPS
Su EPS Sale tu encontrar

No. De Radicación	Fecha de Radicación

I. DATOS DEL TRAMITE (Use los espacios sombreados para diligenciar el formulario a máquina o en letra imprenta)

1. Tipo de Tramite: A. Afiliación [ ] A Solicitud de No Afiliados [X]
2. Tipo de Afiliado: A. Principal [X] B. Conyuge [ ] C. Compañero Permanente [ ] D. Padre [ ] Encargado de Cabeza de Familia [ ] Beneficiario adicional [ ]
3. Régimen: A. Contributivo [X] B. Subsidiado [ ]
4. Ocupación del afiliado: A. Cotizante [X] B. Cabeza de Familia [ ] C. Beneficiario [ ]
5. Tipo de Usuario: A. Dependiente [ ] B. Independiente [X] C. Pensionado [ ]
6. Validez: (Registro exclusivo de la EPS)

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

7. Apellidos y nombres

Primer apellido	Segundo apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
LEAL	JIMENEZ	EMANUELA	

8. Tipo de documento de identidad: CC
9. Número de documento de identidad: 1.096.238.800
10. Sexo: Femenino [X] Masculino [ ]
11. Fecha de nacimiento: 13 06 1996

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

12. Etnia:
13. Discapacidad: Tipo [ ] Carnet [ ]
14. Número SISBEN:
15. Grupo de poblacion especial:
16. Administradora de Riesgos Laborales - ARL: POSITIVA
17. Administradora de Pensiones: PROTECCION
18. Ingreso Basico de Cotizacion - IBC: $ 1,000,000
19. Residencia: Dirección: DG 56 34 22; Teléfono Fijo: 3103002031; Teléfono Celular: emanuela.l@gmail.com; Correo Electrónico:
Area: Urbana [X] Rural [ ]; Localidad/Corregimiento: BARRANCABERMEJA; Departamento: SANTANDER

IV. DATOS DE IDENTIFICACION DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

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

20. Apellidos y nombres

Primer apellido	Segundo apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

21. Tipo de documento de identidad:
22. Número del documento de identidad:
23. Sexo: Femenino [ ] Masculino [ ]
24. Fecha de nacimiento:

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

25. Apellidos y nombres

	Primer apellido	Segundo apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

	26. Tipo de documento de identidad	27. Número del documento de identidad	28. Sexo: Femenino	Masculino	29. Fecha de nacimiento
B1					
B2					
B3					
B4					
B5					

Datos complementarios

	30. Parentesco	31. Etnia	32. Discapacidad: Tipo I	N	M	Carnet	#
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

33. Datos de residencia

	Municipio/Distrito	Zona: Urbana	Rural	Departamento	Teléfono Fijo y/o Celular	34. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
B1						
B2						
B3						
B4						
B5						

35. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS

		Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C		
B		
B		
B		

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

36. Nombre o razón social	37. Tipo de documento de identificación	38. Número del documento de identificación	39. Tipo de aportante o pagador pensiones (a registrar por la EPS)

40. Ubicación

Dirección	Teléfono	Correo electrónico	Municipio/Distrito	Departamento

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	42. Fecha
[ ]		Femenino [ ] Masculino [ ]		10/10/2022

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 Regimen Contributivo, Especial o de Excepcion
- [ ] 48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- [ ] 49. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
- [ ] 50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales
- [ ] 51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genera de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente a las entidades públicas que por sus funciones 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 del Decreto 1377 de 2013
- [ ] 53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensaje de texto.

VIII. FIRMAS

EMANUELA LEAL

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario

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

IX. ANEXOS

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

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

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

70. Datos del funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

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

OBSERVACIONES:

CARGO : DIRECTORA TECNICA

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

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) *Señor(a)* **LEAL JIMENEZ EMANUELA** identificado(a) con **CC** *número* **1.096.238.800** *se encuentra* afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 13 de noviembre de 2021 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 11 de octubre de 2022.

Cordialmente,

Laura Patricia Merchan Metaute
Equipo Gestión de Operaciones.

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

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

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 EMANUELA LEAL JIMENEZ, con Cédula Ciudadanía No. 1096238800 contratista de la empresa ASOCIACION CENTRO DE VIDA VIVIR MEJOR, con Nit No. 829004002, tiene un registro como Independiente desde el 11/10/2022 y fecha fin de contrato 24/12/2022 con riesgo 1 y a la fecha se encuentra AFILIADO.

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

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web: www.positivaenlinea.gov.co y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202201020175085.

Dada en Bogotá, a los 11 días del mes de octubre de 2022

MIS_4_1_3_FR15 v_04

Cordialmente

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

ASOCIACION CENTRO VIDA VIVIR MEJOR	DOMICILIO DEL EMPLEADOR: **DIAGONAL 54 # 54-02 BARRIO EL KENNEDY.** NIT: **829.004.002-0**
FLOR EDEY ALDANA	DIRECCIÓN DEL TRABAJADOR **TRANSVERSAL 42 LOTE 16 BARRIO KENNEDY**
CEDULA TRABAJADOR **37.577.575**	CARGO **AUXILIAR DE COCINA**
NOMBRE DEL EMPLEADOR **JHON ALEXANDER PADILLA**	
SALARIO **$ 1.000.000**	
PERIÓDO DE PAGO **MENSUAL**	PLAZO **SESENTA Y TRES DIAS (63)**
LUGAR DONDE DESEMPEÑARÁ LAS LABORES **DIAGONAL 54 # 54-02 BARRIO EL KENNEDY**	CIUDAD DONDE HA SIDO CONTRATADO ELTRABAJADOR **BARRANCABEREMJA**

Entre los suscritos a saber, por una parte JHON ALEXANDER PADILLA MORALES mayor de edad, identificado tal y como aparece al pie de su correspondiente firma, obrando en nombre y representación de **ASOCIACION CENTRO VIDA VIVIR MEJOR** , constituida bajo las leyes de la República de Colombia, domiciliada en la ciudad de BARRACABERMEJA, y quien para los efectos del presente contrato se denominará **EL EMPLEADOR** y por la otra parte **FLOR EDEY ALDANA** mayor de edad, identificada con la cedula de ciudadanía Nº-37.577.575 expedida en Barrancabermeja, quien en adelante y para efectos del presente contrato se llamará **EL TRABAJADOR**, hemos celebrado el presente **CONTRATO INDIVIDUAL DE TRABAJO POR EL TIEMPO QUE DURE LA LABOR CONTRATADA,** regido por las siguientes **CLÁUSULAS: PRIMERA:** EL TRABAJADOR prestará sus servicios al EMPLEADOR por el tiempo que dure la labor contratada, específicamente realizando las labores de preparación y suministro de almuerzos, el término del presente contrato es por sesenta y tres (63) días. **SEGUNDA:** El EMPLEADOR contrata los servicios personales, del TRABAJADOR para desempeñar labor de AUXILIAR DE COCINA, adelantará las tareas similares, relacionadas o complementarias a dicho cargo, y cumplirá con todas y cada una de las obligaciones que le asigne el Empleador durante el desarrollo de la labor señalada en la cláusula primera del presente contrato, obligándose: a) A poner al servicio del empleador toda su capacidad normal de trabajo en el desempeño de las funciones propias de la labor mencionada y en las labores anexas y complementarias de la misma, de conformidad con las órdenes e instrucciones que le imparta el EMPLEADOR o sus representantes; b) Laborar la jornada ordinaria en los turnos y dentro del horario señalado en este contrato, pudiendo el empleador efectuar ajustes o cambios de horario cuando lo estime conveniente, c) A realizar personalmente las labores propias de su cargo, d) A Mantener en reserva cualquier dato obtenido o que llegue a su conocimiento por razón de su oficio. **TERCERA:** Las partes declaran que en el presente contrato se entienden incorporadas, en lo pertinente, las disposiciones legales que regulan las relaciones entre empleadores y sus trabajadores, en especial, las del contrato de trabajo para el oficio que se suscribe, fuera de las obligaciones consignadas en los reglamentos de trabajo, de higiene y seguridad industrial del EMPLEADOR. **CUARTA:** Además de las obligaciones determinadas en la Ley y en los reglamentos, EL TRABAJADOR se compromete a cumplir con las siguientes obligaciones especiales: 1) Abstenerse de llegar embriagado o de ingerir bebidas embriagantes en el sitio de trabajo. 2) Responder por la integridad y el buen orden de los elementos de trabajo que se le confíe para la realización de sus labores, salvo el deterioro natural, así como por daños que por su culpa o negligencia ocasionen a EL EMPLEADOR. 3) Abstenerse de reportar como cumplidas tareas no efectuadas.

4) Abstenerse de contestar en forma altanera, irrespetuosa o grosera a sus superiores o compañeros de trabajo. 5) Mantener en reserva cualquier dato obtenido o que llegue a su conocimiento por razón de su oficio. 6) EL TRABAJADOR autoriza a descontar el valor de la perdida ó daño que sufra el equipo a su cargo que se genere por negligencia, descuido o mal manejo en la operación de este por parte del EL TRABAJADOR. 7) A Cumplir con las Políticas de Salud Ocupacional y Seguridad establecidas por EL EMPLEADOR, así como el Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial; 8.) Ejecutar por sí mismo las funciones

asignadas y cumplir estrictamente las instrucciones que le sean dadas por EL EMPLEADOR, o por quienes la representen, respecto al desarrollo de sus actividades. 9) Avisar oportunamente y por escrito, a EL EMPLEADOR de todo cambio de dirección, teléfono o ciudad de residencia. 10) Cumplir el contrato de manera cuidadosa y diligente en el lugar, tiempo y condiciones que EL EMPLEADOR le señale y de acuerdo con los horarios que, fijados conforme a las necesidades del servicio, 11) Observar rigurosamente la disciplina interna establecida por el EMPLEADOR o por las personas autorizadas por este. 12) Cuidar permanentemente los interese del EMPLEADOR. 13) Observar completa armonía y comprensión con los clientes, con sus superiores y compañeros de trabajo en sus relaciones personales y en la ejecución de su labor. 14) Cumplir permanentemente con espíritu de lealtad, colaboración y disciplina con el EMPLEADOR. 15) cuidar su apariencia personal dentro de las reglas de cuidado y decoro, conforme a los requisitos de su cargo. 16) Cumplir con las demás disposiciones legales y reglamentarias. **PARAGRAFO PRIMERO:** El incumplimiento de una cualquiera de las obligaciones contenidas en esta cláusula, por una sola vez, será considerado como violación grave, para todos los efectos legales, en especial para el previsto en el NUM 6° Art. 7° del Decreto 2351 de 1.965. **PARÁGRAFO SEGUNDO:** En caso de incumplimiento de cualquiera de las obligaciones descritas en la presente cláusula, dará lugar a que dicho incumplimiento se constituya como justa causa para dar por terminado el contrato en los términos descritos por la ley laboral. **QUINTA:** Como contraprestación por su labor, el empleador pagará al Trabajador el salario estipulado en el cuadro inicial del presente documento, el cual deberá cancelar en la fecha y lugar indicado, quedando establecido que en dicho pago se halla incluida la remuneración correspondiente a los descansos dominicales y festivos de que tratan capítulos I y II del Título VII del Código Sustantivo del Trabajo, horas extras, recargos nocturnos y demás pagos adicionales. **PARÁGRAFO:** Las partes entienden y aceptan de manera expresa con la suscripción del presente contrato, que toda contraprestación en dinero o en especie que reciba el trabajador o llegue a recibir en el futuro, adicional a su salario ordinario, ya sea en beneficios, bonos o auxilios habituales u ocasionales, tales como alimentación, habitación, transporte o vestuario, bonificaciones ocasionales o cualquier otra que reciba, durante la vigencia del contrato de trabajo, no constituyen salario en los términos del artículo 128 del Código Sustantivo del Trabajo y demás normas concordantes. **SEXTA:** El trabajo suplementario o en horas extras, así como todo trabajo en domingo o festivo en los que deba concederse descanso, será remunerado conforme a la Ley, al igual que los respectivos recargos nocturnos. Es de advertir que dicho trabajo debe ser autorizado por el empleador o sus representantes, para efecto de su reconocimiento y pago. **SEPTIMA:** La duración del presente contrato corresponde al cien por ciento (100%) de la duración estimada para ejecutar el Convenio 5468-22 suscrito entre la alcaldía distrital y la asociación, entre las partes entienden y aceptan que lo que cuenta es la realización de la labor contratada y termina sin que el EMPLEADOR deba reconocer indemnización alguna. No obstante, lo anterior, el presente contrato podrá ser renovado por el tiempo que el EMPLEADOR estime conveniente con fines de alcanzar las metas propuestas o implementar la totalidad del trabajo. **OCTAVA.** Son justas causas para dar por terminado unilateralmente el presente contrato, por cualquiera de las partes, las expresadas en los artículos 62 y 63 del Código Sustantivo del Trabajo, en concordancia con las modificaciones introducidas por el artículo 7° del Decreto 2351 de 1965; y, además, por parte del EMPLEADOR, las faltas que para el efecto se califiquen como graves en el reglamento interno de trabajo y en la cláusula tercera del presente contrato.

NOVENA: Aunque el lugar de trabajo es el indicado en este contrato, las partes pueden acordar que el mismo se preste en sitio diferente, siempre que las condiciones laborales del TRABAJADOR no se desmejoren o se disminuya su remuneración o le cause perjuicio.

Adicionalmente, EL TRABAJADOR desde ahora acepta los cambios de oficio que decida el empleador, siempre que sus condiciones laborales se mantengan, se respeten sus derechos y no le causen perjuicios.

DECIMA: Podrán las partes convenir, expresa o tácitamente, repartir las horas de la jornada ordinaria en la forma permitida por el artículo 164 del Código Sustantivo del Trabajo, teniendo en cuenta que las secciones de descanso entre las jornadas de trabajo no se computan dentro de la misma, conforme lo prescribe el artículo 167 del mismo código. Así mismo, el EMPLEADOR y el TRABAJADOR podrán acordar que la jornada semanal del cuarenta y ocho (48) horas se realice mediante jornadas diarias flexibles de trabajo, distribuidas en un máximo de seis días a la semana con un día de descanso obligatorio, que podrá coincidir con el domingo. **DECIMA PRIMERA:** la quinta parte del tiempo estimado para la ejecución del presente contrato se entenderá como el periodo de prueba pactado entre las partes, durante este período tanto EL EMPLEADOR como EL TRABAJADOR podrán terminar el presente contrato de trabajo en cualquier momento, en forma unilateral, de conformidad con el artículo

80 del Código Sustantivo del Trabajo. **DECIMA SEGUNDA.** El EMPLEADOR podrá transferir al TRABAJADOR, a su entera discreción, a otros trabajos, servicios, departamentos o cargos, de acuerdo con su experiencia. En el evento que la transferencia tenga lugar, formará parte de este Contrato, junto con todas las demás disposiciones restantes del mismo. **DECIMA TERCERA.** El TRABAJADOR entiende y acepta que su vínculo laboral con el EMPLEADOR se basa en una relación de confianza y reserva entre las partes con respecto a cualquier Información Confidencial obtenida por el TRABAJADOR en cumplimiento de las actividades derivadas de este Contrato, incluyendo, sin limitar, conocimientos técnicos, administrativos o comerciales en relación con los clientes del EMPLEADOR con la organización interna del EMPLEADOR, cualquiera de sus filiales, subsidiarias y cualquier otra compañía que pertenezca al grupo económico del EMPLEADOR tales como; informes, listas de clientes, servicios prestados previamente, inventos, diseños, mejoras, software, planos y otra propiedad intelectual, procesos de investigación, información financiera, información contable, información legal o jurídica, fórmulas, tecnología, estrategias de mercadeo y de negocios, secretos comerciales, información de terceros y cualquier otra información conocida en desarrollo de su cargo. **PARAGRAFO:** La violación del contenido de la presente cláusula de confidencialidad será justa causa para la terminación del contrato de trabajo sin perjuicio de las sanciones judiciales establecidas bajo la ley colombiana en el ámbito civil y penal por compensación de pérdidas y daños causados al EMPLEADOR por tales violaciones. **DECIMA CUARTA.** Si el TRABAJADOR en virtud de las funciones tiene acceso a documentos, correspondencia, software, paquetes y materiales de software, bien sea en copia dura o en formato electrónico, o de forma general todos los medios de comunicación, particularmente Internet o Intranet, el TRABAJADOR entiende y acepta que dichas herramientas serán usadas exclusivamente para fines profesionales y por lo cual no podrá sacar copias o reproducir dichas herramientas para uso personal o para ningún otro uso. La violación del contenido de la presente cláusula será justa causa para la terminación del contrato de trabajo sin perjuicio de las sanciones judiciales establecidas bajo la ley colombiana en el ámbito civil y penal. **DECIMA QUINTA.** Con la suscripción del presente contrato EL TRABAJADOR entiende y acepta que EL EMPLEADOR podrá en cualquier momento monitorear el acceso y la utilización del correo electrónico institucional y tienen el derecho no restringido a recuperar y revisar todos los correos electrónicos (incluyendo documentos adjuntos) enviados y recibidos al correo institucional para propósitos disciplinarios u otros, ya que son herramientas de trabajo que pertenecen AL EMPLEADOR. El personal autorizado por EL EMPLEADOR podrá monitorear el correo electrónico institucional. EL EMPLEADOR se reserva el derecho de recuperar mensajes para propósitos de negocios, de seguridad o legales. Los recursos o equipos del EMPLEADOR únicamente serán destinados para los fines laborales desempeñados por el TRABAJADOR en razón a las funciones propias de su cargo.

DECIMA SEXTA: Cuando en virtud de este contrato existan obligaciones de tipo económico a cargo de EL TRABAJADOR, desde la firma del presente contrato este autoriza a EL EMPLEADOR a realizar los descuentos del caso al momento de la terminación del presente contrato por cualquier causa. **DECIMA SEPTIMA:** Las invenciones o descubrimientos realizados por EL TRABAJADOR en el desempeño de sus funciones, pertenecen al EMPLEADOR, de conformidad con el artículo 539 del Código de Comercio, así como en los artículos 20 y concordantes de la Ley 23 de 1982 sobre derechos de autor. Sin embargo, el TRABAJADOR tendrá derecho a una compensación que se fijará de acuerdo con el monto del salario, la importancia del invento o descubrimiento, el beneficio que reporta al EMPLEADOR u otros factores similares. **DECIMA OCTAVA:** Las partes declaran que en el presente contrato se entienden incorporadas, en lo pertinente, las disposiciones legales que regulan las relaciones entre la empresa y sus trabajadores, en especial, las del contrato de trabajo para el oficio que se suscribe, fuera de las obligaciones consignadas en los reglamentos de trabajo, de higiene y seguridad industrial de la empresa. **DECIMA NOVENA:** Las partes expresamente acuerdan que en caso de la ocurrencia de un hecho que generé la suspensión de las labores para las cuales fue contratado EL TRABAJADOR, se procederá conforme a lo señalado por los artículos 51, 52 y 53 del Código Sustantivo del Trabajo referentes a la suspensión del contrato laboral. **VIGESIMA:** Este contrato ha sido redactado estrictamente de acuerdo con la ley y la jurisprudencia y será interpretado de buena fe y en consonancia con el Código Sustantivo del Trabajo cuyo objeto, definido en su artículo 1 °, es lograr la justicia en las relaciones entre EMPLEADORES y TRABAJADORES dentro de un espíritu de coordinación económica y equilibrio social. **VIGESIMA PRIMERA:** El presente contrato remplaza en su integridad y deja sin efecto cualquier otro contrato verbal o escrito celebrado entre las partes con anterioridad. Cualquier modificación al presente contrato debe efectuarse por escrito y anotarse a continuación de su texto o mediante adenda u otro sí.

El presente contrato se suscribe el nueve (09) días del mes de octubre de 2022, se firma por las partes que han intervenido, en la ciudad de Barrancabermeja y el inicio estará sujeto al acta de Inicio del convenio N.º 5468-22.

EL EMPLEADOR

JHON ALEXANDER PADILLA
C.C 13.851.119 de B/meja

EL TRABAJADOR

flor E. Aldana

FLOR EDEY ALDANA
C.C. 37.577.575 de B/meja

x x x x x

ALDANA			FLOR	EDEY
CC	37.577 575		x	1 3121982

POSITIVA	PORVENIR		$ 1.000.000
TV 42 LOTE 16		3103001974	floredey@gmail.com
BARRANCABERMEJA	x	KENNEDY	SANTANDER

ASOC VIVIR MEJOR		N	829.000.002 - 0		
K 37 A # 49 - 48	3102180674	centrovidavivir mejor@gmail.com	BARRANCA BERMEJA		SANTANDER

CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE BARRANCABERMEJA

Empleada

FORMULARIO PARA AFILIACION DE TRABAJADORES Y PERSONAS A CARGO

Favor diligenciar completamente el formulario (Decreto 1637/2009)

TIPO DE AFILIADO

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

TIPO DE AFILIACIÓN

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

BANCO

DATOS DE LA EMPRESA

Razón Social: ASOC. CENTRO VIDA VIVIR MEJOR | NIT: 829.000.002 | DV: 0 | Teléfonos: 3102180674

Dirección: K 37 A 49 48 | Correo: centrovidavivirmejor@gmail.com | Ciudad: BCABJA

DATOS DEL TRABAJADOR

Tipo de Documento de Identidad	No. Documento	Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres
CC [X] TI [ ] CE [ ] CR [ ]	37.577.575	ALDANA		FLOR EDEY

Fecha de Nacimiento: 1984 12 13 | Estado Civil: [ ] CASADO [ ] VIUDO [ ] SEPARADO [ ] SOLTERO [ ] UNIÓN LIBRE | Dirección: TV 42 LOTE 19 | Barrio: KENNEDY | Zona: [X] B/BERMEJA [ ] PTO WILCHES [ ] SOGAMOSO CENTRO [ ] OTRO

Correo Electrónico: | Nivel Educativo: TECNICO | Discapacidad: SI [ ] NO [X]

Ocupación o Cargo: AUXILIAR DE COCINA | Salario: $ 1,000,000 | Fecha de Ingreso a la Empresa: Año 2022 Mes 10 Día 11 | Jornada Laboral (Marque con una X): Medio Tiempo [ ] Tiempo Completo [X]

Es socio de la empresa: SI [ ] NO [X] | Vendedor: SI [ ] NO [X] | Teléfono fijo: | Teléfono Celular: 3103001974

SI TRABAJA SIMULTANEAMENTE EN OTRA EMPRESA DILIGENCIE LOS SIGUIENTES DATOS

NIT o C.C.	NOMBRE O RAZON SOCIAL	TELEFONO	FECHA DE INGRESO	HORAS LABORADAS/MES	SUELDO BASICO

DATOS DEL CONYUGE

Tipo de Documento de Identidad: T F R | No. de Documento: | Primer Apellido: | Segundo Apellido: | Nombres:

Fecha de Nacimiento: | Nombre de la Empresa: | NIT: | Ocupacion o Cargo: | RECIBE SUBSIDIO: SI [ ] NO [ ] | CUAL CAJA

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

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

N°	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES	SEXO	FECHA DE NACIMIENTO	PARENTESCO	TIPO	NUMERO
1								
2								
3								
4								
5								
6								

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

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

Con la firma del presente formulario autorizo de manera expresa a la CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE BARRANCABERMEJA CAFABA para que haga uso de la información suministrada y la existente en sus bases de datos con la debida confidencialidad de manera segura, legal y transparente en los terminos y condiciones establecidos en la ley 1581 de 2 012 y el Decreto 1377 de 2 013, en armonia con el Manual Interno de Políticas, procedimientos y tratamientos de Bases de Datos.

FLOR ALDANA — FIRMA EXCLUSIVA DEL TRABAJADOR

JHON PADILLA — FIRMA Y SELLO DEL LA EMPRESA

FECHA

RECIBIDO

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

---

COMPROBANTE ENTREGA DE DOCUMENTOS DE AFILIACIÓN

FLOR ALDANA — NOMBRE DEL TRABAJADOR | 37.577.575 — C. C.

ASOC. CENTRO VIDA VIVIR MEJOR — NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA | 829.000.002 — N.T.

RECEPCIÓN DE DOCUMENTOS

FECHA

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

FIRMA Y SELLO

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

---

COMPROBANTE ENTREGA DE DOCUMENTOS DE AFILIACIÓN

FLOR ALDANA — NOMBRE DEL TRABAJADOR | 37.577.575 — C. C.

ASOC. CENTRO VIDA VIVIR MEJOR — NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA | 829.000.002 — N.T.

RECEPCIÓN DE DOCUMENTOS

FECHA

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

FIRMA Y SELLO

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

porvenir
sólo hay uno

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

FONDO DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR

CERTIFICA QUE:

FLOR EDEY ALDANA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **37.577.575**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir.**

La presente certificación se expide el 11 de Octubre del 2022.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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

CERTIFICA

Verificada la base de datos de la compañía se encontró que el señor (a): FLOR EDEY ALDANA identificado con Cédula Ciudadanía No. 37577575, de la empresa ASOCIACION CENTRO DE VIDA VIVIR MEJOR está afiliado(a) a POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS desde el 11/10/2022 con riesgo 1 y se encuentra ACTIVO.

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web: www.positivaenlinea.gov.co y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202201020174970.

Dada en Bogotá, a los 11 días del mes de octubre de 2022

RES_4_1_3_FR15 v_04

Cordialmente

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

COMPROBANTE ENTREGA DE DOCUMENTOS DE AFILIACION

RECEPCION DE DOCUMENTOS
FECHA 11/10/2022

FLOR EDEY ALADANA 37.577.575
NOMBRE DEL TRABAJADOR C. C.

ASOC. CENTRO VIDA VIVIR MEJOR 829.000.002
NOMBRE O RAZON SOCIAL DE LA EMPRESA NIT

CASABA
Departamento de Subsidio

FIRMA Y SELLO

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

Calle 49 N° 17 - 14 PBX: 6228810 EXT. 262 Página web: www.casaba.com.co correo electrónico: atencionalcliente@casaba.com.co sucursalvirtual@casaba.com.co

COMPROBANTE ENTREGA DE DOCUMENTOS DE AFILIACION

RECEPCION DE DOCUMENTOS
FECHA 11/10/2022

FLOR EDEY ALADANA 37.577.575
NOMBRE DEL TRABAJADOR C. C.

ASOC. CENTRO VIDA VIVIR MEJOR 829.000.002
NOMBRE O RAZON SOCIAL DE LA EMPRESA NIT

CASABA
Departamento de Subsidio

FIRMA Y SELLO

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

Calle 49 N° 17 - 14 PBX: 6228810 EXT. 262 Página web: www.casaba.com.co correo electrónico: atencionalcliente@casaba.com.co sucursalvirtual@casaba.com.co

COOSALUD

CERTIFICADO DE RADICACIÓN DE AFILIACIÓN Y/O NOVEDAD

COOSALUD EPS SA certifica que el día 11/10/2022, se radicó solicitud de trámite de afiliación y/o novedad ante esta EPS, relacionando los siguientes datos en el formulario adjunto:

• **No. RADICADO:**	27588072
• **RÉGIMEN:**	Contributivo
• **TIPO DE TRÁMITE:**	Movilidad al régimen contributivo
• **FECHA DE INICIO DE RELACIÓN LABORAL:**	2022-10-11
• **TD AFILIADO:**	CC
• **NÚMERO DOCUMENTO AFILIADO:**	37577575
• **TD EMPLEADOR:**	NIT
• **NÚMERO DOCUMENTO EMPLEADOR:**	829004002
• **FONDO DE PENSIÓN:**	PORVENIR
• **IBC:**	$1.000.000,00
• **No. ADJUNTOS:**	2

OBSERVACIONES:

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

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

La presente se expide a solicitud del interesado en Cartagena, a los 11 días del mes de Octubre de 2022.

Cordialmente,

CARLOS TORRES SALAZAR
Subdirector Nacional de Aseguramiento
COOSALUD EPS SA

CONTRATO PARA PRESTACIÓN DE SERVICIOS No. 005-22

CONTRATANTE:	**ASOCIACION CENTRO VIDA VIVIR MEJOR**
NIT:	829.004.002-0
CONTRATISTA:	**HEIDY CATHERINE TORO BELTRAN**
IDENTIFICACIÓN:	C.C No 1.098.750.611 de Bucaramanga
OBJETO:	PRESTAR SERVICIOS **DE FISIOTERAPEUTA A LOS 100 ADULTOS MAYORES PERTENECIENTES A LA ASOCIACION CENTRO VIDA VIIVR MEJOR Y SUMINISTRO DE MATERIALES QUE SE REQUIERA PARA EL CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO EN EL MARCO DEL DESARROLLO DEL CONVENIO No 5468-22** SUSCRITO ENTRE LA ALCALDIA DISTRITAL Y LA ASOCIACION CENTRO VIDA VIVIR MEJOR.
VALOR:	SEIS MILLONES OCHOCIENTOS SESENTA MIL SETECIENTOS PESOS M/CTE ($ 6.860.700)
PLAZO.	SESENTA Y TRES DIAS PROGRAMADOS
REGIMEN TRIBUTARIO:	NO RESPONSABLES DE IVA

Entre los suscritos **ASOCIACION CENTRO VIDA VIVIR MEJOR** con Nit 829.004.002-0, Representado Legalmente por el Señor **JHON ALEXANDER PADILLA MORALES**, mayor de edad, y vecino de esta Ciudad, identificado con cédula de ciudadanía No **13.851.119** expedida en Barrancabermeja y quien en adelante se denominará EL CONTRATANTE y designado supervisor del presente contrato, por una parte y, por la otra **HEIDY CATHERINE TORO BELTRAN**, mayor de edad, identificado (a) con la cédula de ciudadanía No 1.098.750.611 de Bucaramanga, domiciliado (a) en Barrancabermeja, actuando en nombre propio y quien para los efectos del presente documento se denominará EL CONTRATISTA, acuerdan celebrar el presente contrato de prestación de servicios, el cual se regirá por las siguientes cláusulas y en general por las disposiciones del Código Civil y Código de Comercio aplicables a la materia de qué trata este contrato: **CLAÚSULA PRIMERA. – Objeto.** EL CONTRATISTA, de manera independiente, sin subordinación o dependencia, utilizando sus propios medios, elementos de trabajo, personal a su cargo, se obliga para con EL CONTRATANTE **PRESTAR SERVICIOS DE FISIOTERAPEUTA A LOS ADULTOS MAYORES PERTENECIENTES A LA ASOCIACION CENTRO VIDA VIVIR MEJOR Y SUMINISTRO DE MATERIALES QUE SE REQUIERA PARA EL CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO EN EL MARCO DEL DESARROLLO DEL CONVENIO No 5468-22 SUSCRITO ENTRE LA ALCALDIA DISTRITAL Y LA ASOCIACION CENTRO VIDA VIVIR MEJOR** y 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, 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, siempre y cuando se prorrogue o inicie un nuevo convenio con el Municipio de Barrancabermeja. **CLAUSULA TERCERA. - Honorarios. –** EL CONTRATANTE pagará al CONTRATISTA el valor de SEIS MILLONES OCHOCIENTOS SESENTA MIL SETECIENTOS PESOS M/CTE ($ 6.860.700) **CLAUSULA CUARTA. - Forma de pago.** El valor pactado en la cláusula anterior será cancelado en pagos parciales hasta completar el valor del contrato una vez presentado informe mensual de actividades, aprobado por el supervisor del presente contrato y previa presentación de la cuenta de cobro y pago de la seguridad social (salud, pensión y ARP) ante el CONTRATANTE, que asegure que los bienes y servicio fueron recibidos a entera satisfacción **CLAÚSULA**

QUINTA. Prorroga. Si vencido el plazo establecido para la ejecución del contrato de prestación de servicios el CONTRATANTE decide ampliar el plazo de vencimiento, se suscribirá minuta suscrita por las partes, que hará parte integral de este contrato. **CLAÚSULA SEXTA. Nuevo servicio**. Si finalizado el objeto del servicio contratado, el CONTRATANTE necesita un nuevo servicio del CONTRATISTA, se deberá hacer un nuevo Contrato de Prestación de Servicios y no se entenderá como prorroga por desaparecer las causas contractuales que dieron origen a este contrato. **CLAÚSULA SÉPTIMA. Obligaciones Especificas del Contratista**. Para el cumplimiento del Objeto convenido en las cláusulas anteriores, el contratista deberá realizar, cuando menos, las siguientes actividades: a. Brindar orientación Fisioterapeuta a los 100 adultos mayores de la Asociación vivir mejor, b. Desarrollar talleres de orientación médica y actividad física c. charlas y talleres de promoción y prevención de hábitos de vida saludables. d. realiza evaluaciones osteomusculares, recuperación terapéutica y masajes relajantes. **CLAUSULA OCTAVA. Son obligaciones Generales** del **Contratista**. a. Cumplir con el objeto de la presente orden con plena autonomía técnica y bajo su propia responsabilidad. Por lo tanto, no existe ni existirá ningún tipo de subordinación de tipo laboral alguno entre el Contratista y La Asociación. b. Cumplir con las actividades descritas en las obligaciones específicas del contrato, conforme a los lineamientos propios e inherentes a la ciencia que desarrolla. c. Responder por los elementos, bienes e información que se pongan a su disposición para la ejecución del objeto del presente contrato, propendiendo, en todo caso por su conservación y uso adecuado; No obstante, el contratista deberá contar con su propio material y herramientas de trabajo y prestará sus servicios de manera independiente y autónoma. d. Cumplir con el objeto del contrato en defensa de los intereses jurídicos, económicos o de cualquier otra naturaleza del CONTRATANTE y aportar sus capacidades, conocimientos y aptitudes, oportunidad y confidencialidad, e. Presentar un informe mensual de actividades ejecutadas, conforme al objeto del contrato a celebrar. f. Acreditar afiliación y pago a salud, pensión, ARP según lo establecido en el artículo 50 de la ley 789 de 2002, 797 de 2003, Decreto 510 de 2003, ley 1150 de 2007, ley 1393 de 2010. g. Obrar con seriedad y diligencia en el servicio contratado, h. Permitir que el CONTRATANTE o un delegado haga visitas a las instalaciones del CONTRATISTA o el sitio que esté desarrollando la labor contratada. **CLAÚSULA NOVENA**. Obligaciones del CONTRATANTE. Son obligaciones del CONTRATANTE: 1. Cancelar los honorarios fijados al CONTRATISTA, según la forma que se pactó dentro del término debido. 2. Entregar toda la información que solicite el CONTRATISTA para poder desarrollar con normalidad su labor independiente. **CLAÚSULA DECIMA**. Ausencia de Relación Laboral: El presente Contrato no genera relación laboral alguna entre el contratante y el contratista y en consecuencia tampoco el pago de prestaciones sociales, salarios e indemnizaciones **CLAUSULA ONCEAVA**. Terminación anticipada o anormal. – Incumplir las obligaciones propias de cada una de las partes, dará lugar a la otra para terminar unilateralmente el Contrato de Prestación de Servicio. – **CLAUSULA DOCEAVA**. Domicilio contractual. Las partes acuerdan como domicilio contractual el municipio de Barrancabermeja (Santander).

En todo caso, este contrato presta mérito ejecutivo por ser una obligación clara, expresa y exigible para las partes, Este Contrato de Prestación de Servicios Profesionales se firma en dos ejemplares para las partes en Barrancabermeja

El presente contrato se suscribe el 09 de octubre de 2022, se firma por las partes que han intervenido, en la ciudad de Barrancabermeja y el inicio estará sujeto al acta de Inicio del convenio.

EL CONTRATANTE,

JHON ALEXANDER PADILLA M.
C.C 13.851.119 de Barrancabermeja
Representante Legal

EL CONTRATISTA,

Heidy C. Toro B

HEIDY CATHERINE TORO BELTRAN
C.C No 1.098.750.611 de BUCARAMANGA

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 HEIDY CATHERINE TORO BELTRAN, con Cédula Ciudadanía No. 1098750611 contratista de la empresa ASOCIACION CENTRO DE VIDA VIVIR MEJOR, con Nit No. 829004002, tiene un registro como Independiente desde el 11/10/2022 y fecha fin de contrato 24/12/2022 con riesgo 1 y a la fecha se encuentra AFILIADO.

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

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web: www.positivaenlinea.gov.co y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202201020175231.

Dada en Bogotá, a los 11 días del mes de octubre de 2022

INS_4_1_3_FR15 v_04

Cordialmente

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

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

"Código Únicamente para dependientes y afiliaciones al Régimen Subsidiado"

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva eps
gente cuidando gente
NIT 830.156.364-2

FORMULARIO VÍA WEB

I. DATOS DEL TRÁMITE — Lea detalladamente las instrucciones antes de diligenciar este formulario

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

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

7. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS
PRIMER APELLIDO: TORO — SEGUNDO APELLIDO: BELTRAN — PRIMER NOMBRE: HEIDY — SEGUNDO NOMBRE: CATHERINE
7. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: CC — 8. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1.098.750.611 — 9. SEXO: F — 10. FECHA NACIMIENTO: 22 / 02 / 1994

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

11. GRUPO ÉTNICO: Código — 12. DISCAPACIDAD: Tipo — Condición — 13. PUNTAJE Y NIVEL DEL SISBEN — 14. GRUPO DE POBLACIÓN ESPECIAL — 15. ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES: POSITIVA
16. OCUPACIÓN: PORVENIR — 17. INGRESO BASE DE COTIZACIÓN - IBC: $ 1.000.000 — 18. DIRECCIÓN DE RESIDENCIA: KR 30 47 49 — ZONA: U [X] R [ ] — LOCALIDAD Y COMUNA — BARRIO
CÓDIGO MUNICIPIO: BUCARAMANGA — DEPARTAMENTO: SANTANDER — TELÉFONO FIJO — TELÉFONO CELULAR: 3162765410 — CORREO ELECTRÓNICO — 23. CÓDIGO IPS

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

19. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS
PRIMER APELLIDO — SEGUNDO APELLIDO — PRIMER NOMBRE — SEGUNDO NOMBRE
20. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD — 21. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD — 22. SEXO — 23. FECHA NACIMIENTO — 24. CÓDIGO IPS

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

	25. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS DE LOS BENEFICIARIOS	26. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	27. NÚMERO DE IDENTIDAD	28. SEXO	29. FECHA DE NACIMIENTO	30. PARENTESCO	31. DISCAPACIDAD: Tipo	31. DISCAPACIDAD: Condición
1								
2								
3								
4								

	32. DATOS DE RESIDENCIA: Dirección	Complemento	Zona	Código Postal	Teléfono Fijo	33. VALOR UPC ADICIONAL (Aplica solo para Regímenes Especiales)	34. Nombre de la Entidad Administradora de Planes de Salud (EPS)	NIVEL DEL SISBEN	CÓDIGO IPS (Opcional)
1			R U						
2			R U						
3			R U						
4			R U						

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

35. Nombre o Razón Social — 36. Tipo documento de identidad — 37. Número documento de identidad — DV — 38. Tipo de aportante o pagador de pensiones
39. UBICACIÓN O DIRECCIÓN
FECHA INICIO DE RELACIÓN LABORAL: 11 / 10 / 2022 — CARGO: FISIOTERAPEUTA — SALARIO: $ 1.000.000

VI. REPORTE DE NOVEDADES

40. TIPO DE NOVEDAD
1. MODIFICACIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN [ ]
2. CORRECCIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN [ ]
3. ACTUALIZACIÓN DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD [ ]
4. ACTUALIZACIÓN Y/O CORRECCIÓN DE DATOS COMPLEMENTARIOS [ ]
5. TERMINACIÓN DE LA SUSPENSIÓN EN LA EPS [ ] Código
6. REINSTITUCIÓN EN LA EPS [ ]
7. INCLUSIÓN DE CERTIFICADOS O DE ADULTOS ADICIONALES [ ]
8. EXCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES [ ]
9. INICIO DE RELACIÓN LABORAL O ACTIVACIÓN DEL CONTRATO PARA COTIZAR [ ]
10. TERMINACIÓN DE LA RELACIÓN LABORAL O RETIRO DE LA EMPRESA PARA SEGUIR COTIZANDO [ ]
11. SOLICITUD A UNA ENTIDAD ADMINISTRADORA PARA TRASLADAR A LOS AFILIADOS COLECTIVOS [ ]
12. SOLICITUD ACEPTADA A UNA ENTIDAD ADMINISTRADORA PARA TRASLADAR A LOS AFILIADOS COLECTIVOS [ ]
13. NOVEDADES
a) AL RÉGIMEN CONTRIB. ESPECIAL [ ]
b) AL RÉGIMEN SUBSIDIADO [ ]
14. TIPO DE AFILIADO
15. SUBTIPO DE AFILIADO
16. REPORTE DE FALLECIMIENTO
17. MOMENTO DEL TRÁMITE DE PROTECCIÓN AL CESANTE
18. REPORTE DE LA CALIDAD DE PENSIONADO

VII. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN
PRIMER APELLIDO — SEGUNDO APELLIDO — PRIMER NOMBRE — SEGUNDO NOMBRE
TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD — NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD — SEXO — FECHA NACIMIENTO
42. FECHA DE RETIRO — 43. EPS ANTERIOR Código — 44. MOTIVO DE TRASLADO Código — 45. CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR O PAGADOR DE PENSIONES

VIII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

Declaración Juramentada de convivencia: Declaro que convivo con el(la) Señor(a) _____ identificado(a) con _____ No. _____ desde el día _____ del mes _____ del año _____

46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales: Declaro bajo la gravedad de juramento que no(s) tengo(amos) dependiente(s) económico(s) diferente(s) a los aquí relacionados. [ ]
47. Declaración de no estar obligado a afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción. [ ]
48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que soportan la condición de beneficiarios. Asumo soportar de la Entidad. [ ]
49. Autorización de en intermediación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud. [ ]
50. Autorización para que la EPS, consulte y obtenga datos y copias 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 en la afiliación o permanencia de mis beneficiarios en el Sistema de Información de la Protección Social. De acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013. [ ]
52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales para: de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013. [ ]
53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular aquí manifestado. [ ]

IX. FIRMAS

54. Firma del Cotizante, cabeza de familia o beneficiario: HEIDY TORO
55. Firma y sello del empleador, pensionador o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio

X. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad: CN [ ] RC [ ] TI [ ] CC [X] PA [ ] CE [ ] AS [ ] MS [ ]
Cantidad [ ] Folios [ ]
57. Copia del documento de identificación permanente emitido por la autoridad competente. [ ]
58. Copia del registro civil de nacimiento, o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la paternidad o maternidad. [ ]
59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, cesación de efectos civiles de matrimonio religioso, nulidad del matrimonio civil o unión marital de hecho. [ ]
60. Copia del certificado de supervivencia, acta de defunción del cónyuge. [ ]
61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia. [ ]
62. Copia del documento de identificación de la madre gestante o del certificado de nacido vivo. [ ]
63. Copia del acta de matrimonio o unión marital de hecho. [ ]
64. Copia del acta, sobre el aborto o muerte fetal de la gestante. [ ]

nueva eps
Radicado No. D.PEÑALOZA
Fecha: 11/10/2022 C1361

Versión 1.0 Resolución 1885 de 2018

porvenir
sólo hay uno

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

En su calidad de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 8[illegible]

CERTIFICA QUE:

HEIDY CATHERINE TORO BELTRAN, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.098.750.611**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir.**

La presente certificación se expide el 11 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.

Vigilado por la Superintendencia Financiera de Colombia. Sociedad Administradora de Fondos de Pensiones y Cesantías S.A. Nit. 800.144.331-3 Filiales de AVAL

ORDEN DE SERVICIOS No. 001-22

CONTRATANTE:	**ASOCIACION CENTRO VIDA VIVR MEJOR**
NIT:	829.004.002-0
CONTRATISTA:	**JHON JAIRO ALVAREZ BLANCO**
IDENTIFICACIÓN:	C.C No 1.047.437.626 DE CARTAGENA
OBJETO:	**REALIZAR DOS (2) ENCUENTRO INTERGENERACIONAL CON LOS 100 ADULTOS MAYORES PERTENECIENTES A LA ASOCIACION CENTRO VIDA VIVIR MEJOR Y SUMINISTRO DE MATERIALES Y LOGISTICA QUE SE REQUIERA PARA EL CUMPLIMIENTO DE LA PRESENTE ORDEN DE SERVICIO EN EL MARCO DEL DESARROLLO DEL CONVENIO No 5468-22 SUSCRITO ENTRE LA ALCALDIA DISTRITAL Y LA ASOCIACION CENTRO VIDA VIVIR MEJOR.**
VALOR:	DOS MILLONES TRECIENTOS VEINTI CUATRO MIL SETECIENTOS PESOS MCTE ($2.324.700)
REGIMEN TRIBUTARIO:	NO REPONSABLE DE IVA
DURACIÓN:	SESENTA Y TRES (63) DIAS. SE REALIZARÁ DOS EN ESTE PERIODO

Entre los suscritos **ASOCIACION CENTRO VIDA VIVIR MEJOR** con Nit 829.004.002-0, Representado Legalmente por el Señor **JHON ALEXANDER PADILLA MORALES**, mayor de edad, y vecino de esta Ciudad, identificado con cédula de ciudadanía No **13.851.119** expedida en Barrancabermeja y quien en adelante se denominará EL CONTRATANTE y designado supervisor del presente contrato, por una parte y, por la otra **JHON JAIRO ALVAREZ BLANCO**, mayor de edad, identificado (a) con la cédula de ciudadanía No C.C No 1.047.437.626 de Cartagena, domiciliado (a) en Barrancabermeja, actuando en nombre propio y quien para los efectos del presente documento se denominará EL CONTRATISTA, acuerdan celebrar el presente contrato de prestación de servicios, el cual se regirá por las siguientes cláusulas y en general por las disposiciones del Código Civil y Código de Comercio aplicables a la materia de qué trata este contrato: **CLAÚSULA PRIMERA. – Objeto.** EL CONTRATISTA, de manera independiente, sin subordinación o dependencia, utilizando sus propios medios, elementos de trabajo, personal a su cargo, se obliga para con EL CONTRATANTE PRESTAR SERVICIOS **DE ENCUENTRO INTERGENERACIONAL QUE PERMITAN A LOS ADULTOS MAYORES DE LA ASOCIACION INTERCAMBIAR CONOCIMIENTOS, EXPERIENCIAS COMPARTIENDO CON GRUPOS ETARIOS DIFERENTES ACTIVIDADES QUE LE PERMITAN MANTENERSE ACTIVOS EN LA SOCIEDAD, A LOS 100 ADULTOS MAYORES PERTENECIENTES A LA ASOCIACION CENTRO VIDA SAN MARTIN Y SUMINISTRO DE MATERIALES Y LOGISTICA QUE SE REQUIERA PARA EL CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO EN EL MARCO DEL DESARROLLO DEL CONVENIO No 5468-22** SUSCRITO ENTRE LA ALCALDIA DISTRITAL Y LA ASOCIACION CENTRO VIDA SAN VIVIR MEJOR y 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. **CLAÚSULA SEGUNDA. – Plazo.** El plazo para la ejecución de la presente Orden de Servicio será de sesenta y tres (63) DIAS, 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, siempre y cuando se prorrogue o inicie un nuevo convenio con el municipio de Barrancabermeja. **CLAUSULA TERCERA. - Honorarios. –** EL CONTRATANTE pagará al CONTRATISTA el valor de DOS MILLONES TRECIENTOS VEINTI CUATRO MIL SETECIENTOS PESOS MCTE ($2.324.700) **CLAUSULA CUARTA. - Forma de pago.** El valor pactado en la cláusula anterior será cancelado en pagos parciales hasta completar el valor del contrato una vez presentado informe mensual de actividades, aprobado por el supervisor del presente contrato y

previa presentación de la cuenta de cobro y pago de la seguridad social (salud, pensión y ARP) ante el CONTRATANTE, que asegure que los bienes y servicio fueron recibidos a entera satisfacción. **CLAÚSULA QUINTA. Prorroga**. Si vencido el plazo establecido para la ejecución del contrato de prestación de servicios el CONTRATANTE decide ampliar el plazo de vencimiento, se suscribirá minuta suscrita por las partes, que hará parte integral de este contrato. **CLAÚSULA SEXTA. Nuevo servicio**. Si finalizado el objeto del servicio contratado, el CONTRATANTE necesita un nuevo servicio del CONTRATISTA, se deberá hacer un nuevo Contrato de Prestación de Servicios y no se entenderá como prorroga por desaparecer las causas contractuales que dieron origen a este contrato. **CLAÚSULA SÉPTIMA. Obligaciones Específicas del Contratista.** Para el cumplimiento del Objeto convenido en las cláusulas anteriores, el contratista deberá realizar, cuando menos, las siguientes actividades: a. Brindar sano esparcimiento a los 100 adultos mayores de la Asociación San vivir mejor, a través de actividades propias de encuentros intergeneracionales entre grupos etarios. **CLAUSULA OCTAVA. Son obligaciones Generales** del **Contratista**. a. Cumplir con el objeto de la presente orden con plena autonomía técnica y bajo su propia responsabilidad. Por lo tanto, no existe ni existirá ningún tipo de subordinación de tipo laboral alguno entre el Contratista y La Asociación. b. Cumplir con las actividades descritas en las obligaciones específicas del contrato, conforme a los lineamientos propios e inherentes a la ciencia que desarrolla. c. Responder por los elementos, bienes e información que se pongan a su disposición para la ejecución del objeto del presente contrato, propendiendo, en todo caso por su conservación y uso adecuado; No obstante, el contratista deberá contar con su propio material y herramientas de trabajo y prestará sus servicios de manera independiente y autónoma. d. Cumplir con el objeto del contrato en defensa de los intereses jurídicos, económicos o de cualquier otra naturaleza del CONTRATANTE y aportar sus capacidades, conocimientos y aptitudes, oportunidad y confidencialidad, e. Presentar un informe mensual de actividades ejecutadas, conforme al objeto del contrato a celebrar. f. Acreditar afiliación y pago a salud, pensión, ARP según lo establecido en el artículo 50 de la ley 789 de 2002, 797 de 2003, Decreto 510 de 2003, ley 1150 de 2007, ley 1393 de 2010. g. Obrar con seriedad y diligencia en el servicio contratado, h. Permitir que el CONTRATANTE o un delegado haga visitas a las instalaciones del CONTRATISTA o el sitio que esté desarrollando la labor contratada. **CLAÚSULA NOVENA**. Obligaciones del CONTRATANTE. Son obligaciones del CONTRATANTE: 1. Cancelar los honorarios fijados al CONTRATISTA, según la forma que se pactó dentro del término debido. 2. Entregar toda la información que solicite el CONTRATISTA para poder desarrollar con normalidad su labor independiente. **CLAÚSULA DECIMA**. Ausencia de Relación Laboral: El presente Contrato no genera relación laboral alguna entre el contratante y el contratista y en consecuencia tampoco el pago de prestaciones sociales, salarios e indemnizaciones **CLAUSULA ONCEAVA**. Terminación anticipada o anormal. – Incumplir las obligaciones propias de cada una de las partes, dará lugar a la otra para terminar unilateralmente el Contrato de Prestación de Servicio. – **CLAUSULA DOCEAVA.** Domicilio contractual. Las partes acuerdan como domicilio contractual el distrito de Barrancabermeja (Santander).

En todo caso, este contrato presta mérito ejecutivo por ser una obligación clara, expresa y exigible para las partes, Este Contrato de Prestación de Servicios Profesionales se firma en dos ejemplares para las partes en Barrancabermeja el 09 de octubre de 2022.

EL CONTRATANTE,

JHON ALEXANDER PADILLA M.
C.C 13.851.119 de Barrancabermeja
Representante Legal

EL CONTRATISTA,

JHON JAIRO ALVAREZ BLANCO
C.C No 1.047.437.626 de Cartagena

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

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva eps
gente cuidando gente
NIT 900.156.264-2

"Código Únicamente para dependientes y afiliaciones al Régimen Subsidiado"

FORMULARIO VÍA WEB

Lea atentamente las instrucciones antes de diligenciar este formulario

3. Régimen: C. Contributivo [X] S. Subsidiado [ ]

I. DATOS DEL TRÁMITE
1. Tipo de trámite: A. Afiliación [ ] B. Reporte de novedades [X]
2. Tipo de afiliación: A. Individual: a) Cotizante o cabeza de familia [X] b) Beneficiario o afiliado adicional [ ]; B. Colectiva [ ]; C. Institucional [ ]; D. De oficio [ ]
Código ___ Fecha de la solicitud ___
4. Tipo de afiliado: CO Cotizante [X] CF Cabeza de familia [ ] BE Beneficiario [ ]
5. Tipo de cotizante: A. Dependiente [ ] B. Independiente [X] C. Pensionado [ ]

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)
6. Apellidos y nombres completos
Primer apellido: CIFUENTES — Segundo apellido: MOLINA — Primer nombre: LINA — Segundo nombre: FERNANDA
7. Tipo documento de identidad: CC — 8. Número documento de identidad: 1.096.239.849 — 9. Sexo: F — 10. Fecha nacimiento: 11 08 1996

III. DATOS COMPLEMENTARIOS
11. Datos personales — 12. Discapacidad — 13. Puntaje y nivel del SISBEN — 14. Grupo de población especial — 15. Administradora de riesgos laborales: POSITIVA
16. Administradora de pensiones: PORVENIR — 17. Ingreso base de cotización: $ 1.000.000
Residencia: KR 54 56 B 05 — Zona: U. [X] R. [ ] — Teléfono celular: 3008399169 — Teléfono fijo — Correo electrónico
Municipio: B/BERMEJA — Departamento: SANTANDER

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR
Datos de identificación del beneficiario (Cónyuge o compañero (a) permanente del cotizante)
19. Apellidos y nombres completos — 20. Tipo documento de identidad — 21. Número documento de identidad — 22. Sexo — 23. Fecha nacimiento
Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales
24. Apellidos y nombres completos de los beneficiarios — Tipo documento de identidad — Número documento de identidad — Sexo — Fecha de nacimiento — Parentesco — Nivel de SISBEN
Datos de residencia: Municipio — Departamento — Zona U. [ ] R. [ ] — Teléfono fijo — Teléfono celular

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES O DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO
35. Nombre o Razón Social — 36. Tipo documento de identidad — 37. Número documento de identidad — DV — 38. Tipo de aportante o pagador de pensiones
39. Ubicación o dirección — Cargo: AUXILIAR ASEO Y MTTO — Salario: $ 1.000.000
Fecha inicio de relación laboral: 11 10 2022

VI. REPORTE DE NOVEDADES
40. Tipo de novedad
1. Modificación de datos básicos de identificación
2. Corrección de datos básicos de identificación
3. Actualización del documento de identidad
4. Actualización y corrección de datos complementarios
5. Terminación de la inscripción en la EPS
6. Reinscripción en la EPS
7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar
10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando
11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
12. Desvinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
13. Movilidad
14. Traslado
15. Reporte de fallecimiento
16. Reporte del trámite de protección al cesante
17. Reporte de la calidad de prepensionado
18. Reporte de la calidad de pensionado

VII. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD
41. Datos básicos de identificación: Primer apellido — Segundo apellido — Primer nombre — Segundo nombre — Tipo documento de identidad — Número documento de identidad — Sexo — Fecha nacimiento
42. Fecha (a partir de) — 43. EPS anterior, Código — 44. Motivo de traslado, Código — 45. Caja de compensación familiar o pagador de pensiones

VIII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES
Declaración juramentada de convivencia: Declaro que convivo con el(la) Señor(a) ___ del mes ___
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
49. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales
50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica
51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades
52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia
53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto

IX. FIRMAS
LINA CIFUENTES
54. Firma del cotizante, cabeza de familia o beneficiario — 55. Firma y sello del empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio

X. ANEXOS
56. Anexa copia del documento de identidad: CN RC TI CC PA CE CD
57. Copia del dictamen de incapacidad permanente
58. Copia del registro civil de matrimonio
59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial
60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor
61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia
62. Copia de la documentación que acredite la afiliación
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

nueva eps
Radicado No. D.PEÑALOZA
Fecha: 11/10/2022 C1361

XI. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

porvenir
sólo hay uno

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

En su calidad de administradora de

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 8[illegible]

CERTIFICA QUE:

LINA FERNANDA CIFUENTES MOLINA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.096.239.849**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir.**

La presente certificación se expide el 11 de Octubre del 2022.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

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 LINA FERNANDA CIFUENTES MOLINA, con Cédula Ciudadanía No. 1096239849 contratista de la empresa ASOCIACION CENTRO DE VIDA VIVIR MEJOR, con Nit No. 829004002, tiene un registro como Independiente desde el 11/10/2022 y fecha fin de contrato 24/12/2022 con riesgo 1 y a la fecha se encuentra AFILIADO.

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

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web: www.positivaenlinea.gov.co y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202201020175385.

Dada en Bogotá, a los 11 días del mes de octubre de 2022

695_4_1_2_FR15 v_04

Cordialmente

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

CONTRATO PARA PRESTACIÓN DE SERVICIOS No. 009-22

CONTRATANTE:	**ASOCIACION CENTRO VIDA VIVIR MEJOR**
NIT:	829.004.002-0
CONTRATISTA:	LEIDY MARCELA LÓPEZ CANEDO
IDENTIFICACIÓN:	C.C. No 1.096.187.280 DE BARRANCABERMEJA
OBJETO:	PRESTAR SUS SERVICIOS **DE CAPACITACION EN ACTIVIDADES LUDICAS-PRODUCTIVAS 100 ADULTOS MAYORES PERTENECIENTES A LA ASOCIACION CENTRO VIDA VIVIR MEJOR Y SUMINISTRO DE MATERIALES QUE SE REQUIERA PARA EL CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO EN EL MARCO DEL DESARROLLO DEL CONVENIO No 5468-22 SUSCRITO ENTRE LA ALCALDIA DISTRITAL Y LA ASOCIACION CENTRO VIDA VIVIR MEJOR.**
VALOR:	CUATRO MILLONES DOCIENTOS NOVENTA Y SEIS MIL SEISCIENTOS PESOS M/CTE ($4.296.600)
PLAZO.	SESENTA Y TRES DIAS PROGRAMADOS
REGIMEN TRIBUTARIO:	NO RESPONSABLES DE IVA

Entre los suscritos **ASOCIACION CENTRO VIDA VIVIR MEJOR** con Nit 829.004.002-0, Representado Legalmente por el Señor **JHON ALEXANDER PADILLA MORALES**, mayor de edad, y vecino de esta Ciudad, identificado con cédula de ciudadanía No **13.851.119** expedida en Barrancabermeja y quien en adelante se denominará EL CONTRATANTE y designado supervisor del presente contrato, por una parte y, por la otra , **LEIDY MARCELA LÓPEZ CANEDO** mayor de edad, identificado (a) con la cédula de ciudadanía No 1.096.187.280 expedida en Barrancabermeja, domiciliado (a) en Barrancabermeja, actuando en nombre propio y quien para los efectos del presente documento se denominará EL CONTRATISTA, acuerdan celebrar el presente contrato de prestación de servicios, el cual se regirá por las siguientes cláusulas y en general por las disposiciones del Código Civil y Código de Comercio aplicables a la materia de qué trata este contrato: **CLAÚSULA PRIMERA. – Objeto.** EL CONTRATISTA, de manera independiente, sin subordinación o dependencia, utilizando sus propios medios, elementos de trabajo, personal a su cargo, se obliga para con EL CONTRATANTE PRESTAR SUS SERVICIOS DE **CAPACITACIÓN EN ACTIVIDADES LUDICAS-PRODUCTIVAS A 170 ADULTOS MAYORES PERTENECIENTES A LA ASOCIACION CENTRO VIDA SAN MARTIN Y SUMINISTRO DE MATERIALES HASTA EL 60% DEL VALOR DEL CONTRATO EN EL MARCO DEL DESARROLLO DEL CONVENIO No 5468-22 SUSCRITO ENTRE EL MUNICIPIO DE BARRANCABERMEJA Y LA ASOCIACION CENTRO VIDA VIVIR MEJOR** y 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. **CLAÚSULA SEGUNDA. – Plazo.** El plazo para la ejecución del presente Contrato será de sesenta y tres (63) DIAS, 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, siempre y cuando se prorrogue o inicie un nuevo convenio con el Municipio de Barrancabermeja. **CLAUSULA TERCERA. - Honorarios. –** EL CONTRATANTE pagará al CONTRATISTA el valor de CUATRO MILLONES DOCIENTOS NOVENTA Y SEIS MIL SEISCIENTOS PESOS M/CTE ($4.296.600). **CLAUSULA CUARTA. - Forma de pago.** El valor pactado en la cláusula anterior será cancelado en pagos parciales hasta completar el valor del contrato una vez presentado informe mensual de actividades, aprobado por el supervisor del presente contrato y previa presentación de la cuenta de cobro y pago de la seguridad social (salud, pensión y ARP) ante el CONTRATANTE, que asegure que los bienes

y servicio fueron recibidos a entera satisfacción. **CLAÚSULA QUINTA. Prorroga**. Si vencido el plazo establecido para la ejecución del contrato de prestación de servicios el CONTRATANTE decide ampliar el plazo de vencimiento, se suscribirá minuta suscrita por las partes, que hará parte integral de este contrato. **CLAÚSULA SEXTA. Nuevo servicio**. Si finalizado el objeto del servicio contratado, el CONTRATANTE necesita un nuevo servicio del CONTRATISTA, se deberá hacer un nuevo Contrato de Prestación de Servicios y no se entenderá como prorroga por desaparecer las causas contractuales que dieron origen a este contrato. **Obligaciones Especificas del Contratista**. Para el cumplimiento del Objeto convenido en las cláusulas anteriores, el contratista deberá realizar, cuando menos, las siguientes actividades: a. Brindar capacitación en actividades productivas como (Manualidades, elaboración de artesanías entre otras). b. Promover la participación de todos los adultos mayores en los talleres programados, actividades recreativas (juegos-dinámicas). **CLAUSULA OCTAVA. Son obligaciones Generales** del **Contratista**. a. Cumplir con el objeto de la presente orden con plena autonomía técnica y bajo su propia responsabilidad. Por lo tanto, no existe ni existirá ningún tipo de subordinación de tipo laboral alguno entre el Contratista y La Asociación. b. Cumplir con las actividades descritas en las obligaciones específicas del contrato, conforme a los lineamientos propios e inherentes a la ciencia que desarrolla. c. Responder por los elementos, bienes e información que se pongan a su disposición para la ejecución del objeto del presente contrato, propendiendo, en todo caso por su conservación y uso adecuado; No obstante, el contratista deberá contar con su propio material y herramientas de trabajo y prestará sus servicios de manera independiente y autónoma. d. Cumplir con el objeto del contrato en defensa de los intereses jurídicos, económicos o de cualquier otra naturaleza del CONTRATANTE y aportar sus capacidades, conocimientos y aptitudes, oportunidad y confidencialidad, e. Presentar un informe mensual de actividades ejecutadas, conforme al objeto del contrato a celebrar. f. Acreditar afiliación y pago a salud, pensión, ARP según lo establecido en el artículo 50 de la ley 789 de 2002, 797 de 2003, Decreto 510 de 2003, ley 1150 de 2007, ley 1393 de 2010. g. Obrar con seriedad y diligencia en el servicio contratado, h. Permitir que el CONTRATANTE o un delegado haga visitas a las instalaciones del CONTRATISTA o el sitio que esté desarrollando la labor contratada. **CLAÚSULA NOVENA**. Obligaciones del CONTRATANTE. Son obligaciones del CONTRATANTE: 1. Cancelar los honorarios fijados al CONTRATISTA, según la forma que se pactó dentro del término debido. 2. Entregar toda la información que solicite el CONTRATISTA para poder desarrollar con normalidad su labor independiente. **CLAÚSULA DECIMA**. Ausencia de Relación Laboral: El presente Contrato no genera relación laboral alguna entre el contratante y el contratista y en consecuencia tampoco En todo caso, este contrato presta mérito ejecutivo por ser una obligación clara, expresa y exigible para las partes, el pago de prestaciones sociales, salarios e indemnizaciones **CLAUSULA ONCEAVA**. Terminación anticipada o anormal. – Incumplir las obligaciones propias de cada una de las partes, dará lugar a la otra para terminar unilateralmente el Contrato de Prestación de Servicio. – **CLAUSULA DOCEAVA**. Domicilio contractual. Las partes acuerdan como domicilio contractual el distrito de Barrancabermeja (Santander).

En todo caso, este contrato presta mérito ejecutivo por ser una obligación clara, expresa y exigible para las partes, Este Contrato de Prestación de Servicios Profesionales se firma en dos ejemplares para las partes en Barrancabermeja

El presente contrato se suscribe el 09 de octubre de 2022, se firma por las partes que han intervenido, en la ciudad de Barrancabermeja y el inicio estará sujeto al acta de Inicio del convenio.

EL CONTRATANTE,

JHON ALEXANDER PADILLA M.
C.C 13.851.119 de Barrancabermeja
Representante Legal

EL CONTRATISTA,

LEIDY MARCELA LÓPEZ CANEDO
C.C. No 1.096.187.280 de Barrancabermeja

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

"Código único exclusivamente para dependientes y afiliaciones al Régimen Subsidiado"

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva eps
gente cuidando gente
NIT 900.156.264-2

FORMULARIO VÍA WEB

I. DATOS DEL TRÁMITE — Los alcances de las instrucciones antes de diligenciar este formulario

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

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

7. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
LOPEZ	CANEDO	LEIDY	MARCELA

8. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: CC
9. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1.096.187.280
10. SEXO: F
11. FECHA NACIMIENTO: 30 | 12 | 1986

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

12. OTRO(S) APELLIDO(S) — Código:
13. DISCAPACIDAD — Tipo: — Condición:
14. PUNTAJE Y NIVEL DEL SISBEN
15. GRUPO DE POBLACIÓN ESPECIAL
16. ADMINISTRADORA DE PENSIONES O CESANTÍAS: POSITIVA
17. ADMINISTRADORA DE PENSIONES - AFP: PORVENIR
18. INGRESOS MENSUALES: $ 1,000,000
19. DIRECCIÓN DE RESIDENCIA: KR 37A # 49 48
20. ZONA: U. [X] R. [ ]
21. LOCALIDAD / COMUNA: EL CHICO
22. CÓDIGO MUNICIPIO: B/BERMEJA
23. DEPARTAMENTO: SANTANDER
24. TELÉFONO FIJO
25. TELÉFONO MÓVIL: 3132352255
26. CORREO ELECTRÓNICO
27. CÓDIGO IPS

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

28. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE

29. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD
30. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD
31. SEXO
32. FECHA NACIMIENTO
33. PAÍS
34. CÓDIGO IPS

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

	35. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS DE LOS BENEFICIARIOS	36. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	37. NÚMERO DE IDENTIDAD	38. FECHA DE NACIMIENTO	39. PARENTESCO	40. SEXO	41. CÓDIGO IPS	42. NIVEL DE SISBEN	43. GRUPO FAMILIAR
1									
2									
3									
4									

44. DATOS DE RESIDENCIA

	Dirección de residencia	Teléfono	Código DANE	45. Valor mensual aportes voluntarios	46. Número de la tarjeta/cuenta para débito automático (ATH)	NIVEL DE SISBEN	GRUPO FAMILIAR
1							
2							
3							
4							

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

47. Nombre o Razón Social
48. Tipo documento de identidad
49. Número documento de identidad
50
51. Tipo de aportante o pagador de pensiones

52. UBICACIÓN O DIRECCIÓN

FECHA INICIO DE RELACIÓN LABORAL: 11 | 10 | 2022
CARGO: INSTRUCTORA
SALARIO: $ 1,000,000

VI. REPORTE DE NOVEDADES

53. TIPO DE NOVEDAD
1. MODIFICACIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN [ ]
2. CORRECCIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN [ ]
3. ACTUALIZACIÓN DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD [ ]
4. ACTUALIZACIÓN Y CORRECCIÓN DE DATOS COMPLEMENTARIOS [ ]
5. TERMINACIÓN DE LA INSCRIPCIÓN EN LA EPS POR: Cambio [ ]
6. INSCRIPCIÓN EN LA EPS [ ]
7. INCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES [ ]
8. EXCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES [ ]
9. INICIO DE RELACIÓN LABORAL O ADQUISICIÓN DE CONDICIONES PARA COTIZAR [ ]
10. TERMINACIÓN DE LA RELACIÓN LABORAL O PÉRDIDA DE LAS CONDICIONES PARA SEGUIR COTIZANDO [ ]
11. VINCULACIÓN A UNA ENTIDAD ADMISIBLE PARA EL RÉGIMEN SUBSIDIADO [ ]
12. DESVINCULACIÓN A UNA ENTIDAD ADMISIBLE PARA EL RÉGIMEN SUBSIDIADO [ ]
13. NOVEDADES: a) AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO [ ] b) AL RÉGIMEN SUBSIDIADO [ ]
14. TRASLADO: a) DESDE EL [ ] b) HACIA EL [ ]
15. REINGRESO DE FALLECIMIENTO [ ]
16. TRÁMITE DEL TRASLADO DE PROTECCIÓN AL CESANTÍA [ ]
17. NÚMERO DE LA CUENTA DE APORTANTE [ ]
18. APORTE EN LA CUENTA DE APORTANTE [ ]

VII. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE

TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD | NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD | SEXO | FECHA NACIMIENTO

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

VIII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

Declaración Juramentada de convivencia. Declaro que convivo con el(la) Señor(a) _____ desde el(la) _____ hace _____ desde el día _____ del mes _____ del año _____

46. Declaración de pertenencia excepción de los cotizantes y afiliados adicionales: Declaro bajo la gravedad de juramento, que pertenezco a la población [ ] especificada. Autorizo expresamente que se
47. Declaro que de la no cotización de afiliados al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción
48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la calidad de pensionados. Anexo soporte de la Entidad
49. Declaración de no encontrarme afiliado del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en otra Institución Prestadora de Servicios de Salud.
50. Autorizo a la(s) para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del vínculo de cada uno de los afiliados obligados y a las entidades públicas que por ley lo requieran.
52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.
53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto

IX. FIRMAS

LEIDY LOPEZ
54. Firma del cotizante, cabeza de familia o beneficiario

55. Firma, sello (si tiene) y código del representante o autorizado responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio

X. ANEXOS

56. Tipo de copia del Documento de Identidad. Cambio: CN [ ] RC [ ] TI [ ] CC [ ] PA [ ] CE [ ] Otro [ ]

57. Copia del registro civil de nacimiento, o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare el parentesco
58. Copia de la sentencia judicial o providencia judicial que declare el divorcio, cesación de efectos civiles, nulidad del matrimonio civil o disolución y liquidación de la sociedad conyugal
59. Copia del certificado de supervivencia del pensionado
60. Copia del documento que acredite la calidad de pensionado
61. Copia de la declaración anual de renta del cotizante
62. Copia del documento que acredite la calidad de afiliado activo o el certificado de afiliación de la entidad administradora de pensiones o cesantías a la cual se encuentra afiliado el cotizante
63. Copia de la autorización de descuento del pensionado a favor de la Entidad promotora de Salud
64. Copia del documento que acredite la calidad de beneficiario del cotizante
65. Copia de los documentos de identidad de los beneficiarios mayores de edad que no tengan la nacionalidad colombiana

nueva eps
Radicado No. D.PEÑALOZA
Fecha: 11/10/2022 C1361

XI. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

porvenir
sólo hay uno

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

En la certificación de pertenencia del:

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

CERTIFICA QUE:

LEIDY MARCELA LOPEZ CANEDO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.096.187.280**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir.**

La presente certificación se expide el 11 de Octubre del 2022.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

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 LEIDY MARCELA LOPEZ CANEDO, con Cédula Ciudadanía No. 1096187280 contratista de la empresa ASOCIACION CENTRO DE VIDA VIVIR MEJOR, con Nit No. 829004002, tiene un registro como Independiente desde el 11/10/2022 y fecha fin de contrato 24/12/2022 con riesgo 1 y a la fecha se encuentra AFILIADO.

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

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web: www.positivaenlinea.gov.co y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202201020175339.

Dada en Bogotá, a los 11 días del mes de octubre de 2022

RAS_4_1_3_FR15 v_04

Cordialmente

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

CONTRATO PARA PRESTACIÓN DE SERVICIOS No. 008-22

CONTRATANTE:	**ASOCIACION CENTRO VIDA VIVIR MEJOR**
NIT:	829.004.002-0
CONTRATISTA:	**LINA FERNANDA CIFUENTES MOLINA**
IDENTIFICACIÓN:	C.C. Nº 1.096.239.849 de Barrancabermeja
OBJETO:	PRESTAR SUS SERVICIOS EN **MANTENIMIENTO Y ASEO DE LA INFRAESTRUCTURA FISICA Y EQUIPAMIENTO DE LA ASOCIACION CENTRO VIDA SAN MARTIN EN EL MARCO DEL DESARROLLO DEL CONVENIO No 5468-22** SUSCRITO ENTRE LA ALCALDIA DISTRITAL Y LA ASOCIACION CENTRO VIDA VIVIR MEJOR.
VALOR:	SEIS MILLONES DOCIENTOS TREINTA Y SEITE MIL PESOS MCTE ($ 6.237.000).
PLAZO.	SESENTA Y TRES (63) DIAS PROGRAMADOS
REGIMEN TRIBUTARIO:	NO RESPONSABLES DE IVA

Entre los suscritos **ASOCIACION CENTRO VIDA VIVIR MEJOR** con Nit 829.004.002-0, Representado Legalmente por el Señor **JHON ALEXANDER PADILLA MORALES**, mayor de edad, y vecino de esta Ciudad, identificado con cédula de ciudadanía No **13.851.119** expedida en Barrancabermeja y quien en adelante se denominará EL CONTRATANTE y designado supervisor del presente contrato, por una parte y, por la otra **LINA FERNANDA CIFUENTES MOLINA**, mayor de edad, identificado (a) con la cédula de ciudadanía C.C. Nº 1.096.239.849 de Barrancabermeja, domiciliado (a) en Barrancabermeja, actuando en nombre propio y quien para los efectos del presente documento se denominará EL CONTRATISTA, acuerdan celebrar el presente contrato de prestación de servicios, el cual se regirá por las siguientes cláusulas y en general por las disposiciones del Código Civil y Código de Comercio aplicables a la materia de qué trata este contrato: **CLAÚSULA PRIMERA. – Objeto**. EL CONTRATISTA, de manera independiente, sin subordinación o dependencia, utilizando sus propios medios, elementos de trabajo, personal a su cargo, se obliga para con EL CONTRATANTE **PRESTAR SUS SERVICIOS EN MANTENIMIENTO Y ASEO DE LA INFRAESTRUCTURA FISICA Y EQUIPAMIENTO DE LA ASOCIACION CENTRO VIDA SAN MARTIN, EN EL MARCO DEL DESARROLLO DEL CONVENIO No 5468-22** SUSCRITO ENTRE LA ALCALDIA MUNICIPAL-ASOCIACION CENTRO VIDA VIVIR MEJOR y 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. **CLAÚSULA SEGUNDA. – Plazo.** El plazo para la ejecución del presente Contrato será de sesenta y tres (63) DIAS contados a partir de la fecha de firma del presente contrato, 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, siempre y cuando se prorrogue o inicie un nuevo convenio con el municipio de Barrancabermeja. **CLAUSULA TERCERA. - Honorarios.** – EL CONTRATANTE pagará al CONTRATISTA el valor de SEIS MILLONES DOCIENTOS TREINTA Y SEITE MIL PESOS MCTE ($ 6.237.000). **CLAUSULA CUARTA. - Forma de pago.** El valor pactado en la cláusula anterior será cancelado en pagos parciales hasta completar el valor del contrato una vez presentado informe mensual de actividades, aprobado por el supervisor del presente contrato y previa presentación de la cuenta de cobro y pago de la seguridad social (salud, pensión y ARP) ante el CONTRATANTE, que asegure que los bienes y servicio fueron recibidos a entera satisfacción, **CLAÚSULA QUINTA. Prorroga**. Si vencido el plazo establecido para la ejecución del contrato de prestación de servicios el CONTRATANTE decide ampliar el plazo de vencimiento, se suscribirá minuta suscrita por las partes, que hará parte integral de este contrato. **CLAÚSULA SEXTA. Nuevo servicio**. Si finalizado el objeto del servicio contratado, el CONTRATANTE necesita un nuevo servicio del CONTRATISTA, se deberá hacer un nuevo Contrato de Prestación de Servicios y no se entenderá como prorroga por desaparecer las causas

contractuales que dieron origen a este contrato. **CLAÚSULA SÉPTIMA. Obligaciones Especificas del Contratista.** Para el cumplimiento del Objeto convenido en las cláusulas anteriores, el contratista deberá realizar, cuando menos, las siguientes actividades: a) realizar mantenimiento de la infraestructura b) ejecución de cronograma de mantenimiento de equipos, equipamiento del centro vida. **CLAUSULA OCTAVA. Obligaciones Generales** del CONTRATISTA. Son obligaciones del CONTRATISTA: a. Cumplir con el objeto de la presente orden con plena autonomía técnica y bajo su propia responsabilidad. Por lo tanto, no existe ni existirá ningún tipo de subordinación de tipo laboral alguno entre el Contratista y La Asociación. b. Cumplir con las actividades descritas en las obligaciones especificas del contrato, conforme a los lineamientos propios e inherentes a la ciencia que desarrolla. c. Responder por los elementos, bienes e información que se pongan a su disposición para la ejecución del objeto del presente contrato, propendiendo, en todo caso por su conservación y uso adecuado; No obstante, el contratista deberá contar con su propio material y herramientas de trabajo y prestará sus servicios de manera independiente y autónoma. d. Cumplir con el objeto del contrato en defensa de los intereses jurídicos, económicos o de cualquier otra naturaleza del CONTRATANTE y aportar sus capacidades, conocimientos y aptitudes, oportunidad y confidencialidad, e. Presentar un informe mensual de actividades ejecutadas, conforme al objeto del contrato a celebrar. f. Acreditar afiliación y pago a salud, pensión, ARP según lo establecido en el artículo 50 de la ley 789 de 2002, 797 de 2003, Decreto 510 de 2003, ley 1150 de 2007, ley 1393 de 2010. g. Obrar con seriedad y diligencia en el servicio contratado, h. Permitir que el CONTRATANTE o un delegado haga visitas a las instalaciones del CONTRATISTA o el sitio que esté desarrollando la labor contratada. **CLAUSULA NOVENA.** Obligaciones del CONTRATANTE. Son obligaciones del CONTRATANTE: 1. Cancelar los honorarios fijados al CONTRATISTA, según la forma que se pactó dentro del término debido. 2. Entregar toda la información que solicite el CONTRATISTA para poder desarrollar con normalidad su labor independiente. **CLAUSULA DECIMA.** Ausencia de Relación Laboral: El presente Contrato no genera relación laboral alguna entre el contratante y el contratista y en consecuencia tampoco el pago de prestaciones sociales, salarios e indemnizaciones. **CLAUSULA ONCEAVA.** Terminación anticipada o anormal. – Incumplir las obligaciones propias de cada una de las partes, dará lugar a la otra para terminar unilateralmente el Contrato de Prestación de Servicio. **CLAUSULA DOCEAVA.** Domicilio contractual. Las partes acuerdan como domicilio contractual el municipio de Barrancabermeja (Santander). En todo caso, este contrato presta mérito ejecutivo por ser una obligación clara, expresa y exigible para las partes,

En todo caso, este contrato presta mérito ejecutivo por ser una obligación clara, expresa y exigible para las partes, Este Contrato de Prestación de Servicios Profesionales se firma en dos ejemplares para las partes en Barrancabermeja

El presente contrato se suscribe el 09 de octubre de 2022, se firma por las partes que han intervenido, en la ciudad de Barrancabermeja y el inicio estará sujeto al acta de Inicio del convenio.

EL CONTRATANTE,

JHON ALEXANDER PADILLA M.
C.C 13.851.119 de Barrancabermeja
(SANT)Representante Legal

EL CONTRATISTA,

LINA FERNANDA CIFUENTES MOLINA
C.C. Nº 1.096.239.849 de Barrancabermeja

CONTRATO PARA PRESTACIÓN DE SERVICIOS No. 001-22

CONTRATANTE:	**ASOCIACION CENTRO VIDA VIVIR MEJOR**
NIT:	829.004.002-0
CONTRATISTA:	**LORENA CELIS GUERRERO**
IDENTIFICACIÓN:	C.C No 1.116.797.381 de Arauca
OBJETO:	PRESTAR SUS SERVICIOS **DE ENFERMERIA PARA LA ATENCION TEMPRANA EN SALUD, DE LOS ADULTOS MAYORES PERTENECIENTES A LA ASOCIACION CENTRO VIDA VIVIR MEJOR Y SUMINISTRO DE MATERIALES QUE SE REQUIERA PARA EL CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO EN EL MARCO DEL DESARROLLO DEL CONVENIO No 5468-22 SUSCRITO ENTRE LA ALCALDIA DISTRITAL Y LA ASOCIACION CENTRO VIDA VIVIR MEJOR.**
VALOR:	**CUATRO MILLONES OCHOCIENTOS CINCUENTA UN MIL PESOS MCTE ($ 4.851.000).**
PLAZO.	SESENTA Y TRES DIAS PROGRAMADOS
REGIMEN TRIBUTARIO:	NO RESPONSABLES DE IVA

Entre los suscritos **ASOCIACION CENTRO VIDA VIVIR MEJOR** con Nit 829.004.002-0, Representado Legalmente por el Señor **JHON ALEXANDER PADILLA MORALES**, mayor de edad, y vecino de esta Ciudad, identificado con cédula de ciudadanía No **13.851.119** expedida en Barrancabermeja y quien en adelante se denominará EL CONTRATANTE y designado supervisor del presente contrato, por una parte y, por la otra **LORENA CELIS GUERRERO,** mayor de edad, identificado (a) con la cédula de ciudadanía No 91.071.985 de Arauca domiciliado (a) en Barrancabermeja, actuando en nombre propio y quien para los efectos del presente documento se denominará EL CONTRATISTA, acuerdan celebrar el presente contrato de prestación de servicios, el cual se regirá por las siguientes cláusulas y en general por las disposiciones del Código Civil y Código de Comercio aplicables a la materia de qué trata este contrato: **CLAÚSULA PRIMERA. – Objeto.** EL CONTRATISTA, de manera independiente, sin subordinación o dependencia, utilizando sus propios medios, elementos de trabajo, personal a su cargo, se obliga para con EL CONTRATANTE **PRESTAR SUS SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA LA ATENCION PRIMARIA EN SALUD A LOS ADULTOS MAYORES PERTENECIENTES A LA ASOCIACION CENTRO VIDA VIVIR MEJOR, Y SUMINISTRO DE MATERIALES QUE SE REQUIERA PARA EL CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO EN EL MARCO DEL DESARROLLO DEL CONVENIO Nº 5468-22 SUSCRITO ENTRE LA ALCALDIA DISTRITAL Y LA ASOCIACION** y 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. **CLAÚSULA SEGUNDA. – Plazo.** El plazo para la ejecución del presente Contrato será por el término de sesenta y tres (63) días programados 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, siempre y cuando se prorrogue o inicie un nuevo convenio con el distrito de Barrancabermeja.

CLAUSULA TERCERA. - Honorarios. – EL CONTRATANTE pagará al CONTRATISTA el valor de CUATRO MILLONES OCHOCIENTOS CINCUENTA UN MIL PESOS MCTE ($ 4.851.000). **CLAUSULA CUARTA. - Forma de pago.** El valor pactado en la cláusula anterior será cancelado en pagos parciales hasta completar el valor del contrato una vez presentado informe mensual de actividades, aprobado por el supervisor del presente contrato y previa presentación de la cuenta de cobro y pago de la seguridad social (salud, pensión y ARP) ante el CONTRATANTE, que asegure que los bienes y servicio fueron recibidos a entera satisfacción.

CLAÚSULA QUINTA. Prorroga. Si vencido el plazo establecido para la ejecución del contrato de prestación de servicios el CONTRATANTE decide ampliar el plazo de vencimiento, se suscribirá minuta suscrita por las partes, que hará parte integral de este contrato.
CLAÚSULA SEXTA. Nuevo servicio. Si finalizado el objeto del servicio contratado, el CONTRATANTE necesita un nuevo servicio del CONTRATISTA, se deberá hacer un nuevo Contrato de Prestación de Servicios y no se entenderá como prorroga por desaparecer las causas contractuales que dieron origen a este contrato. **CLAÚSULA SÉPTIMA. Obligaciones Específicas del Contratista**. Para el cumplimiento del Objeto convenido en las cláusulas anteriores, el contratista deberá realizar, cuando menos, las siguientes actividades: a. Desarrollar actividades de promoción de la Salud: Son todas las actividades de capacitación, información y educación continua que lleven a los adultos mayores a modificar y reforzar los comportamientos; con el objeto de mantener la salud, lograr nuevos estilos de vida saludable, y fomentar el autocuidado. b. Desarrollar actividades de Prevención de la Enfermedad: Son las diferentes acciones para evitar que aparezcan enfermedades específicas, a través de la detección e intervención de los factores de riesgo y de los factores protectores de la salud, estas acciones deben ser de tipo individual, (Toma de Tensión, Talla, Peso, entre otras). **CLAUSULA OCTAVA. Son obligaciones Generales del Contratista**. a. Cumplir con el objeto de la presente orden con plena autonomía técnica y bajo su propia responsabilidad. Por lo tanto, no existe ni existirá ningún tipo de subordinación de tipo laboral alguno entre el Contratista y La Asociación. b. Cumplir con las actividades descritas en las obligaciones específicas del contrato, conforme a los lineamientos propios e inherentes a la ciencia que desarrolla. c. Responder por los elementos, bienes e información que se pongan a su disposición para la ejecución del objeto del presente contrato, propendiendo, en todo caso por su conservación y uso adecuado; No obstante, el contratista deberá contar con su propio material y herramientas de trabajo y prestará sus servicios de manera independiente y autónoma. d. Cumplir con el objeto del contrato en defensa de los intereses jurídicos, económicos o de cualquier otra naturaleza del CONTRATANTE y aportar sus capacidades, conocimientos y aptitudes, oportunidad y confidencialidad, e. Presentar un informe quincenal de actividades ejecutadas, conforme al objeto del contrato a celebrar. f. Acreditar afiliación y pago a salud, pensión, ARP según lo establecido en el artículo 50 de la ley 789 de 2002, 797 de 2003, Decreto 510 de 2003, ley 1150 de 2007, ley 1393 de 2010. g. Obrar con seriedad y diligencia en el servicio contratado, h. Permitir que el CONTRATANTE o un delegado haga visitas a las instalaciones del CONTRATISTA o el sitio que esté desarrollando la labor contratada. **CLAÚSULA NOVENA.** Obligaciones del CONTRATANTE. Son obligaciones del CONTRATANTE: 1. Cancelar los honorarios fijados al CONTRATISTA, según la forma que se pactó dentro del término debido. 2. Entregar toda la información que solicite el CONTRATISTA para poder desarrollar con normalidad su labor independiente. **CLAÚSULA DECIMA.** Ausencia de Relación Laboral: El presente Contrato no genera relación laboral alguna entre el contratante y el contratista y en consecuencia tampoco el pago de prestaciones sociales, salarios e indemnizaciones **CLAUSULA ONCEAVA**. Terminación anticipada o anormal. – Incumplir las obligaciones propias de cada una de las partes, dará lugar a la otra para terminar unilateralmente el Contrato de Prestación de Servicio. – **CLAUSULA NOVENA**. Domicilio contractual. Las partes acuerdan como domicilio contractual el distrito de Barrancabermeja (Santander).
En todo caso, este contrato presta mérito ejecutivo por ser una obligación clara, expresa y exigible para las partes, Este Contrato de Prestación de Servicios Profesionales se firma en dos ejemplares para las partes en Barrancabermeja

El presente contrato se suscribe el 09 de octubre de 2022, se firma por las partes que han intervenido, en la ciudad de Barrancabermeja y el inicio estará sujeto al acta de Inicio del convenio.

EL CONTRATANTE,

JHON ALEXANDER PADILLA M.
C.C 13.851.119 de Barrancabermeja
Representante Legal

EL CONTRATISTA,

Shirley J Rueda T

SHIRLEY JOHANA RUEDA TOBON
C.C 1.100.972.655 de San Gil (Sant).

EPS Sanitas

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 1116797381
NOMBRES Y APELLIDOS	Celis Guerrero.Lorena
TIPO DE AFILIADO	Titular
TIPO DE TRABAJADOR	Independiente
FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN	11/04/2011
ESTADO DE AFILIACIÓN	Vigente
ESTADO DE SERVICIO	Habilitado
REGIMEN	Contributivo

La presente se expide a nombre de Celis Guerrero.Lorena a los 11 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

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 LORENA CELIS GUERRERO, con Cédula Ciudadanía No. 1116797381 contratista de la empresa ASOCIACION CENTRO DE VIDA VIVIR MEJOR, con Nit No. 829004002, tiene un registro como Independiente desde el 11/10/2022 y fecha fin de contrato 24/12/2022 con riesgo 1 y a la fecha se encuentra AFILIADO.

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

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web: www.positivaenlinea.gov.co y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202201020175923.

Dada en Bogotá, a los 11 días del mes de octubre de 2022

Cordialmente

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

RES_4_1_3_FRTS v_04

porvenir
sólo hay uno

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

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

CERTIFICA QUE:

LORENA CELIS GUERRERO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.116.797.381**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir.**

La presente certificación se expide el 11 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.

Filial de AVAL

NIT.829.004.002-0	ASOCIACION CENTRO VIDA VIVIR MEJOR	Aprobado por: Representante Legal	
	CONTRATO POR LABOR CONTRATADA	Fecha Emisión 1/11/2021	Código: F-TH-003
		No. Revisión: 2	Pág. 1/4

ASOCIACION CENTRO VIDA VIVIR MEJOR	DOMICILIO DEL EMPLEADOR: **DIAGONAL 54 # 54-02 BARRIO EL KENNEDY.** NIT: **829.004.002-0**
MARYURY MOGOLLON CASTELLANOS	DIRECCIÓN DEL TRABAJADOR **DIAGONAL 54 LOTE 37 BARRIO KENNEDY**
CEDULA TRABAJADOR **1.037.947.216 SAN CARLOS**	CARGO **AUXILIAR DE COCINA**
NOMBRE DEL EMPLEADOR **JHON ALEXANDER PADILLA**	
SALARIO **$ 1.000.000**	
PERIÓDO DE PAGO **MENSUAL**	PLAZO **SESENTA Y TRES DIAS (63)**
LUGAR DONDE DESEMPEÑARÁ LAS LABORES **DIAGONAL 54 # 54-02 BARRIO EL KENNEDY**	CIUDAD DONDE HA SIDO CONTRATADO ELTRABAJADOR **BARRANCABERMEJA**

Entre los suscritos a saber, por una parte **JHON ALEXANDER PADILLA MORALES** mayor de edad, identificado tal y como aparece al pie de su correspondiente firma, obrando en nombre y representación de **ASOCIACION CENTRO VIDA VIVIR MEJOR** , constituida bajo las leyes de la República de Colombia, domiciliada en la ciudad de BARRACABERMEJA, y quien para los efectos del presente contrato se denominará **EL EMPLEADOR** y por la otra parte **MARYURY MOGOLLON CASTELLANOS** mayor de edad, identificada con la cedula de ciudadanía Nº 1.037.947.216 expedida en san carlos, quien en adelante y para efectos del presente contrato se llamará **EL TRABAJADOR**, hemos celebrado el presente **CONTRATO INDIVIDUAL DE TRABAJO POR EL TIEMPO QUE DURE LA LABOR CONTRATADA,** regido por las siguientes **CLÁUSULAS: PRIMERA:** EL TRABAJADOR prestará sus servicios al EMPLEADOR por el tiempo que dure la labor contratada, específicamente realizando las labores de preparación y suministro de almuerzos, el término del presente contrato es por sesenta y tres (63) días. **SEGUNDA:** El EMPLEADOR contrata los servicios personales, del TRABAJADOR para desempeñar labor de AUXILIAR DE COCINA, adelantará las tareas similares, relacionadas o complementarias a dicho cargo, y cumplirá con todas y cada una de las obligaciones que le asigne el Empleador durante el desarrollo de la labor señalada en la cláusula primera del presente contrato, obligándose: a) A poner al servicio del empleador toda su capacidad normal de trabajo en el desempeño de las funciones propias de la labor mencionada y en las labores anexas y complementarias de la misma, de conformidad con las órdenes e instrucciones que le imparta el EMPLEADOR o sus representantes; b) Laborar la jornada ordinaria en los turnos y dentro del horario señalado en este contrato, pudiendo el empleador efectuar ajustes o cambios de horario cuando lo estime conveniente, c) A realizar personalmente las labores propias de su cargo, d) A Mantener en reserva cualquier dato obtenido o que llegue a su conocimiento por razón de su oficio. **TERCERA:** Las partes declaran que en el presente contrato se entienden incorporadas, en lo pertinente, las disposiciones legales que regulan las relaciones entre empleadores y sus trabajadores, en especial, las del contrato de trabajo para el oficio que se suscribe, fuera de las obligaciones consignadas en los reglamentos de trabajo, de higiene y seguridad industrial del EMPLEADOR. **CUARTA:** Además de las obligaciones determinadas en la Ley y en los reglamentos, EL TRABAJADOR se compromete a cumplir con las siguientes obligaciones especiales: 1) Abstenerse de llegar embriagado o de ingerir bebidas embriagantes en el sitio de trabajo. 2) Responder por la integridad y el buen orden de los elementos de trabajo que se le confíe para la realización de sus labores, salvo el deterioro natural, así como por daños que por su culpa o negligencia ocasionen a EL EMPLEADOR. 3) Abstenerse de reportar como cumplidas tareas no efectuadas. 4) Abstenerse de contestar en forma altanera, irrespetuosa o grosera a sus superiores o compañeros de trabajo. 5) Mantener en reserva cualquier dato obtenido o que llegue a su conocimiento por razón de su oficio. 6) EL TRABAJADOR autoriza a descontar el valor de la perdida o daño que sufra el equipo a su cargo que se genere por negligencia, descuido o mal manejo en la operación de este por parte del EL TRABAJADOR.

7) A Cumplir con las Políticas de Salud Ocupacional y Seguridad establecidas por EL EMPLEADOR, así como el Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial; 8.) Ejecutar por sí mismo las funciones asignadas y cumplir estrictamente las instrucciones que le sean dadas por EL EMPLEADOR, o por quienes la representen, respecto al desarrollo de sus actividades. 9) Avisar oportunamente y por escrito, a EL EMPLEADOR de todo cambio de dirección, teléfono o ciudad de residencia. 10) Cumplir el contrato de manera cuidadosa y diligente en el lugar, tiempo y condiciones que EL EMPLEADOR le señale y de acuerdo con los horarios que, fijados conforme a las necesidades del servicio, 11) Observar rigurosamente la disciplina interna establecida por el EMPLEADOR o por las personas autorizadas por este. 12) Cuidar permanentemente los interese del EMPLEADOR. 13) Observar completa armonía y comprensión con los clientes, con sus superiores y compañeros de trabajo en sus relaciones personales y en la ejecución de su labor. 14) Cumplir permanentemente con espíritu de lealtad, colaboración y disciplina con el EMPLEADOR. 15) cuidar su apariencia personal dentro de las reglas de cuidado y decoro, conforme a los requisitos de su cargo. 16) Cumplir con las demás disposiciones legales y reglamentarias. **PARAGRAFO PRIMERO**: El incumplimiento de una cualquiera de las obligaciones contenidas en esta cláusula, por una sola vez, será considerado como violación grave, para todos los efectos legales, en especial para el previsto en el NUM 6° Art. 7° del Decreto 2351 de 1.965. **PARÁGRAFO SEGUNDO:** En caso de incumplimiento de cualquiera de las obligaciones descritas en la presente cláusula, dará lugar a que dicho incumplimiento se constituya como justa causa para dar por terminado el contrato en los términos descritos por la ley laboral. **QUINTA:** Como contraprestación por su labor, el empleador pagará al Trabajador el salario estipulado en el cuadro inicial del presente documento, el cual deberá cancelar en la fecha y lugar indicado, quedando establecido que en dicho pago se halla incluida la remuneración correspondiente a los descansos dominicales y festivos de que tratan capítulos I y II del Título VII del Código Sustantivo del Trabajo, horas extras, recargos nocturnos y demás pagos adicionales. **PARÁGRAFO:** Las partes entienden y aceptan de manera expresa con la suscripción del presente contrato, que toda contraprestación en dinero o en especie que reciba el trabajador o llegue a recibir en el futuro, adicional a su salario ordinario, ya sea en beneficios, bonos o auxilios habituales u ocasionales, tales como alimentación, habitación, transporte o vestuario, bonificaciones ocasionales o cualquier otra que reciba, durante la vigencia del contrato de trabajo, no constituyen salario en los términos del artículo 128 del Código Sustantivo del Trabajo y demás normas concordantes. **SEXTA:** El trabajo suplementario o en horas extras, así como todo trabajo en domingo o festivo en los que deba concederse descanso, será remunerado conforme a la Ley, al igual que los respectivos recargos nocturnos. Es de advertir que dicho trabajo debe ser autorizado por el empleador o sus representantes, para efecto de su reconocimiento y pago. **SEPTIMA:** La duración del presente contrato corresponde al cien por ciento (100%) de la duración estimada para ejecutar el Convenio 5468-22 suscrito entre la alcaldía distrital y la asociación, entre las partes entienden y aceptan que lo que cuenta es la realización de la labor contratada y termina sin que el EMPLEADOR deba reconocer indemnización alguna. No obstante, lo anterior, el presente contrato podrá ser renovado por el tiempo que el EMPLEADOR estime conveniente con fines de alcanzar las metas propuestas o implementar la totalidad del trabajo. **OCTAVA.** Son justas causas para dar por terminado unilateralmente el presente contrato, por cualquiera de las partes, las expresadas en los artículos 62 y 63 del Código Sustantivo del Trabajo, en concordancia con las modificaciones introducidas por el artículo 7° del Decreto 2351 de 1965; y, además, por parte del EMPLEADOR, las faltas que para el efecto se califiquen como graves en el reglamento interno de trabajo y en la cláusula tercera del presente contrato. **NOVENA:** Aunque el lugar de trabajo es el indicado en este contrato, las partes pueden acordar que el mismo se preste en sitio diferente, siempre que las condiciones laborales del TRABAJADOR no se desmejoren o se disminuya su remuneración o le cause perjuicio. Adicionalmente, EL TRABAJADOR desde ahora acepta los cambios de oficio que decida el empleador, siempre que sus condiciones laborales se mantengan, se respeten sus derechos y no le causen perjuicios. **DECIMA:** Podrán las partes convenir, expresa o tácitamente, repartir las horas de la jornada ordinaria en la forma permitida por el artículo 164 del Código Sustantivo del Trabajo, teniendo en cuenta que las secciones de descanso entre las jornadas de trabajo no se computan dentro de la misma, conforme lo prescribe el artículo 167 del mismo código.

Así mismo, el EMPLEADOR y el TRABAJADOR podrán acordar que la jornada semanal del cuarenta y ocho (48) horas se realice mediante jornadas diarias flexibles de trabajo, distribuidas en un máximo de seis días a la semana con un día de descanso obligatorio, que podrá coincidir con el domingo. **DECIMA PRIMERA:** la quinta parte del tiempo estimado para la ejecución del presente contrato se entenderá como el periodo de prueba pactado entre las partes, durante este periodo tanto EL EMPLEADOR como EL TRABAJADOR podrán terminar el presente contrato de trabajo en cualquier momento, en forma unilateral, de conformidad con el artículo 80 del Código Sustantivo del Trabajo. **DECIMA SEGUNDA.** El EMPLEADOR podrá transferir al TRABAJADOR, a su entera discreción, a otros trabajos, servicios, departamentos o cargos, de acuerdo con su experiencia. En el evento que la transferencia tenga lugar, formará parte de este Contrato, junto con todas las demás disposiciones restantes del mismo. **DECIMA TERCERA**. El TRABAJADOR entiende y acepta que su vínculo laboral con el EMPLEADOR se basa en una relación de confianza y reserva entre las partes con respecto a cualquier Información Confidencial obtenida por el TRABAJADOR en cumplimiento de las actividades derivadas de este Contrato, incluyendo, sin limitar, conocimientos técnicos, administrativos o comerciales en relación con los clientes del EMPLEADOR con la organización interna del EMPLEADOR, cualquiera de sus filiales, subsidiarias y cualquier otra compañía que pertenezca al grupo económico del EMPLEADOR tales como; informes, listas de clientes, servicios prestados previamente, inventos, diseños, mejoras, software, planos y otra propiedad intelectual, procesos de investigación, información financiera, información contable, información legal o jurídica, fórmulas, tecnología, estrategias de mercadeo y de negocios, secretos comerciales, información de terceros y cualquier otra información conocida en desarrollo de su cargo. **PARAGRAFO:** La violación del contenido de la presente cláusula de confidencialidad será justa causa para la terminación del contrato de trabajo sin perjuicio de las sanciones judiciales establecidas bajo la ley colombiana en el ámbito civil y penal por compensación de pérdidas y daños causados al EMPLEADOR por tales violaciones. **DECIMA CUARTA.** Si el TRABAJADOR en virtud de las funciones tiene acceso a documentos, correspondencia, software, paquetes y materiales de software, bien sea en copia dura o en formato electrónico, o de forma general todos los medios de comunicación, particularmente Internet o Intranet, el TRABAJADOR entiende y acepta que dichas herramientas serán usadas exclusivamente para fines profesionales y por lo cual no podrá sacar copias o reproducir dichas herramientas para uso personal o para ningún otro uso. La violación del contenido de la presente cláusula será justa causa para la terminación del contrato de trabajo sin perjuicio de las sanciones judiciales establecidas bajo la ley colombiana en el ámbito civil y penal. **DECIMA QUINTA.** Con la suscripción del presente contrato EL TRABAJADOR entiende y acepta que EL EMPLEADOR podrá en cualquier momento monitorear el acceso y la utilización del correo electrónico institucional y tienen el derecho no restringido a recuperar y revisar todos los correos electrónicos (incluyendo documentos adjuntos) enviados y recibidos al correo institucional para propósitos disciplinarios u otros, ya que son herramientas de trabajo que pertenecen AL EMPLEADOR. El personal autorizado por EL EMPLEADOR podrá monitorear el correo electrónico institucional. EL EMPLEADOR se reserva el derecho de recuperar mensajes para propósitos de negocios, de seguridad o legales. Los recursos o equipos del EMPLEADOR únicamente serán destinados para los fines laborales desempeñados por el TRABAJADOR en razón a las funciones propias de su cargo. **DECIMA SEXTA:** Cuando en virtud de este contrato existan obligaciones de tipo económico a cargo de EL TRABAJADOR, desde la firma del presente contrato este autoriza a EL EMPLEADOR a realizar los descuentos del caso al momento de la terminación del presente contrato por cualquier causa. **DECIMA SEPTIMA**: Las invenciones o descubrimientos realizados por EL TRABAJADOR en el desempeño de sus funciones, pertenecen al EMPLEADOR, de conformidad con el artículo 539 del Código de Comercio, así como en los artículos 20 y concordantes de la Ley 23 de 1982 sobre derechos de autor. Sin embargo, el TRABAJADOR tendrá derecho a una compensación que se fijará de acuerdo con el monto del salario, la importancia del invento o descubrimiento, el beneficio que reporta al EMPLEADOR u otros factores similares. **DECIMA OCTAVA:** Las partes declaran que en el presente contrato se entienden incorporadas, en lo pertinente, las disposiciones legales que regulan las relaciones entre la empresa y sus trabajadores, en especial, las del contrato de trabajo para el oficio que se suscribe, fuera de las obligaciones consignadas en los reglamentos de trabajo, de higiene y seguridad industrial de la empresa.

DECIMA NOVENA: Las partes expresamente acuerdan que en caso de la ocurrencia de un hecho que generé la suspensión de las labores para las cuales fue contratado EL TRABAJADOR, se procederá conforme a lo señalado por los artículos 51, 52 y 53 del Código Sustantivo del Trabajo referentes a la suspensión del contrato laboral. **VIGESIMA:** Este contrato ha sido redactado estrictamente de acuerdo con la ley y la jurisprudencia y será interpretado de buena fe y en consonancia con el Código Sustantivo del Trabajo cuyo objeto, definido en su artículo 1 °, es lograr la justicia en las relaciones entre EMPLEADORES y TRABAJADORES dentro de un espíritu de coordinación económica y equilibrio social. **VIGESIMA PRIMERA:** El presente contrato remplaza en su integridad y deja sin efecto cualquier otro contrato verbal o escrito celebrado entre las partes con anterioridad. Cualquier modificación al presente contrato debe efectuarse por escrito y anotarse a continuación de su texto o mediante adenda u otro sí.

El presente contrato se suscribe a los nueve (09) días del mes octubre de 2022, se firma por las partes que han intervenido, en la ciudad de Barrancabermeja y el inicio estará sujeto al acta de Inicio del convenio N° 5468-22.

EL EMPLEADOR

JHON ALEXANDER PADILLA
C.C 13.851.119 de B/meja

EL TRABAJADOR

Maryury Mogollon C

MARYURY MOGOLLON CASTELLANOS
C.C. 1.037.947.216 de San Carlos

porvenir
sólo hay uno

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

MARYURY MOGOLLON CASTELLANOS, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.037.947.216,** se encuentra afiliado(a) **al Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir.**

La presente certificación se expide el 11 de Octubre del 2022.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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

CERTIFICA

Verificada la base de datos de la compañía se encontró que el señor (a): MARYURY MOGOLLON CASTELLANOS identificado con Cédula Ciudadanía No. 1037947216, de la empresa ASOCIACION CENTRO DE VIDA VIVIR MEJOR está afiliado(a) a POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS desde el 11/10/2022 con riesgo 1 y se encuentra ACTIVO.

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web: www.positivaenlinea.gov.co y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202201020182654.

Dada en Bogotá, a los 11 días del mes de octubre de 2022

MAS_4_T_3_R15 v_04

Cordialmente

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

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

"Código Único para dependientes y afiliaciones al Régimen Subsidiado"

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva eps
gente cuidando gente
NIT 900.156.264-2

FORMULARIO VÍA WEB

I. DATOS DEL TRÁMITE — Lea atentamente las instrucciones antes de diligenciar este formulario

1. TIPO DE TRÁMITE: A. Afiliación [ ] B. Reporte de Novedades [X]
2. TIPO DE AFILIACIÓN: A. Individual: a) Cotizante o cabeza de familia [X] b) Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]
3. RÉGIMEN: C. Contributivo [X] S. Subsidiado [ ]
4. TIPO DE AFILIADO: CO Cotizante [X] CF Cabeza de Familia [ ] BE Beneficiario [ ]
5. TIPO DE COTIZANTE: A. Dependiente [X] C. Independiente [ ] E. Pensionado [ ]
CÓDIGO:
FECHA DE LA SOLICITUD: 11 / 10 / 2022
6. AFILIACIÓN

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

7. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS
PRIMER APELLIDO: MOGOLLON | SEGUNDO APELLIDO: CASTELLANOS | PRIMER NOMBRE: MARYURY | SEGUNDO NOMBRE:
8. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: CC | 9. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1.037.947.216 | 9. SEXO: F | 10. FECHA NACIMIENTO: 09 / 02 / 1990

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

11. GRUPO: Código | 12. DISCAPACIDAD: Tipo / Condición | 13. PUNTAJE Y NIVEL DEL SISBEN | 14. GRUPO DE POBLACIÓN ESPECIAL | 15. ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES: POSITIVA
16. ADMINISTRADORA DE PENSIONES: PORVENIR | 17. INGRESO BASE DE COTIZACIÓN - IBC: $ 1.000.000 | 18. DIRECCIÓN DE RESIDENCIA: DIAG 54 LOTE 37 | ZONA: U. [ ] R. [ ] | LOCALIDAD / COMUNA / BARRIO: KENEDY
CIUDAD Y MUNICIPIO: B/BERMEJA | DEPARTAMENTO: SANTANDER | TELÉFONO FIJO | TELÉFONO MÓVIL: 3204046453 | CORREO ELECTRÓNICO | CÓDIGO EPS

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

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

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

	24. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS DE LOS BENEFICIARIOS	25. TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	26. NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	FECHA DE NACIMIENTO	27. PARENTESCO	28. SEXO	29. ¿ES UNA PERSONA EN SITUACIÓN DE DISCAPACIDAD? Tipo	Condición
1								
2								
3								
4								

	30. DATOS DE RESIDENCIA: Departamento	Municipio	Tipo	Dirección	Teléfono	31. VALOR DEL APORTE ADICIONAL (en Moneda Local)	32. Nombre de la Entidad Promotora de Salud de origen (EPS)	NIVEL DE SISBEN	GRUPO POBLACIONAL
1			R. [ ] U. [ ]					I [ ] II [ ]	
2			R. [ ] U. [ ]					I [ ] II [ ]	
3			R. [ ] U. [ ]					I [ ] II [ ]	
4			R. [ ] U. [ ]					I [ ] II [ ]	

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

34. Nombre o Razón Social: ASOC. CENTRO VIDA VIVIR MEJOR | 35. Tipo documento de identidad: NIT | 37. Número documento de identidad: 829.004.002 | 38. Tipo de aportante a pagador de pensiones
39. UBICACIÓN O DIRECCIÓN: K 37 A 49 48 | BOA/BJA | SANTANDER | 3102180674
FECHA INICIO DE RELACIÓN LABORAL: 11 / 10 / 2022 | CARGO: AUX. DE COCINA | SALARIO: $ 1,000,000

VI. REPORTE DE NOVEDADES

40. TIPO DE NOVEDAD
1. MODIFICACIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN [ ]
2. CORRECCIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN [ ]
3. ACTUALIZACIÓN DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD [ ]
4. ACTUALIZACIÓN Y/O CORRECCIÓN DE DATOS COMPLEMENTARIOS [ ]
5. TERMINACIÓN DE LA INSCRIPCIÓN EN LA EPS [ ] Código
6. REINSCRIPCIÓN EN LA EPS [ ]
7. INCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES [ ]
8. EXCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES [ ]
9. CAMBIO DE RÉGIMEN, NIVEL O ACTUALIZACIÓN DE COMPONENTES PARA LA UPC [ ]
10. TERMINACIÓN DE LA RELACIÓN LABORAL O PÉRDIDA DE LAS CONDICIONES PARA PAGAR COTIZANTE [ ]
11. VINCULACIÓN A UNA ENTIDAD ADMINISTRADORA PARA EL ACCESO AL SISTEMA COLECTIVAS [ ]
12. DESVINCULACIÓN A UNA ENTIDAD ADMINISTRADORA POR TRASLADO INDIVIDUAL COLECTIVAS [ ]
13. MOVILIDAD: a) AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO [ ] b) AL RÉGIMEN SUBSIDIADO [ ]
14. TRASLADO: a) Vigente Nacional [ ] b) Vigente Movilidad [ ]
15. REPORTE DE FALLECIMIENTO [ ]
16. REPORTE DEL TRÁMITE DE PROTECCIÓN AL CESANTE [ ]
17. REPORTE DE LA CALIDAD DE EMPRENDIMIENTO [ ]
18. REPORTE DE LA CALIDAD DE PENSIONADO [ ]

VII. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN
PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE
TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD | NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD | SEXO | FECHA NACIMIENTO
42. FECHA (a partir de) | 43. EPS ANTERIOR Código | 44. MOTIVO DE TRASLADO Código | 45. CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR O PAGADOR DE PENSIONES

VIII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

Declaración Juramentada de convivencia: Declaro bajo la gravedad de juramento que yo (nosotros) _____ identificado(s) con _____ No. _____ desde el día _____ del mes _____ del año _____.

46. Solidaridad de dependientes cotizantes de los beneficiarios y afiliados adicionales: Declaro bajo la gravedad de juramento que yo, (nosotros) declaro(amos) expresamente que me, [ ]
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 prestación de las cotizaciones. Anexo sentencia de la Entidad [ ]
49. Declaración de no encontrarse el cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Entidades Promotoras de Servicios de Salud. [ ]
50. Autorización para que la EPS solicite y consulte datos y copia de la historia clínica del cotizante o afiliado adicional y de sus beneficiarios o afiliados adicionales. [ ]
51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación y del reporte de novedades a la base de datos única de afiliados vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones lo requieran. [ ]
52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013. [ ]
53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto. [ ]

IX. FIRMAS

54. Firma del cotizante, cabeza de familia o beneficiario	55. Firma y sello del representante, apoderado o enlace responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio
MARYURY MOGOLLON	JHON PADILLA

X. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad. Cotizante: CC [ ] RC [ ] TI [ ] CC [ ] PA [ ] CE [ ] SC [ ] SD [ ] Otro [ ]
57. Copia del declarante de independiente permanente remitido por la autoridad competente. [ ]
58. Copia del registro civil de nacimiento, o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital [ ]
59. Copia de la sentencia judicial o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos o escritura pública, acta de conciliación judicial que declare la terminación de la unión marital [ ]
60. Copia del contrato de adopción o acta de entrega del menor [ ]
61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia. [ ]
62. Declaración en el evento de perdida de la patria potestad o del certificado de defunción de los padres o cuando el menor sea huérfano, según la autoridad competente [ ]
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 novedades de los pensionados expedidos por la que consta la calidad de pensionado [ ]

nueva eps
Radicado No. D. PEÑALOZA
Fecha: 11/10/2022 C1361

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD RESPECTIVA

COMPROBANTE ENTREGA DE DOCUMENTOS DE AFILIACION

MARYURY MOGOLLON 1.037.947.216

NOMBRE DEL TRABAJADOR C C

ASOC. CENTRO VIDA VIVIR MEJOR 829.004.002

NOMBRE O RAZON SOCIAL DE LA EMPRESA NIT

RECEPCION DE DOCUMENTOS

FECHA 11/10/2022

CAFABA
Departamento de Subsidio

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

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

COMPROBANTE ENTREGA DE DOCUMENTOS DE AFILIACION

MARYURY MOGOLLON 1.037.947.216

NOMBRE DEL TRABAJADOR C C

ASOC. CENTRO VIDA VIVIR MEJOR 829.004.002

NOMBRE O RAZON SOCIAL DE LA EMPRESA NIT

RECEPCION DE DOCUMENTOS

FECHA 11/10/2022

CAFABA
Departamento de Subsidio

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

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

CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE BARRANCABERMEJA

Cafaba

FORMULARIO PARA AFILIACIÓN DE TRABAJADORES Y PERSONAS A CARGO

Favor diligenciar completamente el formulario (Decreto 1637/2006)

TIPO DE AFILIADO			MOTIVO DE AFILIACION	BANCO
[X] DEPENDIENTE	[ ] MADRE COMUNITARIA	[ ] TAXISTAS	[ ] NUEVO	37 / 16 / 28 / 30
[ ] INDEPENDIENTE	[ ] PENSIONADO	[ ] SERVICIO DOMESTICO	[ ] TRASLADO / [ ] REINGRESO	

DATOS DE LA EMPRESA

Nombre:	ASOC. CENTRO VIDA VIVIR MEJOR	NIT: 829.000.002	DV: 0	Teléfonos: 3102180674	
Dirección:	K 37 A 49 48	Correo: centrovidavivirmejor@gmail.com		Ciudad:	BCABJA

DATOS DEL TRABAJADOR

Tipo de Documento de Identidad	No. Documento	Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres
CC [X] TI CE CR	1.037.947.216	MOGOLLON	CASTELLANOS	MARYURY

Fecha de Nacimiento	Estado Civil	Dirección:	Barrio:	Zona	
1990 02 09	[ ] CASADO [ ] SEPARADO [ ] VIUDO [ ] SOLTERO [ ] UNIÓN LIBRE	DIAG 54 LOTE 37	KENNEDY	[X] B/BERMEJA [ ] PTO WILCHES	[ ] SOGAMOSO [ ] CENTRO [ ] OTRO

Correo Electrónico	Nivel Educativo	Discapacidad	
	TECNICO	SI / NO	X

Ocupación o Cargo:	Salario:	Fecha de Ingreso a la Empresa: Año	Mes	Día	Jornada Laboral (Marque con una X)	
AUXILIAR DE COCINA	$ 1,000,000	2022	10	11	Medio Tiempo	
					Tiempo Completo	X

Es socio de la empresa:	Vendedor:	Teléfono fijo:	Teléfono Celular:
SI [ ] NO [X]	SI [ ] NO [X]		3013508074

SI TRABAJA SIMULTANEAMENTE EN OTRA EMPRESA DILIGENCIE LOS SIGUIENTES DATOS

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

DATOS DEL CONYUGE

Tipo de Documento de Identidad	No. de Documento	Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres
CC TI CE CR				

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

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

DATOS DE LOS BENEFICIARIOS DEL GRUPO FAMILIAR (SI NO VAN A LABORAR)

N. P	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES	SEXO M	SEXO F	CAJA DE COMPENSACION SI	CAJA DE COMPENSACION NO	PARENTESCO	FECHA DE NACIMIENTO AÑO	MES	DIA	DOCUMENTO DE IDENTIDAD TIPO	NUMERO
1													
2													
3													
4													
5													
6													

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

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

Con la firma del presente formulario, autorizo de manera expresa a la CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE BARRANCABERMEJA CAFABA para que haga uso de la información suministrada y la existente en sus bases de datos con la debida confidencialidad, de manera segura, legal y transparente en los terminos y condiciones establecidos en la ley 1581 de 2 012 y el Decreto 1377 de 2 013, en armonia con el Manual interno de Políticas, procedimientos y tratamientos de Bases de Datos.

MARYURY MOGOLLON — FIRMA EXCLUSIVA DEL TRABAJADOR

JHON PADILLA — FIRMA Y SELLO DEL LA EMPRESA

FECHA

RECIBIDO

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

---

COMPROBANTE ENTREGA DE DOCUMENTOS DE AFILIACIÓN

MARYURY MOGOLLON — NOMBRE DEL TRABAJADOR — 1.037.947.216 — C. C.

ASOC. CENTRO VIDA VIVIR MEJOR — NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA — 829.000.002 — NIT.

RECEPCIÓN DE DOCUMENTOS
FECHA:

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

FIRMA Y SELLO

COMPROBANTE ENTREGA DE DOCUMENTOS DE AFILIACIÓN

MARYURY MOGOLLON — NOMBRE DEL TRABAJADOR — 1.037.947.216 — C. C.

ASOC. CENTRO VIDA VIVIR MEJOR — NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA — 829.000.002 — NIT.

RECEPCIÓN DE DOCUMENTOS
FECHA

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

FIRMA Y SELLO

Calle 49 Nº 17 - 14 PBX: 6222810 EXT: 262 Pagina web: www.cafaba.com.co - correo electrónico: atencionalcliente@cafaba.com.co - subsidios@cafaba.com.co

CONTRATO PARA PRESTACIÓN DE SERVICIOS No. 003-22

CONTRATANTE:	ASOCIACION CENTRO VIDA VIVIR MEJOR
NIT:	829.004.002-0
CONTRATISTA:	**NEXY JULIET OLIVERO CORONADO**
IDENTIFICACIÓN:	C.C No 37.578.692 de Barrancabermeja
OBJETO:	**PRESTAR SERVICIOS DE ORIENTACION PSICOLOGIA, DE LOS ADULTOS MAYORES PERTENECIENTES A LA ASOCIACION CENTRO VIDA VIVIR MEJOR Y SUMINISTRO DE MATERIALES QUE SE REQUIERA PARA EL CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO EN EL MARCO DEL DESARROLLO DEL CONVENIO No 5468-22 SUSCRITO ENTRE LA ALCALDIA DISTRITAL Y LA ASOCIACION CENTRO VIDA VIVIR MEJOR.**
VALOR:	**SEIS MILLONES OCHOCIENTOS SESENTA MIL SETECIENTOS PESOS MCTE ($ 6.860.700)**
PLAZO:	SESENTA Y TRES DIAS PROGRAMADOS
REGIMEN TRIBUTARIO:	NO RESPONSABE DE IVA

Entre los suscritos **ASOCIACION CENTRO VIDA VIVIR MEJOR** con Nit 829.004.002-0, Representado Legalmente por el Señor **JHON ALEXANDER PADILLA MORALES**, mayor de edad, y vecino de esta Ciudad, identificado con cédula de ciudadanía No **13.851.119** expedida en Barrancabermeja y quien en adelante se denominará EL CONTRATANTE y designado supervisor del presente contrato, por una parte y, por la otra **NEXY JULIET OLIVERO CORONADO**, mayor de edad, identificado (a) con la cédula de ciudadanía No 37.578.692 expedida en Barrancabermeja, domiciliado (a) en Barrancabermeja, actuando en nombre propio y quien para los efectos del presente documento se denominará EL CONTRATISTA, acuerdan celebrar el presente contrato de prestación de servicios, el cual se regirá por las siguientes cláusulas y en general por las disposiciones del Código Civil y Código de Comercio aplicables a la materia de qué trata este contrato: **CLAÚSULA PRIMERA. – Objeto.** EL CONTRATISTA, de manera independiente, sin subordinación o dependencia, utilizando sus propios medios, elementos de trabajo, personal a su cargo, se obliga para con EL CONTRATANTE **PRESTAR SERVICIOS DE ORIENTACION PSICOLOGIA, DE LOS ADULTOS MAYORES PERTENECIENTES A LA ASOCIACION CENTRO VIDA VIVIR MEJOR Y SUMINISTRO DE MATERIALES QUE SE REQUIERA PARA EL CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO EN EL MARCO DEL DESARROLLO DEL CONVENIO No 5468-22 SUSCRITO ENTRE LA ALCALDIA DISTRITAL Y LA ASOCIACION CENTRO VIDA VIVIR MEJOR.** y 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. **CLAÚSULA SEGUNDA. – Plazo.** El plazo para la ejecución del presente Contrato será por el término de treinta días programados para la ejecución del convenio, 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, siempre y cuando se prorrogue o inicie un nuevo convenio con el distrito de Barrancabermeja. **CLAUSULA TERCERA. - Honorarios. –** EL CONTRATANTE pagará al CONTRATISTA el valor SEIS MILLONES OCHOCIENTOS SESENTA MIL SETECIENTOS PESOS MCTE ($ 6.860.700). **CLAUSULA CUARTA. - Forma de pago.** Forma de pago. El valor pactado en la cláusula anterior será cancelado en pagos parciales hasta completar el valor del contrato una vez presentado informe mensual de actividades, aprobado por el supervisor del presente contrato y previa presentación de la cuenta de cobro y pago de la seguridad social (salud, pensión y ARP) ante el CONTRATANTE, que asegure que los bienes y servicio fueron recibidos a entera satisfacción,

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

CLAÚSULA SEXTA. Nuevo servicio. Si finalizado el objeto del servicio contratado, el CONTRATANTE necesita un nuevo servicio del CONTRATISTA, se deberá hacer un nuevo Contrato de Prestación de Servicios y no se entenderá como prorroga por desaparecer las causas contractuales que dieron origen a este contrato. **CLAÚSULA SÉPTIMA. Obligaciones Específicas del Contratista.** Para el cumplimiento del Objeto convenido en las cláusulas anteriores, el contratista deberá realizar, cuando menos, las siguientes actividades: a. Brindar orientación Psicológica a los adultos mayores de la Asociación San Martin, b. Desarrollar un proceso de detección precoz de enfermedades mentales. c. Llevar a cabo un Seguimiento evolutivo y adaptación del tratamiento e intervención asistencial. d. propender por la Inclusión en los diferentes programas de Psico-estimulación y Mantenimiento Psicoactivo del Enfermo y su Grupo Familiar / Cuidador. **CLAUSULA OCTAVA. Son obligaciones Generales** del **Contratista**. a. Cumplir con el objeto de la presente orden con plena autonomía técnica y bajo su propia responsabilidad. Por lo tanto, no existe ni existirá ningún tipo de subordinación de tipo laboral alguno entre el Contratista y La Asociación. b. Cumplir con las actividades descritas en las obligaciones específicas del contrato, conforme a los lineamientos propios e inherentes a la ciencia que desarrolla. c. Responder por los elementos, bienes e información que se pongan a su disposición para la ejecución del objeto del presente contrato, propendiendo, en todo caso por su conservación y uso adecuado; No obstante, el contratista deberá contar con su propio material y herramientas de trabajo y prestará sus servicios de manera independiente y autónoma. d. Cumplir con el objeto del contrato en defensa de los intereses jurídicos, económicos o de cualquier otra naturaleza del CONTRATANTE y aportar sus capacidades, conocimientos y aptitudes, oportunidad y confidencialidad, e. Presentar un informe quincenal de actividades ejecutadas, conforme al objeto del contrato a celebrar. f. Acreditar afiliación y pago a salud, pensión, ARP según lo establecido en el artículo 50 de la ley 789 de 2002, 797 de 2003, Decreto 510 de 2003, ley 1150 de 2007, ley 1393 de 2010. g. Obrar con seriedad y diligencia en el servicio contratado, h. Permitir que el CONTRATANTE o un delegado haga visitas a las instalaciones del CONTRATISTA o el sitio que esté desarrollando la labor contratada. **CLAÚSULA NOVENA**. Obligaciones del CONTRATANTE. Son obligaciones del CONTRATANTE: 1. Cancelar los honorarios fijados al CONTRATISTA, según la forma que se pactó dentro del término debido. 2. Entregar toda la información que solicite el CONTRATISTA para poder desarrollar con normalidad su labor independiente. **CLAÚSULA DECIMA**. Ausencia de Relación Laboral: El presente Contrato no genera relación laboral alguna entre el contratante y el contratista y en consecuencia tampoco el pago de prestaciones sociales, salarios e indemnizaciones **CLAUSULA ONCEAVA.** Terminación anticipada o anormal. – Incumplir las obligaciones propias de cada una de las partes, dará lugar a la otra para terminar unilateralmente el Contrato de Prestación de Servicio. – **CLAUSULA NOVENA**. Domicilio contractual. Las partes acuerdan como domicilio contractual el distrito de Barrancabermeja (Santander).

En todo caso, este contrato presta mérito ejecutivo por ser una obligación clara, expresa y exigible para las partes, Este Contrato de Prestación de Servicios Profesionales se firma en dos ejemplares para las partes en Barrancabermeja.

El presente contrato se suscribe el 09 de octubre de 2022, se firma por las partes que han intervenido, en la ciudad de Barrancabermeja y el inicio estará sujeto al acta de Inicio del convenio.

EL CONTRATANTE,

JHON ALEXANDER PADILLA M.
C.C 13.851.119 de Barrancabermeja
Representante Legal

EL CONTRATISTA,

NEXY JULIET OLIVERO CORONADO
C.C No 37.578.692 de Barrancabermeja

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

"Código Obligatorio para dependientes y afiliaciones al Régimen Subsidiado"

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva eps
gente cuidando gente
NIT 900.156.264-2

FORMULARIO VÍA WEB

I. DATOS DEL TRÁMITE

Lea detenidamente las instrucciones antes de diligenciar este formulario

1. TIPO DE TRÁMITE: A. AFILIACIÓN [ ] B. REPORTE DE NOVEDADES [X]
2. TIPO DE AFILIACIÓN: A. Individual [ ] a) Cotizante o cabeza de familia [X] b) Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectivo [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]
3. RÉGIMEN: C. Contributivo [X] S. Subsidiado [ ]
4. TIPO DE AFILIADO: CO Cotizante [X] CF Cabeza de Familia [ ] BE Beneficiario [ ]
5. TIPO DE COTIZANTE: A. Dependiente [ ] B. Independiente [X] C. Pensionado [ ]
CÓDIGO
FECHA DE LA SOLICITUD: DÍA 30 MES 06 AÑO 2022
6. AFILIACIÓN

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

6. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS
PRIMER APELLIDO: OLIVERO | SEGUNDO APELLIDO: CORONADO | PRIMER NOMBRE: NEXY | SEGUNDO NOMBRE: JULIET
7. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: CC | 8. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 37.578.692 | 9. SEXO: F | 10. FECHA NACIMIENTO: 30 06 1984

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

11. ORIGEN: Código | 12. DISCAPACIDAD: Tipo | Condición | 13. PUNTAJE Y NIVEL DEL SISBEN | 14. GRUPO DE POBLACIÓN ESPECIAL | 15. ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES: POSITIVA
16. ADMINISTRADORA DE PENSIONES: PORVENIR | 17. INGRESO BASE DE COTIZACIÓN: $ 1.000.000 | 18. DIRECCIÓN RESIDENCIA: KR 38 59 49 | ZONA: U. [X] R. [ ] | LOCALIDAD / COMUNA | BARRIO
CIUDAD / MUNICIPIO: B/BERMEJA | DEPARTAMENTO: SANTANDER | TELÉFONO FIJO | TELÉFONO MÓVIL: 3127611724 | CORREO ELECTRÓNICO | CÓDIGO IPS

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

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

19. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS
PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE
20. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD | 21. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD | 22. SEXO | 23. FECHA NACIMIENTO | 24. PARENTESCO

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

	25. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS DE LOS BENEFICIARIOS	26. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	27. NÚMERO DE IDENTIDAD	28. LUGAR NACIMIENTO	29. PARENTESCO	30. SEXO	31. GRUPO POBLACIONAL Tipo	Condición
1								
2								
3								
4								

	32. DATOS DE RESIDENCIA: Dirección y Barrio	Departamento	Zona	33. TELÉFONO FIJO	34. TELÉFONO MÓVIL	35. DATOS DE LA ENTIDAD ADMINISTRADORA DE PENSIONES (AFP)	36. NOMBRE DE LA ENTIDAD PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD (EPS)	NIVEL DE SISBEN	GRUPO POBLACIONAL
1			R. [ ] U. [ ]						
2			R. [ ] U. [ ]						
3			R. [ ] U. [ ]						
4			R. [ ] U. [ ]						

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

37. Nombre o Razón Social | 38. Tipo documento de identidad | 39. Número documento de identidad | DV | 40. Tipo de aportante o pagador de pensiones
41. DIRECCIÓN O DIRECCIÓN
FECHA INICIO DE RELACIÓN LABORAL: 11 10 2022 | CARGO: PSICOLOGA | SALARIO: $ 1.000.000

VI. REPORTE DE NOVEDADES

49. TIPO DE NOVEDAD
1. MODIFICACIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN [ ]
2. CORRECCIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN [ ]
3. ACTUALIZACIÓN DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD [ ]
4. ACTUALIZACIÓN Y/O CORRECCIÓN DE DATOS COMPLEMENTARIOS [ ]
5. EXCLUSIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN EN LA EPS [ ] Código
6. EXCLUSIÓN DE LA EPS [ ]
7. INCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES [ ]
8. EXCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES [ ]
9. INICIO DE RELACIÓN LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PARA EFECTOS DE COTIZACIÓN [ ]
10. TERMINACIÓN DE LA RELACIÓN LABORAL O PERIODO DE LOS CONTRATOS PARA EFECTOS DE COTIZACIÓN [ ]
11. VINCULACIÓN A UNA ENTIDAD ADMINISTRADORA PARA EL AFILIADO A ENTIDADES COLECTIVAS [ ]
12. RETIRO DE UNA ENTIDAD ADMINISTRADORA PARA EL AFILIADO A ENTIDADES COLECTIVAS [ ]
13. MOVILIDAD [ ]
a) AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO
b) AL RÉGIMEN SUBSIDIADO
14. TRASLADO [ ]
A) RÉGIMEN
B) REGIMEN ANTERIOR
15. INGRESO DE PENSIONADO [ ]
16. INGRESO DEL TRABAJADOR DE PRESTACIONES ECONÓMICAS [ ]
17. RETIRO DE LA CIUDAD DE PENSIONADO [ ]
18. RADICADO DE LA CIUDAD DE PENSIONADO [ ]

VII. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN
PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE
TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD | NUMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD | SEXO | FECHA NACIMIENTO
42. FECHA (a partir de) | 43. EPS ANTERIOR Código | 44. MOTIVO DE TRASLADO Código | 45. CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR O PAGADOR DE PENSIONES

VIII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

Declaración juramentada de convivencia: Declaro con carácter de [ ] Unión Marital de Hecho con el(la) Señor(a) [ ] identificado(a) con [ ] No. [ ] desde el día [ ] del mes [ ] del año [ ]
46. Declaración de dependencia económica de los cotizantes y afiliados adicionales: Declaro bajo la gravedad de juramento que mi(s) hijo(s) [ ] identificado(s) dependen económicamente de mí.
47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
48. Declaración de ausencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impidan la entrega de los documentos que acrediten la condición de beneficiarios. Ante terceros de la Entidad.
49. Declaración de no preexistencia del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
50. Autorización para que la EPS, solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
51. Autorización para que la EPS reciba la información que se genere de la atención o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados (maestra) y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.
52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.
53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico y al celular como mensajes de texto.

VIII. FIRMAS

54. Firma del cotizante, cabeza de familia o beneficiario: NEXY OLIVERO
55. Firma y sello del representante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad: CN [ ] RC [ ] TI [ ] CC [X] TA [ ] CE [ ] PA [ ] SC [ ]
Cantidad [ ] Folios [ ]
57. Copia del registro civil de nacimiento, o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
58. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y de bienes cuando sea el caso, o acta de conciliación cuando sea el caso.
59. Copia del certificado de supervivencia o acta de defunción del cónyuge.
60. Copia de la tarjeta de identidad o del acta administrativa de supletorio.
61. Documento en el que conste la calidad de la patria potestad o el certificado de defunción de los padres o la sentencia judicial sobre la custodia de los hijos cuando sea el caso.
62. Copia de la autorización del tutor por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.
63. Certificado de discapacidad para calificar grado de pérdida laboral.
64. Copias de los actos administrativos o providencias de los subrogados competentes en los que conste la calidad de beneficiario de la sustitución de la pensión.

nueva eps
Radicado No. D.PEÑALOZA
Fecha 11/10/2022 C1361

X. PARA SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

porvenir
sólo hay uno

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-4

CERTIFICA QUE:

NEXY JULIET OLIVERO CORONADO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **37.578.692**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 11 de Octubre del 2022.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

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 NEXY JULIET OLIVERO CORONADO, con Cédula Ciudadanía No. 37578692 contratista de la empresa ASOCIACION CENTRO DE VIDA VIVIR MEJOR, con Nit No. 829004002, tiene un registro como Independiente desde el 11/10/2022 y fecha fin de contrato 24/12/2022 con riesgo 1 y a la fecha se encuentra AFILIADO.

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

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web: www.positivaenlinea.gov.co y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202201020175454.

Dada en Bogotá, a los 11 días del mes de octubre de 2022

Cordialmente

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

Impreso por Internet el 11/10/2022 07:42:22 a. m.
ISCDC: 11/10/2022 07:42:22 a. m.

CONTRATO PARA PRESTACIÓN DE SERVICIOS No. 002-22

CONTRATANTE:	**ASOCIACION CENTRO VIDA VIVIR MEJOR**
NIT:	829.004.002-0
CONTRATISTA:	**SHIRLEY JOHANA RUEDA TOBON**
IDENTIFICACIÓN:	C.C No 1.096.217.876 de Barrancabermeja
OBJETO:	PRESTAR SUS SERVICIOS **DE ENFERMERIA PARA LA ATENCION TEMPRANA EN SALUD, DE LOS ADULTOS MAYORES PERTENECIENTES A LA ASOCIACION CENTRO VIDA VIVIR MEJOR Y SUMINISTRO DE MATERIALES QUE SE REQUIERA PARA EL CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO EN EL MARCO DEL DESARROLLO DEL CONVENIO No 5468-22 SUSCRITO ENTRE LA ALCALDIA DISTRITAL Y LA ASOCIACION CENTRO VIDA VIVIR MEJOR.**
VALOR:	**CUATRO MILLONES OCHOCIENTOS CINCUENTA UN MIL PESOS MCTE ($ 4.851.000).**
PLAZO.	SESENTA Y TRES DIAS PROGRAMADOS
REGIMEN TRIBUTARIO:	NO RESPONSABLES DE IVA

Entre los suscritos **ASOCIACION CENTRO VIDA VIVIR MEJOR** con Nit 829.004.002-0, Representado Legalmente por el Señor **JHON ALEXANDER PADILLA MORALES**, mayor de edad, y vecino de esta Ciudad, identificado con cédula de ciudadanía No **13.851.119** expedida en Barrancabermeja y quien en adelante se denominará EL CONTRATANTE y designado supervisor del presente contrato, por una parte y, por la otra **SHIRLEY JOHANA RUEDA TOBON,** mayor de edad, identificado (a) con la cédula de ciudadanía No 1.096.217.876 de Barrancabermeja domiciliado (a) en Barrancabermeja, actuando en nombre propio y quien para los efectos del presente documento se denominará EL CONTRATISTA, acuerdan celebrar el presente contrato de prestación de servicios, el cual se regirá por las siguientes cláusulas y en general por las disposiciones del Código Civil y Código de Comercio aplicables a la materia de qué trata este contrato: **CLAÚSULA PRIMERA. – Objeto.** EL CONTRATISTA, de manera independiente, sin subordinación o dependencia, utilizando sus propios medios, elementos de trabajo, personal a su cargo, se obliga para con EL CONTRATANTE **PRESTAR SUS SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA LA ATENCION PRIMARIA EN SALUD A LOS ADULTOS MAYORES PERTENECIENTES A LA ASOCIACION CENTRO VIDA VIVIR MEJOR, Y SUMINISTRO DE MATERIALES QUE SE REQUIERA PARA EL CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO EN EL MARCO DEL DESARROLLO DEL CONVENIO Nº 5468-22 SUSCRITO ENTRE LA ALCALDIA DISTRITAL Y LA ASOCIACION** y 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. **CLAÚSULA SEGUNDA. – Plazo.** El plazo para la ejecución del presente Contrato será por el término de sesenta y tres (63) días programados 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, siempre y cuando se prorrogue o inicie un nuevo convenio con el distrito de Barrancabermeja.

CLAUSULA TERCERA. - Honorarios. – EL CONTRATANTE pagará al CONTRATISTA el valor de CUATRO MILLONES OCHOCIENTOS CINCUENTA UN MIL PESOS MCTE ($ 4.851.000). **CLAUSULA CUARTA. - Forma de pago.** El valor pactado en la cláusula anterior será cancelado en pagos parciales hasta completar el valor del contrato una vez presentado informe mensual de actividades, aprobado por el supervisor del presente contrato y previa presentación de la cuenta de cobro y pago de la seguridad social (salud, pensión y ARP) ante el CONTRATANTE, que asegure que los bienes y servicio fueron recibidos a entera satisfacción.

CLAÚSULA QUINTA. Prorroga. Si vencido el plazo establecido para la ejecución del contrato de prestación de servicios el CONTRATANTE decide ampliar el plazo de vencimiento, se suscribirá minuta suscrita por las partes, que hará parte integral de este contrato.
CLAÚSULA SEXTA. Nuevo servicio. Si finalizado el objeto del servicio contratado, el CONTRATANTE necesita un nuevo servicio del CONTRATISTA, se deberá hacer un nuevo Contrato de Prestación de Servicios y no se entenderá como prorroga por desaparecer las causas contractuales que dieron origen a este contrato. **CLAÚSULA SÉPTIMA. Obligaciones Específicas del Contratista.** Para el cumplimiento del Objeto convenido en las cláusulas anteriores, el contratista deberá realizar, cuando menos, las siguientes actividades: a. Desarrollar actividades de promoción de la Salud: Son todas las actividades de capacitación, información y educación continua que lleven a los adultos mayores a modificar y reforzar los comportamientos; con el objeto de mantener la salud, lograr nuevos estilos de vida saludable, y fomentar el autocuidado. b. Desarrollar actividades de Prevención de la Enfermedad: Son las diferentes acciones para evitar que aparezcan enfermedades específicas, a través de la detección e intervención de los factores de riesgo y de los factores protectores de la salud, estas acciones deben ser de tipo individual, (Toma de Tensión, Talla, Peso, entre otras). **CLAUSULA OCTAVA. Son obligaciones Generales** del **Contratista**. a. Cumplir con el objeto de la presente orden con plena autonomía técnica y bajo su propia responsabilidad. Por lo tanto, no existe ni existirá ningún tipo de subordinación de tipo laboral alguno entre el Contratista y La Asociación. b. Cumplir con las actividades descritas en las obligaciones específicas del contrato, conforme a los lineamientos propios e inherentes a la ciencia que desarrolla. c. Responder por los elementos, bienes e información que se pongan a su disposición para la ejecución del objeto del presente contrato, propendiendo, en todo caso por su conservación y uso adecuado; No obstante, el contratista deberá contar con su propio material y herramientas de trabajo y prestará sus servicios de manera independiente y autónoma. d. Cumplir con el objeto del contrato en defensa de los intereses jurídicos, económicos o de cualquier otra naturaleza del CONTRATANTE y aportar sus capacidades, conocimientos y aptitudes, oportunidad y confidencialidad, e. Presentar un informe quincenal de actividades ejecutadas, conforme al objeto del contrato a celebrar. f. Acreditar afiliación y pago a salud, pensión, ARP según lo establecido en el artículo 50 de la ley 789 de 2002, 797 de 2003, Decreto 510 de 2003, ley 1150 de 2007, ley 1393 de 2010. g. Obrar con seriedad y diligencia en el servicio contratado, h. Permitir que el CONTRATANTE o un delegado haga visitas a las instalaciones del CONTRATISTA o el sitio que esté desarrollando la labor contratada. **CLAÚSULA NOVENA**. Obligaciones del CONTRATANTE. Son obligaciones del CONTRATANTE: 1. Cancelar los honorarios fijados al CONTRATISTA, según la forma que se pactó dentro del término debido. 2. Entregar toda la información que solicite el CONTRATISTA para poder desarrollar con normalidad su labor independiente. **CLAÚSULA DECIMA**. Ausencia de Relación Laboral: El presente Contrato no genera relación laboral alguna entre el contratante y el contratista y en consecuencia tampoco el pago de prestaciones sociales, salarios e indemnizaciones **CLAUSULA ONCEAVA**. Terminación anticipada o anormal. – Incumplir las obligaciones propias de cada una de las partes, dará lugar a la otra para terminar unilateralmente el Contrato de Prestación de Servicio. – **CLAUSULA NOVENA**. Domicilio contractual. Las partes acuerdan como domicilio contractual el distrito de Barrancabermeja (Santander).
En todo caso, este contrato presta mérito ejecutivo por ser una obligación clara, expresa y exigible para las partes, Este Contrato de Prestación de Servicios Profesionales se firma en dos ejemplares para las partes en Barrancabermeja

El presente contrato se suscribe el 09 de octubre de 2022, se firma por las partes que han intervenido, en la ciudad de Barrancabermeja y el inicio estará sujeto al acta de Inicio del convenio.

EL CONTRATANTE,

JHON ALEXANDER PADILLA M.
C.C 13.851.119 de Barrancabermeja
Representante Legal

EL CONTRATISTA,

Lorena Celis G

LORENA CELIS GUERRERO
C.C No 1.116.797.381 de Arauca

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **RUEDA TOBON SHIRLEY JOHANA** identificado(a) con **CC** número **1.096.217.876** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 01 de junio de 2013 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO.**

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 11 de octubre de 2022.

Cordialmente,

Laura Patricia Merchan Metaute
Equipo Gestión de Operaciones.

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

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

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 SHIRLEY JOHANA RUEDA TOBON, con Cédula Ciudadanía No. 1096217876 contratista de la empresa ASOCIACION CENTRO DE VIDA VIVIR MEJOR, con Nit No. 829004002, tiene un registro como Independiente desde el 11/10/2022 y fecha fin de contrato 24/12/2022 con riesgo 1 y a la fecha se encuentra AFILIADO.

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

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web: www.positivaenlinea.gov.co y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202201020175551.

Dada en Bogotá, a los 11 días del mes de octubre de 2022

IRS_4_1_3_F815 v_04

Cordialmente

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

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

"Código Único para dependientes y afiliaciones al Régimen Subsidiado"

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva eps
gente cuidando gente
NIT 900.156.264-2

FORMULARIO VÍA WEB

I. DATOS DEL TRÁMITE — Leer detenidamente las instrucciones antes de diligenciar este formulario

1. TIPO DE TRÁMITE: A. AFILIACIÓN [ ] B. REPORTE DE NOVEDADES [X]
2. TIPO DE AFILIACIÓN: A. Individual: a) Cotizante o Cabeza de Familia [X] b) Beneficiario o Adicional [ ] B. Colectivo [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]
3. RÉGIMEN: C. Contributivo [X] E. Subsidiado [ ]
4. TIPO DE AFILIADO: CO Cotizante [X] CF Cabeza de Familia [ ] BE Beneficiario [ ]
5. TIPO DE MOVIMIENTO: A. Dependiente [ ] B. Independiente [X] C. Pensionado [ ]
CÓDIGO:
FECHA DE LA SOLICITUD:
6. AFILIACIÓN:

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

8. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS
PRIMER APELLIDO: RUEDA — SEGUNDO APELLIDO: TOBON — PRIMER NOMBRE: SHIRLEY — SEGUNDO NOMBRE: JOHANA
7. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: CC — 9. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAL: 1.096.217.876 — 11. SEXO: F — 10. FECHA NACIMIENTO: 19 09 1992

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

16. GRUPO ÉTNICO: Código: — 17. DISCAPACIDAD: Tipo: — Cual(es): — 18. PUNTAJE Y NIVEL DEL SISBEN: — 19. GRUPO DE POBLACIÓN ESPECIAL: — 15. ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES: POSITIVA
14. PARENTESCO: PROTECCION — 12. INGRESOS MENSUALES: $ 1.000.000 — 13. OCUPACIÓN: KR 34 B 0 29 — 20. DIRECCIÓN DE RESIDENCIA: — ZONA: U [X] R [ ] — LOCALIDAD / COMUNA: — BARRIO:
DEPARTAMENTO DE RESIDENCIA: B/BERMEJA — MUNICIPIO DE RESIDENCIA: SANTANDER — TELÉFONO FIJO: — TELÉFONO MÓVIL: 3132367880 — CORREO ELECTRÓNICO: — GRUPO IPS:

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

19. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS
PRIMER APELLIDO — SEGUNDO APELLIDO — PRIMER NOMBRE — SEGUNDO NOMBRE
20. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD — 21. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD — 22. SEXO — 23. FECHA NACIMIENTO — 24. GRUPO IPS

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

	25. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS DE LOS BENEFICIARIOS	26. Tipo documento de identidad	27. Número de identidad	28. Fecha de nacimiento	29. Parentesco	30. Sexo	31. Grupo étnico	32. Discapacidad Tipo	Cual(es)
1						F M			
2						F M			
3						F M			
4						F M			

	33. DATOS DE RESIDENCIA: Departamento	Municipio	Zona	Teléfono	34. FECHA DE AFILIACIÓN AL SGSSS (dd mm aaaa)	35. Número de la institución prestadora de servicios de salud (IPS)	NIVEL DEL SISBEN	COPIA DOCUMENTO
1			R U					
2			R U					
3			R U					
4			R U					

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

36. Nombre o Razón social — 36. Tipo documento de identidad — 37. Número documento de identidad — 38. Tipo de aportante o pagador de pensiones
39. UBICACIÓN O DIRECCIÓN — DEPARTAMENTO — MUNICIPIO — ZONA — TELÉFONO
FECHA INGRESO DE RELACIÓN LABORAL: 11 10 2022 — CARGO: ENFERMERA — SALARIO: $ 1.000.000

VI. REPORTE DE NOVEDADES

40. TIPO DE NOVEDAD
1. MODIFICACIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN [ ]
2. CORRECCIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN [ ]
3. ACTUALIZACIÓN DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD [ ]
4. ACTUALIZACIÓN Y/O CORRECCIÓN DE DATOS COMPLEMENTARIOS [ ]
5. TERMINACIÓN DE LA INSCRIPCIÓN EN LA EPS [ ] Código
6. RE-INSCRIPCIÓN EN LA EPS [ ]
7. INCLUSIÓN DE COTIZANTES O DE AFILIADOS ADICIONALES [ ]
8. EXCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES [ ]
9. INICIO DE RELACIÓN LABORAL O ADQUISICIÓN DE CONDICIONES PARA COTIZAR [ ]
10. TERMINACIÓN DE LA RELACIÓN LABORAL O PÉRDIDA DE LAS CONDICIONES PARA SEGUIR COTIZANDO [ ]
11. VINCULACIÓN A UNA ENTIDAD ADMISIBLE PARA EL MEDIO ADECUADO DE PAGO COLECTIVO [ ]
12. DESVINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA RECIBIR EL MEDIO ADECUADO DE PAGO COLECTIVO [ ]
13. MOVILIDAD: a) AL REGIMEN CONTRIBUTIVO [ ] b) AL REGIMEN SUBSIDIADO [ ]
14. TRASLADO: a) DESDE REGIMEN [ ] b) HACIA REGIMEN [ ]
15. REPORTE DE FALLECIMIENTO [ ]
16. REPORTE DEL TRÁMITE DE PROTECCIÓN AL CESANTE [ ]
17. REPORTE DE LA CALIDAD DE PENSIONADO [ ]
18. REPORTE DE LA CALIDAD DE PENSIONADO [ ]

VII. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN

PRIMER APELLIDO — SEGUNDO APELLIDO — PRIMER NOMBRE — SEGUNDO NOMBRE
42. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD — NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD — SEXO — FECHA NACIMIENTO
43. FECHA (a partir de) — 43. EPS ANTERIOR Código — 44. MOTIVO DE TRASLADO Código — 45. CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR O PAGADOR DE PENSIONES

VIII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

Declaración Juramentada de convivencia: Declaro bajo gravedad de juramento que hace parte de mi núcleo familiar el señor(a) ____ identificado con ____ No. ____ desde el día ____ del mes ____ del año ____ [ ]
45. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales: Declaro bajo la gravedad de juramento que dependen económicamente de mí. [ ]
46. Conocimiento de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción [ ]
47. Declaración de no existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impidan la entrega de los documentos que validen la condición de beneficiario. Ante soporte de la Entidad [ ]
48. Conocimiento de no interrupción del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una institución prestadora de Servicios de Salud. [ ]
49. 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. [ ]
50. Autorización para que la EPS requiera la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la Base de Datos. Se atienden vigentes y a las entidades públicas que por ley tengamos la requieran. [ ]
51. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013. [ ]
52. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto. [ ]

VIII. FIRMAS

53. SHIRLEY RUEDA
Firma del cotizante, cabeza de familia o beneficiario

Firma y sello del empleador, en calidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio

IX. ANEXOS

54. Anexo copia del documento de identidad: CE [ ] RC [ ] TI [ ] CC [ ] PA [ ] CE [ ] NE [ ] NV [ ]
Cantidad: [ ] Folios [ ]
55. Copia del certificado de afiliación o carta de inclusión del menor [ ]
56. Copia del registro civil de nacimiento, o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital [ ]
57. Copia de la sentencia judicial o providencia judicial que ordene el divorcio, sentencias judiciales que impartan la custodia y cuidado personal o acuerdos públicos, acta de conciliación judicial que declare la unión marital de hecho [ ]
58. Copia del certificado de afiliación o carta de inclusión del menor [ ]
59. Copia de la tarjeta de identidad del niño adolescente en custodia [ ]
60. Copia del acta de defunción del cónyuge o compañero(a) permanente fallecido para la afiliación del cónyuge supérstite [ ]
61. Copia del certificado de afiliación o carta de inclusión del menor [ ]
62. Copia de la autorización del traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud [ ]
63. Copia del acta de matrimonio civil o religioso para la afiliación del cónyuge [ ]
64. Copia del acta de conciliación o sentencia de los juzgados competentes en la que reconozca la unión marital de hecho [ ]

nueva eps
Radicado No. D.PEÑALOZA
Fecha: 11/10/2022 C1361

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD RESPONSABLE

CONTRATO PARA PRESTACIÓN DE SERVICIOS No. 006-22

CONTRATANTE:	ASOCIACION CENTRO VIDA VIVIR MEJOR
NIT:	829.004.002-0
CONTRATISTA:	**YENNIFER OLIVERO CORONADO**
IDENTIFICACIÓN:	C.C No 1.096.188.228 DE BARRANCABERMEJA.
OBJETO:	**PRESTAR SERVICIOS DE USO DE INTERNET A LOS 100 ADULTOS MAYORES PERTENECIENTES A LA ASOCIACION CENTRO VIDA VIVIR MEJOR EN EL MARCO DEL DESARROLLO DEL CONVENIO No 5468-22 SUSCRITO ENTRE LA ALCALDIA DISTRITO Y LA ASOCIACION CENTRO VIDA VIVIR MEJOR.**
VALOR:	TRES MILLONES TRECIENTOS VEINTISEIS MIL CUATROCIENTOS PESOS MCTE ($3.326.400)
REGIMEN TRIBUTARIO:	NO REPONSABLE DE IVA
DURACIÓN:	SESENTA Y TRES (63) DIAS

Entre los suscritos **ASOCIACION CENTRO VIDA VIVIR MEJOR** con Nit 829.004.002-0, Representado Legalmente por el Señor **JHON ALEXANDER PADILLA MORALES**, mayor de edad, y vecino de esta Ciudad, identificado con cédula de ciudadanía No **13.851.119** expedida en Barrancabermeja y quien en adelante se denominará EL CONTRATANTE y designado supervisor del presente contrato, por una parte y, por la otra **YENNIFER OLIVERO CORONADO**, mayor de edad, identificado (a) con la cédula de ciudadanía No. 1.096.188.228 expedida en Barrancabermeja domiciliado (a) en Barrancabermeja, actuando en nombre propio y quien para los efectos del presente documento se denominará EL CONTRATISTA, acuerdan celebrar el presente contrato de prestación de servicios, el cual se regirá por las siguientes cláusulas y en general por las disposiciones del Código Civil y Código de Comercio aplicables a la materia que trata este contrato: **CLAÚSULA PRIMERA. – Objeto.** EL CONTRATISTA, de manera independiente, sin subordinación o dependencia, utilizando sus propios medios, elementos de trabajo, personal a su cargo, se obliga para con **EL CONTRATANTE PRESTAR SERVICIOS DE USO DE INTERNET A LOS 100 ADULTOS MAYORES PERTENECIENTES A LA ASOCIACION CENTRO VIDA VIVIR MEJOR EN EL MARCO DEL DESARROLLO DEL CONVENIO No 5468-22 SUSCRITO ENTRE LA ALCALDIA DISTRITO Y LA ASOCIACION CENTRO VIDA VIVIR MEJOR.** y 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. **CLAÚSULA SEGUNDA. – Plazo.** El plazo para la ejecución del presente Contrato será de sesenta y tres (63) DIAS, 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, siempre y cuando se prorrogue o inicie un nuevo convenio con el Municipio de Barrancabermeja. **CLAUSULA TERCERA.- Honorarios.** – EL CONTRATANTE pagará al CONTRATISTA el valor de TRES MILLONES TRECIENTOS VEINTISEIS MIL CUATROCIENTOS PESOS MCTE ($3.326.400) CLAUSULA **CUARTA. - Forma de pago.** El valor pactado en la cláusula anterior será cancelado en pagos parciales hasta completar el valor del contrato una vez presentado informe final de actividades, aprobado por el supervisor del presente contrato y previa presentación de la cuenta de cobro y pago de la seguridad social (salud, pensión y ARP) ante EL CONTRATANTE, que asegure que los bienes y servicio fueron recibidos a entera satisfacción, suscripción del acta final y de liquidación por el supervisor del contrato. **CLAUSULA QUINTA. Prorroga**. Si vencido el plazo establecido para la ejecución del contrato de prestación de servicios el CONTRATANTE decide ampliar el plazo de vencimiento, se suscribirá minuta suscrita por las partes, que hará parte integral de este contrato. **CLAÚSULA SEXTA. Nuevo servicio**. Si finalizado el objeto del servicio contratado, el CONTRATANTE necesita un nuevo servicio del CONTRATISTA, se deberá hacer un nuevo Contrato de Prestación de Servicios y no se entenderá como prorroga por desaparecer las causas

contractuales que dieron origen a este contrato. **Obligaciones Específicas del Contratista**. Para el cumplimiento del Objeto convenido en las clausulas anteriores, el contratista deberá realizar, cuando menos, las siguientes actividades: Brindar capacitación en uso de internet, trabajo en equipo. b. Desarrollar talleres de formación a los adultos mayores bajo su dirección referente al uso de internet.**CLAUSULA OCTAVA. Son obligaciones Generales del Contratista**. a. Cumplir con el objeto de la presente orden con plena autonomía técnica y bajo su propia responsabilidad. Por lo tanto, no existe ni existirá ningún tipo de subordinación de tipo laboral alguno entre el Contratista y La Asociación. b. Cumplir con las actividades descritas en las obligaciones especificas del contrato, conforme a los lineamientos propios e inherentes a la ciencia que desarrolla. c. Responder por los elementos, bienes e información que se pongan a su disposición para la ejecución del objeto del presente contrato, propendiendo, en todo caso por su conservación y uso adecuado; No obstante el contratista deberá contar con su propio material y herramientas de trabajo y prestará sus servicios de manera independiente y autónoma. d. Cumplir con el objeto del contrato en defensa de los intereses jurídicos, económicos o de cualquier otra naturaleza del CONTRATANTE y aportar sus capacidades, conocimientos y aptitudes, oportunidad y confidencialidad, e. Presentar un informe mensual de actividades ejecutadas, conforme al objeto del contrato a celebrar. f. Acreditar afiliación y pago a salud, pensión, ARP según lo establecido en el artículo 50 de la ley 789 de 2002, 797 de 2003, Decreto 510 de 2003, ley 1150 de 2007, ley 1393 de 2010. g. Obrar con seriedad y diligencia en el servicio contratado, h. Permitir que el CONTRATANTE o un delegado haga visitas a las instalaciones del CONTRATISTA o el sitio que esté desarrollando la labor contratada. **CLAÚSULA NOVENA**. Obligaciones del CONTRATANTE. Son obligaciones del CONTRATANTE: 1. Cancelar los honorarios fijados al CONTRATISTA, según la forma que se pactó dentro del término debido. 2. Entregar toda la información que solicite el CONTRATISTA para poder desarrollar con normalidad su labor independiente. **CLAÚSULA DECIMA**. Ausencia de Relación Laboral: El presente Contrato no genera relación laboral alguna entre el contratante y el contratista y en consecuencia tampoco el pago de prestaciones sociales, salarios e indemnizaciones **CLAUSULA ONCEAVA**. Terminación anticipada o anormal. – Incumplir las obligaciones propias de cada una de las partes, dará lugar a la otra para terminar unilateralmente el Contrato de Prestación de Servicio. **– CLAUSULA DOCEAVA**. Domicilio contractual. Las partes acuerdan como domicilio contractual el distrito de Barrancabermeja (Santander).

En todo caso, este contrato presta mérito ejecutivo por ser una obligación clara, expresa y exigible para las partes, Este Contrato de Prestación de Servicios Profesionales se firma en dos ejemplares para las partes en Barrancabermeja
El presente contrato se suscribe el 09 de octubre de 2022, se firma por las partes que han intervenido, en la ciudad de Barrancabermeja y el inicio estará sujeto al acta de Inicio del convenio

EL CONTRATANTE,

JHON ALEXANDER PADILLA M.
C.C. 13.851.119 de Barrancabermeja.
Representante Legal

EL CONTRATISTA,

Yennifer Olivero C

YENNIFER OLIVERO CORONADO.
C.C. No1.096.188.228 de Barrancabermeja

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 YENNYFER OLIVERO CORONADO, con Cédula Ciudadanía No. 1096188228 contratista de la empresa ASOCIACION CENTRO DE VIDA VIVIR MEJOR, con Nit No. 829004002, tiene un registro como Independiente desde el 11/10/2022 y fecha fin de contrato 24/12/2022 con riesgo 1 y a la fecha se encuentra AFILIADO.

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

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web: www.positivaenlinea.gov.co y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202201020175692.

Dada en Bogotá, a los 11 días del mes de octubre de 2022

MIS_4_1_3_FRIS v_04

Cordialmente

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

porvenir
sólo hay uno

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

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

CERTIFICA QUE:

YENNYFER OLIVERO CORONADO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.096.188.228**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 11 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.