CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Entre La **ASOCIACION CENTRO VIDA MI QUERIDO VIEJO**, sociedad comercial legalmente constituida y con domicilio principal en la ciudad de Barrancabermeja, con número de NIT 829.002.462-6 y quien en adelante para efectos del presente contrato se denominara **EL CONTRATANTE**; representada legalmente por **MAYERLI CAROLINA MARTINEZ VELASQUEZ,** identificada con cedula de ciudadanía N° 1096222501 de Barrancabermeja; al pie de su firma y por otra parte**, ALEYDA MEJIA MORENO** identificada con la cedula de ciudadanía No 37580498 de Barrancabermeja; quien para efectos del presente contrato será **EL CONTRATISTA.** Hemos convenido celebrar el presente contrato de Prestación de Servicios que se regulara por las cláusulas que a continuación se expresan y en general por las disposiciones del Código Civil y Código de Comercio aplicables a la materia de qué trata este contrato:

PRIMERA. OBJETO: EL CONTRATISTA prestará los servicios como **MANIPULADORA DE ALIMENTOS**, en las instalaciones del centro Vida mi Querido Viejo ubicado en la carrera 45 N 80 32 barrio caminos de san silvestre en el Distrito de Barrancabermeja.

SEGUNDA. TERMINO DEL CONTRATO: Este contrato de prestación de servicios se extenderá por un periodo de 63 días programados, contados a partir de la firma de acta de inicio de contrato de asociacion **No 5462-22** se incluye festivos y no dominicales

TERCERO. VALOR: El valor de este contrato es de DOS MILLONES TRESCIENTOS TREINTA Y UN MIL PESOS COP ($ 2.331.000.oo), pagaderos previa presentación de informes a Secretaria de Adulto Mayor, Juventud e Inclusión Social del Distrito de Barrancabermeja, previo al cumplimiento de todos los requisitos necesarios para su liquidación, previa elaboración y entrega de informe técnico de actividades, fotocopia del documento de identidad, fotocopia del Rut, Fotocopia de la tarjeta profesional, copia del pago de aportes en seguridad social, pensión y riesgos laborales de los meses referentes a cada pago y cuenta de cobro.

CUARTO. OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA: Son obligaciones del CONTRATISTA: 1) Obrar con seriedad y diligencia en el servicio contratado. 2) Atender las solicitudes y recomendaciones que haga el CONTRATANTE o un delegado. 3) El contratista se compromete a cumplir con las siguientes funciones: deberá cumplir en forma eficiente y oportuna los trabajos encomendados y aquellas obligaciones que se generen de acuerdo con la naturaleza del servicio, además de aplicar los procedimientos pertinentes y ofrecidos en su propuesta de trabajo.

QUINTO. OBLIGACIONES DEL CONTRATANTE: Son obligaciones del **CONTRATANTE** 1) El CONTRATANTE se comprometerá a suministrar todo lo necesario para el buen desempeño de la labor contratada, 2) Cancelar el valor del contrato según la forma que se pacto en la cláusula tercera y en el término estipulado. 3) Entregar toda la información, materiales y suministros que solicite el CONTRATISTA para poder desarrollar con normalidad su labor independiente.

SEXTA. TERMINACION ANTICIPADA O ANORMAL: Incumplir las obligaciones propias de cada una de las partes, dará lugar a la otra para terminar unilateralmente este contrato de Prestación de Servicios.

SEPTIMA. CLAUSULA COMPROMISORIA: Toda controversia o diferencia relativa a este contrato, su ejecución y liquidación se resolverá por un tribunal de arbitramiento que será designado por las partes y será en el domicilio donde se debió ejecutar el servicio contratado o en su defecto el domicilio de la parte que lo convoque. Este tribunal se sujetara a lo dispuesto en el Decreto 1818 de 1998 o Estatuto Orgánico los sistemas alternativos de solución de conflictos y demás normas concordante.

OCTAVA. REGIMEN LABORAL: Por ser el presente un contrato de carácter administrativo, se deja constancia que por su naturaleza no constituye vinculo de trabajo entre la Asociación Centro Vida mi Querido Viejo y la señora ALEYDA MEJIA MORENO

De conformidad con lo anterior, las partes suscriben el presente documento, en dos ejemplares del mismo tenor, para cada una de las partes involucradas el décimo noveno (19) día del mes de Septiembre del año 2022, con iniciación según acta de inicio de contrato de asociación **No 5462-22** en señal de aceptación de las condiciones pactadas en el Distrito de Barrancabermeja.

MAYERLI CAROLINA MARTINEZ VELASQUEZ

C.C 1096222501 de Barrancabermeja

Representante Legal

CONTRATANTE

Aleyda Mejia

ALEYDA MEJIA MORENO

CC 37580498 de Barrancabermeja

Manipuladora de Alimentos

CONTRATISTA

nueva eps

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) ALEYDA MEJIA MORENO identificado(a) con CC 37580498 se encuentra afiliado a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de	01/04/2014
Estado de la Afiliación:	ACTIVO
IPS:	FORPRESALUD I.P.S. SAS- BARRANCABERMEJA
Categoría:	A

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para QUIEN INTERESE, a los 21 días del mes de septiembre del año 2022.

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

Observaciones:

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

Cordialmente,

Gerencia de Afiliaciones
Nueva EPS S.A

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:

ALEYDA MEJIA MORENO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **37.580.498**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 20 de Septiembre del 2022.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

COMPROBANTE DE RADICACIÓN DE LA AFILIACIÓN DEL DIA 29/09/2022

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo documento:	NI	**Número de documento:**	829002462	**Cédula Usuario:**	CC 1096222501
Nombre:	ASOC MI QUERIDO VIEJO				
Dirección:	CLL 73 # 34B-44 BARRIO CIUDADELA PIPATON				
Departamento:	SANTANDER		**Municipio:**	BARRANCABERMEJA	
Correo electrónico:	amordedioss@hotmail.com				
Teléfono:	3022873247		**Tarifa:**	0.522	
Actividad Económica:	1552101 EXPENDIO A LA MESA DE COMIDAS PREPARADAS, EN RESTAURANTES				

DATOS DEL USUARIO QUE REALIZA LA RADICACIÓN

Cédula Usuario	Nombres y Apellidos del Usuario
CC 1096222501	MAYERLI CAROLINA MARTINEZ VELASQUEZ

DATOS AFILIADOS RADICADOS

	Radicado	Cobertura	Documento	Nombre Trabajador	Riesgo	Tarifa	Tipo
1	10	30/09/2022	CC 37580498	MEJIA MORENO ALEYDA	1	0.522	Independiente

OBSERVACIONES

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

MIS_4_1_3_FR_004

Cordial saludo,

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

3C679A40E3B0DB6CFA69FBD31CF5735E

Certificado impreso el día 9/29/2022 4:18:43 PM por el portal de empresas Edesk

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES

Entre La **ASOCIACION CENTRO VIDA MI QUERIDO VIEJO**, sociedad comercial legalmente constituida y con domicilio principal en la ciudad de Barrancabermeja, con número de NIT 829.002.462-6 y quien en adelante para efectos del presente contrato se denominara **EL CONTRATANTE**; representada legalmente por **MAYERLI CAROLINA MARTINEZ VELASQUEZ,** identificada con cedula de ciudadanía N° 1096222501 de Barrancabermeja; al pie de su firma y por otra parte**, ARIANA MARCELA PEREZ NAVARRO**, identificada con la cedula de ciudadanía No 1098730179 de Bucaramanga; quien para efectos del presente contrato será **EL CONTRATISTA.** hemos convenido celebrar el presente contrato de Prestación de Servicios Profesionales que se regulara por las cláusulas que a continuación se expresan y en general por las disposiciones del Código Civil y Código de Comercio aplicables a la materia de qué trata este contrato:

PRIMERA. OBJETO: EL CONTRATISTA prestará los servicios profesionales como **FISIOTERAPEUTA**, en las instalaciones del centro Vida mi Querido Viejo ubicado en la carrera 45 N 80 32 barrio caminos de san silvestre en el Distrito de Barrancabermeja.

SEGUNDA. TERMINO DEL CONTRATO: Este contrato de prestación de servicios profesionales se extenderá por un periodo de 63 días programados, contados a partir de la firma de acta de inicio de contrato de asociación **No 5462-22** se incluye festivos y no dominicales

TERCERO. VALOR: El valor de este contrato es de TRECE MILLONES SETECIENTOS VEINTI UN MIL CUATROCIENTOS PESOS COP ($ 13.721.400.oo), pagaderos previa presentación de informes a Secretaria de Adulto Mayor, Juventud e Inclusión Social del Distrito de Barrancabermeja, previo al cumplimiento de todos los requisitos necesarios para su liquidación, previa elaboración y entrega de informe técnico de actividades, fotocopia del documento de identidad, fotocopia del Rut, Fotocopia de la tarjeta profesional, copia del pago de aportes en seguridad social, pensión y riesgos laborales de los meses referentes a cada pago y cuenta de cobro.

CUARTO. OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA: Son obligaciones del CONTRATISTA: 1) Obrar con seriedad y diligencia en el servicio contratado. 2) Atender las solicitudes y recomendaciones que haga el CONTRATANTE o un delegado. 3) El contratista se compromete a cumplir con las siguientes funciones: deberá cumplir en forma eficiente y oportuna los trabajos encomendados y aquellas obligaciones que se generen de acuerdo con la naturaleza del servicio, además de aplicar los procedimientos pertinentes y ofrecidos en su propuesta de trabajo.

QUINTO. OBLIGACIONES DEL CONTRATANTE: Son obligaciones del **CONTRATANTE** 1) El CONTRATANTE se comprometerá a suministrar todo lo necesario para el buen desempeño de la labor contratada, 2) Cancelar el valor del contrato según la forma que se pacto en la cláusula tercera y en el término estipulado. 3) Entregar toda la información, materiales y suministros que solicite el CONTRATISTA para poder desarrollar con normalidad su labor independiente.

SEXTA. TERMINACION ANTICIPADA O ANORMAL: Incumplir las obligaciones propias de cada una de las partes, dará lugar a la otra para terminar unilateralmente este contrato de Prestación de Servicios.

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

OCTAVA. REGIMEN LABORAL: Por ser el presente un contrato de carácter administrativo, se deja constancia que por su naturaleza no constituye vinculo de trabajo entre la Asociación Centro Vida mi Querido Viejo y la señora ARIANA MARCELA PEREZ NAVARRO

De conformidad con lo anterior, las partes suscriben el presente documento, en dos ejemplares del mismo tenor, para cada una de las partes involucradas el décimo noveno (19) día del mes de Septiembre del año 2022, con iniciación según acta de inicio de contrato de asociación **No 5462-22**, en señal de aceptación de las condiciones pactadas en el Municipio de Barrancabermeja.

MAYERLI CAROLINA MARTINEZ VELASQUEZ

C.C 1096222501 de Barrancabermeja

Representante Legal

CONTRATANTE

ARIANA MARCELA PEREZ NAVARRO

CC 1098730179 de Bucaramanga

Fisioterapeuta

CONTRATISTA

nueva eps

CERTIFICA QUE

El(La) Señor(a) **ARIANA MARCELA PEREZ NAVARRO**; identificado(a) con **CC** número **1098730179**; se encuentra afiliado a la EPS.

Fecha de Activación de Servicios: **01/04/2013**

Estado de la Afiliación **Vigente**

Categoría: **A**

La presente certificación se expide a solicitud del (de la) interesado(a) en Bogotá para QUIEN INTERESE, a los **14** días del mes **9** del año **2022**

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

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

Cordialmente,

Gerencia de Afiliaciones

Colpensiones 10 años

GOBIERNO DE COLOMBIA

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **ARIANA MARCELA PEREZ NAVARRO** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1098730179,** se encuentra afiliado/a desde **01/06/2017** 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 20 de septiembre de 2022.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

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

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

COMPROBANTE DE RADICACIÓN DE LA AFILIACIÓN DEL DIA 29/09/2022

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo documento:	NI	**Número de documento:**	829002462	**Cédula Usuario:**	CC 1096222501
Nombre:	ASOC MI QUERIDO VIEJO				
Dirección:	CLL 73 # 34B-44 BARRIO CIUDADELA PIPATON				
Departamento:	SANTANDER		**Municipio:**	BARRANCABERMEJA	
Correo electrónico:	amordedioss@hotmail.com				
Teléfono:	3022873247		**Tarifa:**	0.522	
Actividad Económica:	1552101 EXPENDIO A LA MESA DE COMIDAS PREPARADAS, EN RESTAURANTES				

DATOS DEL USUARIO QUE REALIZA LA RADICACIÓN

Cédula Usuario	Nombres y Apellidos del Usuario
CC 1096222501	MAYERLI CAROLINA MARTINEZ VELASQUEZ

DATOS AFILIADOS RADICADOS

	Radicado	Cobertura	Documento	Nombre Trabajador	Riesgo	Tarifa	Tipo
1	15	30/09/2022	CC 1098730179	PEREZ NAVARRO ARIANA	1	0.522	**Independiente**

OBSERVACIONES

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

MIS_4_1_3_FR15

Cordial saludo,

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

3C679A40E3B0DB6CFA69FBD31CF5735E

Certificado impreso el día 9/29/2022 5:07:35 PM por el portal de empresas Edesk

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES

Entre La **ASOCIACION CENTRO VIDA MI QUERIDO VIEJO**, sociedad comercial legalmente constituida y con domicilio principal en la ciudad de Barrancabermeja, con número de NIT 829.002.462-6 y quien en adelante para efectos del presente contrato se denominara **EL CONTRATANTE**; representada legalmente por **MAYERLI CAROLINA MARTINEZ VELASQUEZ**, identificada con cedula de ciudadanía N° 1096222501 de Barrancabermeja; al pie de su firma y por otra parte, **CLAUDIA MARTINA AVILA ALANDETE,** identificada con la cedula de ciudadanía No 63464270 de Barrancabermeja; quien para efectos del presente contrato será **EL CONTRATISTA.** hemos convenido celebrar el presente contrato de Prestación de Servicios Profesionales que se regulara por las cláusulas que a continuación se expresan y en general por las disposiciones del Código Civil y Código de Comercio aplicables a la materia de qué trata este contrato:

PRIMERA. OBJETO: EL CONTRATISTA prestará los servicios profesionales como **DIRECTORA TECNICA**, en las instalaciones del centro Vida mi Querido Viejo ubicado en la carrera 45 N 80 32 barrio caminos de san silvestre en el Distrito de Barrancabermeja.

SEGUNDA. TERMINO DEL CONTRATO: Este contrato de prestación de servicios profesionales se extenderá por un periodo de 63 días programados, contados a partir de la firma de acta de inicio de contrato de asociación **No 5462-22** se incluye festivos y no dominicales

TERCERO. VALOR: El valor de este contrato es de DIEZ MILLONES SEISCIENTOS CUATRENTA Y CUATRO MIL CUATROCIENTOS OCHENTA PESOS COP ($ 10.644.480.oo), pagaderos previa presentación de informes a Secretaria de Adulto Mayor, Juventud e Inclusión Social del Distrito de Barrancabermeja, previo al cumplimiento de todos los requisitos necesarios para su liquidación, previa elaboración y entrega de informe técnico de actividades, fotocopia del documento de identidad, fotocopia del Rut, Fotocopia de la tarjeta profesional, copia del pago de aportes en seguridad social, pensión y riesgos laborales de los meses referentes a cada pago y cuenta de cobro.

CUARTO. OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA: Son obligaciones del CONTRATISTA: 1) Obrar con seriedad y diligencia en el servicio contratado. 2) Atender las solicitudes y recomendaciones que haga el CONTRATANTE o un delegado. 3) El contratista se compromete a cumplir con las siguientes funciones: deberá cumplir en forma eficiente y oportuna los trabajos encomendados y aquellas obligaciones que se generen de acuerdo con la naturaleza del servicio, además de aplicar los procedimientos pertinentes y ofrecidos en su propuesta de trabajo.

QUINTO. OBLIGACIONES DEL CONTRATANTE: Son obligaciones del **CONTRATANTE** 1) El CONTRATANTE se comprometerá a suministrar todo lo necesario para el buen desempeño de la labor contratada, 2) Cancelar el valor del contrato según la forma que se pactó en la cláusula tercera y en el término estipulado. 3) Entregar toda la información, materiales y suministros que solicite el CONTRATISTA para poder desarrollar con normalidad su labor independiente.

SEXTA. TERMINACION ANTICIPADA O ANORMAL: Incumplir las obligaciones propias de cada una de las partes, dará lugar a la otra para terminar unilateralmente este contrato de Prestación de Servicios.

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

OCTAVA. REGIMEN LABORAL: Por ser el presente un contrato de carácter administrativo, se deja constancia que por su naturaleza no constituye vinculo de trabajo entre la Asociación Centro Vida mi Querido Viejo y la señora CLAUDIA MARTINA AVILA ALANDETE

De conformidad con lo anterior, las partes suscriben el presente documento, en dos ejemplares del mismo tenor, para cada una de las partes involucradas el décimo noveno (19) día del mes de Septiembre del año 2022, con iniciación según acta de inicio de contrato de asociación **No 5462-22**, en señal de aceptación de las condiciones pactadas en el Municipio de Barrancabermeja.

MAYERLI CAROLINA MARTINEZ VELASQUEZ

C.C 1096222501 de Barrancabermeja

Representante Legal

CONTRATANTE

Claudia Avila

CLAUDIA MARTINA AVILA ALANDETE

CC 63464270 de Barrancabermeja

Directora Técnica

CONTRATISTA

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

EPS Sanitas
Nuestro compromiso es contigo
NIT. 800.251.440-6

No. de Radicación

Fecha de Radicación D D M M A A A A

162796550

(Lea las instrucciones que se encuentran al respaldo antes de diligenciar este formulario)

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite
A. Afiliación V B. Reporte de Novedades

2. Tipo de Afiliación
A. Individual - Cotizante o Cabeza de Familia - Beneficiario o Afiliado adicional
B. Colectiva C. Institucional X
D. De Oficio

3. Régimen
A. Contributivo X B. Subsidiado

4. Tipo de Afiliado
A. Cotizante X B. Cabeza de Familia C. Beneficiario

5. Tipo de Cotizante
A. Dependiente B. Independiente X C. Pensionado

Código (a registrar por la EPS)

A. AFILIACIÓN

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

6. Apellidos y nombres

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
Avila	Alvarado	Claudia	Marina

7. Tipo de documento de identidad
CN TI CE CD
RC CC V PA SC

8. Número del documento de identidad
63469720

9. Sexo
Femenino X Masculino

10. Fecha de nacimiento
2 9 0 8 1 9 7 4

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos Personales

11. Etnia

12. Discapacidad
Tipo F N M Condición T P

13. Puntaje SISBÉN

14. Grupo de población especial

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL
Positiva

16. Administradora de Pensiones
Porvenir

17. Ingreso base de cotización - IBC
$ 3.193.344

18. Residencia

Dirección: Cra 33 Nº 7125 Barrio Floresta

Teléfono Fijo:

Teléfono Celular: 3005256078

Correo Electrónico: claudia.avila@hotmail.es

Municipio / Distrito: Barranca/la

Zona: Urbana Rural

Localidad / Comuna:

Departamento: Santander

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos Básicos de Identificación del Cónyuge o compañero(a) permanente cotizante

19. Apellidos y nombres

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

20. Tipo de documento de identidad
CN TI CE CD
RC CC PA SC

21. Número del documento de identidad

22. Sexo
Femenino Masculino

23. Fecha de nacimiento
D D M M A A A A

Datos Básicos de Identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

24. Apellidos y nombres

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

Datos Complementarios

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

	30. Etnia	31. Discapacidad Tipo	Condición	32. Datos de Residencia Municipio/Distrito	Zona	Departamento	Teléfono Fijo y/o Celular	33. Valor de la UPC del Afiliado Adicional (a registrar por la EPS)
B1		F N M	T P		Urbana Rural			
B2		F N M	T P		Urbana Rural			
B3		F N M	T P		Urbana Rural			
B4		F N M	T P		Urbana Rural			
B5		F N M	T P		Urbana Rural			

Selección de la IPS Primaria

	34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C		
B	206803 10266.	
B		
B		

-Original: EPS -1a Copia: EMPLEADOR -2a Copia: AFILIADO -

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

35. Nombre o razón social

36. Tipo documento de Identificación: NIT TI CE CC PA CD

37. Número del documento de Identificación

38. Tipo de aportante o pagador de Pensiones (a registrar por la EPS)

39. Ubicación
Dirección

Teléfono Fijo

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. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- [ ] 13. Movilidad: [ ] A. Régimen Contributivo [ ] B. Régimen Subsidiado
- [ ] 14. Traslado: [ ] A. Mismo Régimen [ ] B. Diferente Régimen
- [ ] 15. Reporte de fallecimiento.
- [ ] 16. Reporte del trámite 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: CN TI CE CD RC CC PA SC

Número del documento de identidad

Sexo: Femenino Masculino

Fecha de nacimiento: D D M M A A A A

42. Fecha: D D M M A A A A

43. EPS anterior
EPS Sanitas

44. Motivo de traslado
Código

45. Caja de compensación Familiar o pagador de pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- [ ] 46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- [ ] 47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
- [ ] 48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- [x] 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.
- [x] 51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.
- [x] 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.
- [x] 53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.

VIII. FIRMAS

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario

55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institución o de oficio

IX. ANEXOS

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

- [ ] 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- [ ] 58. Copia del registro civil de matrimonio, o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
- [ ] 59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.
- [ ] 60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.
- [ ] 61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
- [ ] 62. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres.
- [ ] 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
Código del Municipio | Código del Departamento

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

68. Fecha de Radicación: D D M M A A A A

69. Fecha de Validación: D D M M A A A A

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

Tipo de documento

Número de documento de identidad

71. Firma del Funcionario

Observaciones:
Afiliacion Como independiente

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.

Doc. Identificación y nombre del Ejecutivo Comercial
Kelly Ovalion
1045172314
SERSANITAS

Sello de Radicación
28/09/2022
11:23 Am

Sticker procesamiento
(3920000)

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:

CLAUDIA MARTINA AVILA ALANDETE, identificado(a) con cédula de ciudadanía **63.464.270**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 20 de Septiembre del 2022.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

COMPROBANTE DE RADICACIÓN DE LA AFILIACIÓN DEL DIA 29/09/2022

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo documento:	NI	**Número de documento:**	829002462	**Cédula Usuario:**	CC 1096222501
Nombre:	ASOC MI QUERIDO VIEJO				
Dirección:	CLL 73 # 34B-44 BARRIO CIUDADELA PIPATON				
Departamento:	SANTANDER		**Municipio:**	BARRANCABERMEJA	
Correo electrónico:	amordedioss@hotmail.com				
Teléfono:	3022873247		**Tarifa:**	0.522	
Actividad Económica:	1552101 EXPENDIO A LA MESA DE COMIDAS PREPARADAS, EN RESTAURANTES				

DATOS DEL USUARIO QUE REALIZA LA RADICACIÓN

Cédula Usuario	Nombres y Apellidos del Usuario
CC 1096222501	MAYERLI CAROLINA MARTINEZ VELASQUEZ

DATOS AFILIADOS RADICADOS

	Radicado	Cobertura	Documento	Nombre Trabajador	Riesgo	Tarifa	Tipo
1	16	30/09/2022	CC 63464270	AVILA ALANDETE CLAUDIA	1	0.522	**Independiente**

OBSERVACIONES

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

MIS_4_1_3_FR_04

Cordial saludo,

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

3C679A40E3B0DB6CFA69FBD31CF5735E

Certificado impreso el día 9/29/2022 5:10:45 PM por el portal de empresas Edesk

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Entre La **ASOCIACION CENTRO VIDA MI QUERIDO VIEJO**, sociedad comercial legalmente constituida y con domicilio principal en la ciudad de Barrancabermeja, con número de NIT 829.002.462-6 y quien en adelante para efectos del presente contrato se denominara **EL CONTRATANTE**; representada legalmente por **MAYERLI CAROLINA MARTINEZ VELASQUEZ,** identificada con cedula de ciudadanía N° 1096222501 de Barrancabermeja; al pie de su firma y por otra parte, **DIANA YANETH DIAZ GOMEZ** identificada con la cedula de ciudadanía No 63465998 de Barrancabermeja; quien para efectos del presente contrato será **EL CONTRATISTA.** Hemos convenido celebrar el presente contrato de Prestación de Servicios que se regulara por las cláusulas que a continuación se expresan y en general por las disposiciones del Código Civil y Código de Comercio aplicables a la materia de qué trata este contrato:

PRIMERA. OBJETO: EL CONTRATISTA prestará los servicios como **TRABAJOS PRODUCTIVOS**, en las instalaciones del centro Vida mi Querido Viejo ubicado en la carrera 45 N 80 32 barrio caminos de san silvestre en el Distrito de Barrancabermeja.

SEGUNDA. TERMINO DEL CONTRATO: Este contrato de prestación de servicios se extenderá por un periodo de 63 días programados, contados a partir de la firma de acta de inicio de contrato de asociación **No 5462-22** se incluye festivos y no dominicales

TERCERO. VALOR: El valor de este contrato es de SIETE MILLONES DOSCIENTOS SETENTA MIL DOSCIENTOS PESOS COP ($ 7.270.200.oo), pagaderos previa presentación de informes a Secretaria de Adulto Mayor, Juventud e Inclusión Social del Distrito de Barrancabermeja, previo al cumplimiento de todos los requisitos necesarios para su liquidación, previa elaboración y entrega de informe técnico de actividades, fotocopia del documento de identidad, fotocopia del Rut, Fotocopia de la tarjeta profesional, copia del pago de aportes en seguridad social, pensión y riesgos laborales de los meses referentes a cada pago y cuenta de cobro.

CUARTO. OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA: Son obligaciones del CONTRATISTA: 1) Obrar con seriedad y diligencia en el servicio contratado. 2) Atender las solicitudes y recomendaciones que haga el CONTRATANTE o un delegado. 3) El contratista se compromete a cumplir con las siguientes funciones: deberá cumplir en forma eficiente y oportuna los trabajos encomendados y aquellas obligaciones que se generen de acuerdo con la naturaleza del servicio, además de aplicar los procedimientos pertinentes y ofrecidos en su propuesta de trabajo.

QUINTO. OBLIGACIONES DEL CONTRATANTE: Son obligaciones del **CONTRATANTE** 1) El CONTRATANTE se comprometerá a suministrar todo lo necesario para el buen desempeño de la labor contratada, 2) Cancelar el valor del contrato según la forma que se pactó en la cláusula tercera y en el término estipulado. 3) Entregar toda la información, materiales y suministros que solicite el CONTRATISTA para poder desarrollar con normalidad su labor independiente.

SEXTA. TERMINACION ANTICIPADA O ANORMAL: Incumplir las obligaciones propias de cada una de las partes, dará lugar a la otra para terminar unilateralmente este contrato de Prestación de Servicios.

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

OCTAVA. REGIMEN LABORAL: Por ser el presente un contrato de carácter administrativo, se deja constancia que por su naturaleza no constituye vinculo de trabajo entre la Asociación Centro Vida mi Querido Viejo y la señora DIANA YANETH DIAZ GOMEZ

De conformidad con lo anterior, las partes suscriben el presente documento, en dos ejemplares del mismo tenor, para cada una de las partes involucradas el décimo noveno (19) día del mes de Septiembre del año 2022, con iniciación según acta de inicio de contrato de asociación **No 5462-22** en señal de aceptación de las condiciones pactadas en el Distrito de Barrancabermeja.

MAYERLI CAROLINA MARTINEZ VELASQUEZ

C.C 1096222501 de Barrancabermeja

Representante Legal

CONTRATANTE

DIANA YANETH DIAZ GOMEZ

CC 63465998 de Barrancabermeja

Trabajos Productivos

CONTRATISTA

COOSALUD

En Pos de tu bienestar

CERTIFICADO DE RADICACIÓN DE AFILIACIÓN Y/O NOVEDAD

COOSALUD EPS SA certifica que el día 28/09/2022, se radicó solicitud de trámite de afiliación y/o novedad ante esta EPS, relacionando los siguientes datos en el formulario adjunto:

• **No. RADICADO:**	27177227
• **RÉGIMEN:**	Contributivo
• **TIPO DE TRÁMITE:**	Movilidad al régimen contributivo
• **FECHA DE INICIO DE RELACIÓN LABORAL:**	2022-09-28
• **TD AFILIADO:**	CC
• **NÚMERO DOCUMENTO AFILIADO:**	63465998
• **TD EMPLEADOR:**	NIT
• **NÚMERO DOCUMENTO EMPLEADOR:**	829002462
• **FONDO DE PENSIÓN:**	PROTECCION
• **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 28 días del mes de Septiembre de 2022.

Cordialmente,

CARLOS TORRES SALAZAR
Subdirector Nacional de Aseguramiento
COOSALUD EPS SA

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **DIAZ GOMEZ DIANA YANETH** identificado(a) con **CC** número **63.465.998** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 01 de diciembre de 2021 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MODERADO**.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 20 de septiembre de 2022.

Cordialmente,

Laura Patricia Merchan Metaute
Equipo Gestión de Operaciones.

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

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

202209201515

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

COMPROBANTE DE RADICACIÓN DE LA AFILIACIÓN DEL DIA 29/09/2022

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo documento:	NI	**Número de documento:**	829002462	**Cédula Usuario:**	CC 1096222501
Nombre:	ASOC MI QUERIDO VIEJO				
Dirección:	CLL 73 # 34B-44 BARRIO CIUDADELA PIPATON				
Departamento:	SANTANDER		**Municipio:**	BARRANCABERMEJA	
Correo electrónico:	amordedioss@hotmail.com				
Teléfono:	3022873247		**Tarifa:**	0.522	
Actividad Económica:	1552101 EXPENDIO A LA MESA DE COMIDAS PREPARADAS, EN RESTAURANTES				

DATOS DEL USUARIO QUE REALIZA LA RADICACIÓN

Cédula Usuario	Nombres y Apellidos del Usuario
CC 1096222501	MAYERLI CAROLINA MARTINEZ VELASQUEZ

DATOS AFILIADOS RADICADOS

	Radicado	Cobertura	Documento	Nombre Trabajador	Riesgo	Tarifa	Tipo
1	23	30/09/2022	CC 63465998	DIAZ GOMEZ DIANA	1	0.522	Independiente

OBSERVACIONES

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

MES_4_1_3_FR15

Cordial saludo,

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

3C679A40E3B0DB6CFA69FBD31CF5735E

Certificado impreso el día 9/29/2022 5:37:23 PM por el portal de empresas Edesk

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES

Entre La **ASOCIACION CENTRO VIDA MI QUERIDO VIEJO**, sociedad comercial legalmente constituida y con domicilio principal en la ciudad de Barrancabermeja, con número de NIT 829.002.462-6 y quien en adelante para efectos del presente contrato se denominara **EL CONTRATANTE**; representada legalmente por **MAYERLI CAROLINA MARTINEZ VELASQUEZ**, identificada con cedula de ciudadanía N° 1096222501 de Barrancabermeja; al pie de su firma y por otra parte, **ELIECER MATEO POLO BEDOYA**, identificado con la cedula de ciudadanía No 1096249996 de Barrancabermeja; quien para efectos del presente contrato será **EL CONTRATISTA.** hemos convenido celebrar el presente contrato de Prestación de Servicios Profesionales que se regulara por las cláusulas que a continuación se expresan y en general por las disposiciones del Código Civil y Código de Comercio aplicables a la materia de qué trata este contrato:

PRIMERA. OBJETO: EL CONTRATISTA prestará los servicios profesionales como **DIRECTOR TECNICO**, en las instalaciones del centro Vida mi Querido Viejo ubicado en la calle 73 N 34b 44 barrio ciudadela pipaton en el Distrito de Barrancabermeja.

SEGUNDA. TERMINO DEL CONTRATO: Este contrato de prestación de servicios profesionales se extenderá por un periodo de 63 días programados, contados a partir de la firma de acta de inicio de contrato de asociación **No 5462-22** se incluye festivos y no dominicales

TERCERO. VALOR: El valor de este contrato es de DOS MILLONES SEISCIENTOS SESENTA Y UN MIL CIENTO VEINTE PESOS COP ($ 2.661.120.oo), pagaderos previa presentación de informes a Secretaria de Adulto Mayor, Juventud e Inclusión Social del Distrito de Barrancabermeja, previo al cumplimiento de todos los requisitos necesarios para su liquidación, previa elaboración y entrega de informe técnico de actividades, fotocopia del documento de identidad, fotocopia del Rut, Fotocopia de la tarjeta profesional, copia del pago de aportes en seguridad social, pensión y riesgos laborales de los meses referentes a cada pago y cuenta de cobro.

CUARTO. OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA: Son obligaciones del CONTRATISTA: 1) Obrar con seriedad y diligencia en el servicio contratado. 2) Atender las solicitudes y recomendaciones que haga el CONTRATANTE o un delegado. 3) El contratista se compromete a cumplir con las siguientes funciones: deberá cumplir en forma eficiente y oportuna los trabajos encomendados y aquellas obligaciones que se generen de acuerdo con la naturaleza del servicio, además de aplicar los procedimientos pertinentes y ofrecidos en su propuesta de trabajo.

QUINTO. OBLIGACIONES DEL CONTRATANTE: Son obligaciones del **CONTRATANTE** 1) El CONTRATANTE se comprometerá a suministrar todo lo necesario para el buen desempeño de la labor contratada, 2) Cancelar el valor del contrato según la forma que se pactó en la cláusula tercera y en el término estipulado. 3) Entregar toda la información, materiales y suministros que solicite el CONTRATISTA para poder desarrollar con normalidad su labor independiente.

SEXTA. TERMINACION ANTICIPADA O ANORMAL: Incumplir las obligaciones propias de cada una de las partes, dará lugar a la otra para terminar unilateralmente este contrato de Prestación de Servicios.

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

OCTAVA. REGIMEN LABORAL: Por ser el presente un contrato de carácter administrativo, se deja constancia que por su naturaleza no constituye vinculo de trabajo entre la Asociación Centro Vida mi Querido Viejo y el señor ELIECER MATEO POLO BEDOYA

De conformidad con lo anterior, las partes suscriben el presente documento, en dos ejemplares del mismo tenor, para cada una de las partes involucradas el décimo noveno (19) día del mes de Septiembre del año 2022, con iniciación según acta de inicio de contrato de asociación **No 5462-22**, en señal de aceptación de las condiciones pactadas en el Municipio de Barrancabermeja.

MAYERLI CAROLINA MARTINEZ VELASQUEZ

C.C 1096222501 de Barrancabermeja

Representante Legal

CONTRATANTE

Mateo Polo

ELIECER MATEO POLO BEDOYA

CC 1096249996 de Barrancabermeja

Director Técnico

CONTRATISTA

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4008994759	2181019121012 12

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

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

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

A. AFILIACIÓN

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

6.Apellidos y nombres			
POLO (Primer apellido)	BEDOYA (Segundo apellido)	ELIECER (Primer nombre)	MATEO (Segundo nombre)
7.Tipo documento de identidad	**8.Número del documento de identidad**	**9.Sexo**	**10.Fecha de nacimiento**
CC	1096249996	Femenino ☐ Masculino ☒	2181101191918

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

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

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

18.Residencia

CR 36 D 59 11 BRR ALCANZAR (Dirección)	(Telefono fijo)	3124874454 (Telefono celular)	ELIECER_POLO@GMAIL.COM (Correo electronico)
BARRANCABERMEJA (Municipio/Distrito)	zona Urbana ☒ Rural ☐	(Localidad / comuna)	SANTANDER (Departamento)

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

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

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

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

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

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

Datos complementarios

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

32. Datos de residencia

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

Seleccion de la IPS Primaria

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

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de identificación	37. Numero de documnto de Identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS)
ELIECER MATEO POLO BEDOYA	CC	1096249996	01

39.Ubicación

CR 36 D 59 11 BRR ALCANZAR (Dirección)	3124748457 (Teleéfono)	ELIECER_POLO@GMAIL.COM (Correo electrónico)	BARRANCABERMEJA (Municipio/distrito)	SANTANDER (Departamento)

No de Radicacion
4008994759

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de la identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de identidad	Número documento de identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	42.Fecha
		Femenino ☐ Masculino ☐		21810192101212

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

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- 46.☒ Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- 47.☒ Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributvo,Especial o de Excepción.
- 48.☐ Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- 49.☒ Declaración de no internación del cotizante,cabeza de familia ,beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Salud .
- 50.☒ Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
- 51.☒ Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que poir sus funciones la requieran
- 52.☒ Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la ley 1581 de 2012 y el Decr eto 1377 de 20
- 53.☒ Autorización para que la EPS envie información al correo electronico o celular como mensaje de texto

VIII. FIRMAS

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

IX.ANEXOS

- ☐ 56.Anexo Copia del documento de identidad: CN. ☐ RC. ☐ TI. ☐ CC. ☐ PA. ☐ CE. ☐ CD. ☐ SC. ☐
  Cantidad: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ Total: 0
- ☐ 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- ☐ 58. Copia registro civil de matrimonio, o de la escritura pública,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la union marital.
- ☐ 59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio ,sentencia judicial para que declare la separación de cuerpos y escritura pública,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la union marital.
- ☐ 60. Copia certificado de adopción o acta de entrega del menor
- ☐ 61.Copia orden judicial o acto administrativo de custodia.
- ☐ 62.Documento en que conste la perdida de la patria potestad, o el certificaco de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los padres.
- ☐ 63.Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud
- ☐ [illegible]ertificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- ☐ 65.Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que consiste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

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

70. Datos funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

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

Observaciones

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

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:

ELIECER MATEO POLO BEDOYA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.096.249.996**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 20 de Septiembre del 2022.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

COMPROBANTE DE RADICACIÓN DE LA AFILIACIÓN DEL DIA 29/09/2022

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo documento:	NI	**Número de documento:**	829002462	**Cédula Usuario:**	CC 1096222501
Nombre:	ASOC MI QUERIDO VIEJO				
Dirección:	CLL 73 # 34B-44 BARRIO CIUDADELA PIPATON				
Departamento:	SANTANDER		**Municipio:**	BARRANCABERMEJA	
Correo electrónico:	amordedioss@hotmail.com				
Teléfono:	3022873247		**Tarifa:**	0.522	
Actividad Económica:	1552101 EXPENDIO A LA MESA DE COMIDAS PREPARADAS, EN RESTAURANTES				

DATOS DEL USUARIO QUE REALIZA LA RADICACIÓN

Cédula Usuario	Nombres y Apellidos del Usuario
CC 1096222501	MAYERLI CAROLINA MARTINEZ VELASQUEZ

DATOS AFILIADOS RADICADOS

	Radicado	Cobertura	Documento	Nombre Trabajador	Riesgo	Tarifa	Tipo
1	17	30/09/2022	CC 1096249996	POLO BEDOYA ELIECER	1	0.522	Independiente

OBSERVACIONES

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

MIS_4_1_3_FR1_004

Cordial saludo,

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

3C679A40E3B0DB6CFA69FBD31CF5735E

Certificado impreso el día 9/29/2022 5:15:38 PM por el portal de empresas Edesk

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Entre La **ASOCIACION CENTRO VIDA MI QUERIDO VIEJO**, sociedad comercial legalmente constituida y con domicilio principal en la ciudad de Barrancabermeja, con número de NIT 829.002.462-6 y quien en adelante para efectos del presente contrato se denominara **EL CONTRATANTE**; representada legalmente por **MAYERLI CAROLINA MARTINEZ VELASQUEZ,** identificada con cedula de ciudadanía N° 1096222501 de Barrancabermeja; al pie de su firma y por otra parte, **ELIZABETH RAMIREZ** identificada con la cedula de ciudadanía No 63471213 de Barrancabermeja; quien para efectos del presente contrato será **EL CONTRATISTA.** Hemos convenido celebrar el presente contrato de Prestación de Servicios que se regulara por las cláusulas que a continuación se expresan y en general por las disposiciones del Código Civil y Código de Comercio aplicables a la materia de qué trata este contrato:

PRIMERA. OBJETO: EL CONTRATISTA prestará los servicios como **MANIPULADORA DE ALIMENTOS**, en las instalaciones del centro Vida mi Querido Viejo ubicado en la carrera 45 N 80 32 barrio caminos de san silvestre en el Distrito de Barrancabermeja.

SEGUNDA. TERMINO DEL CONTRATO: Este contrato de prestación de servicios se extenderá por un periodo de 63 días programados, contados a partir de la firma de acta de inicio de contrato de asociacion **No 5462-22** se incluye festivos y no dominicales

TERCERO. VALOR: El valor de este contrato es de DOS MILLONES TRESCIENTOS TREINTA Y UN MIL PESOS COP ($ 2.331.000.oo), pagaderos previa presentación de informes a Secretaria de Adulto Mayor, Juventud e Inclusión Social del Distrito de Barrancabermeja, previo al cumplimiento de todos los requisitos necesarios para su liquidación, previa elaboración y entrega de informe técnico de actividades, fotocopia del documento de identidad, fotocopia del Rut, Fotocopia de la tarjeta profesional, copia del pago de aportes en seguridad social, pensión y riesgos laborales de los meses referentes a cada pago y cuenta de cobro.

CUARTO. OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA: Son obligaciones del CONTRATISTA: 1) Obrar con seriedad y diligencia en el servicio contratado. 2) Atender las solicitudes y recomendaciones que haga el CONTRATANTE o un delegado. 3) El contratista se compromete a cumplir con las siguientes funciones: deberá cumplir en forma eficiente y oportuna los trabajos encomendados y aquellas obligaciones que se generen de acuerdo con la naturaleza del servicio, además de aplicar los procedimientos pertinentes y ofrecidos en su propuesta de trabajo.

QUINTO. OBLIGACIONES DEL CONTRATANTE: Son obligaciones del **CONTRATANTE** 1) El CONTRATANTE se comprometerá a suministrar todo lo necesario para el buen desempeño de la labor contratada, 2) Cancelar el valor del contrato según la forma que se pacto en la cláusula tercera y en el término estipulado. 3) Entregar toda la información, materiales y suministros que solicite el CONTRATISTA para poder desarrollar con normalidad su labor independiente.

SEXTA. TERMINACION ANTICIPADA O ANORMAL: Incumplir las obligaciones propias de cada una de las partes, dará lugar a la otra para terminar unilateralmente este contrato de Prestación de Servicios.

SEPTIMA. CLAUSULA COMPROMISORIA: Toda controversia o diferencia relativa a este contrato, su ejecución y liquidación se resolverá por un tribunal de arbitramiento que será designado por las partes y será en el domicilio donde se debió ejecutar el servicio contratado o en su defecto el domicilio de la parte que lo convoque. Este tribunal se sujetara a lo dispuesto en el Decreto 1818 de 1998 o Estatuto Orgánico los sistemas alternativos de solución de conflictos y demás normas concordante.

OCTAVA. REGIMEN LABORAL: Por ser el presente un contrato de carácter administrativo, se deja constancia que por su naturaleza no constituye vinculo de trabajo entre la Asociación Centro Vida mi Querido Viejo y la señora ELIZABETH RAMIREZ

De conformidad con lo anterior, las partes suscriben el presente documento, en dos ejemplares del mismo tenor, para cada una de las partes involucradas el décimo noveno (19) día del mes de Septiembre del año 2022, con iniciación según acta de inicio de contrato de asociacion **No 5462-22**, en señal de aceptación de las condiciones pactadas en el Distrito de Barrancabermeja.

MAYERLI CAROLINA MARTINEZ VELASQUEZ

C.C 1096222501 de Barrancabermeja

Representante Legal

CONTRATANTE

ELIZABETH RAMIREZ

CC 63471213 de Barrancabermeja

Manipuladora de Alimentos

CONTRATISTA

COOSALUD

En Pos de tu bienestar

CERTIFICADO DE RADICACIÓN DE AFILIACIÓN Y/O NOVEDAD

COOSALUD EPS SA certifica que el día 28/09/2022, se radicó solicitud de trámite de afiliación y/o novedad ante esta EPS, relacionando los siguientes datos en el formulario adjunto:

• **No. RADICADO:**	27176867
• **RÉGIMEN:**	Contributivo
• **TIPO DE TRÁMITE:**	Movilidad al régimen contributivo
• **FECHA DE INICIO DE RELACIÓN LABORAL:**	2022-09-28
• **TD AFILIADO:**	CC
• **NÚMERO DOCUMENTO AFILIADO:**	63471213
• **TD EMPLEADOR:**	NIT
• **NÚMERO DOCUMENTO EMPLEADOR:**	829002462
• **FONDO DE PENSIÓN:**	PROTECCION
• **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 28 días del mes de Septiembre de 2022.

Cordialmente,

CARLOS TORRES SALAZAR
Subdirector Nacional de Aseguramiento
COOSALUD EPS SA

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **RAMIREZ ELIZABETH** identificado(a) con **CC** número **63.471.213** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 14 de septiembre de 2013 y sus recursos se encuentran distribuidos como se enuncia a continuación, de conformidad con lo consagrado en el Decreto 2373 de 2010 así:

1. El 80% al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MODERADO
2. El 20% al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 20 de septiembre de 2022.

Cordialmente,

Laura P. Merchán M.

Laura Patricia Merchan Metaute
Equipo Gestión de Operaciones.

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

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

202209201455

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

COMPROBANTE DE RADICACIÓN DE LA AFILIACIÓN DEL DIA 29/09/2022

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo documento:	NI	**Número de documento:**	829002462	**Cédula Usuario:**	CC 1096222501
Nombre:	ASOC MI QUERIDO VIEJO				
Dirección:	CLL 73 # 34B-44 BARRIO CIUDADELA PIPATON				
Departamento:	SANTANDER		**Municipio:**	BARRANCABERMEJA	
Correo electrónico:	amordedioss@hotmail.com				
Teléfono:	3022873247		**Tarifa:**	0.522	
Actividad Económica:	1552101 EXPENDIO A LA MESA DE COMIDAS PREPARADAS, EN RESTAURANTES				

DATOS DEL USUARIO QUE REALIZA LA RADICACIÓN

Cédula Usuario	Nombres y Apellidos del Usuario
CC 1096222501	MAYERLI CAROLINA MARTINEZ VELASQUEZ

DATOS AFILIADOS RADICADOS

	Radicado	Cobertura	Documento	Nombre Trabajador	Riesgo	Tarifa	Tipo
1	9	30/09/2022	CC 63471213	RAMIREZ ELIZABETH	1	0.522	Independiente

OBSERVACIONES

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

MIS_4_1_3_FR_04

Cordial saludo,

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

3C679A40E3B0DB6CFA69FBD31CF5735E

Certificado impreso el día 9/29/2022 4:15:52 PM por el portal de empresas Edesk

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES

Entre La **ASOCIACION CENTRO VIDA MI QUERIDO VIEJO**, sociedad comercial legalmente constituida y con domicilio principal en la ciudad de Barrancabermeja, con número de NIT 829.002.462-6 y quien en adelante para efectos del presente contrato se denominara **EL CONTRATANTE**; representada legalmente por **MAYERLI CAROLINA MARTINEZ VELASQUEZ**, identificada con cedula de ciudadanía N° 1096222501 de Barrancabermeja; al pie de su firma y por otra parte, **JHORCENIA RAMOS ORTEGA**, identificada con la cedula de ciudadanía No 28070178 de Barrancabermeja; quien para efectos del presente contrato será **EL CONTRATISTA.** hemos convenido celebrar el presente contrato de Prestación de Servicios Profesionales que se regulara por las cláusulas que a continuación se expresan y en general por las disposiciones del Código Civil y Código de Comercio aplicables a la materia de qué trata este contrato:

PRIMERA. OBJETO: EL CONTRATISTA prestará los servicios profesionales como **AUXILIAR DE ENFERMERÍA**, en las instalaciones del centro Vida mi Querido Viejo ubicado en la calle 73 N 34b 44 barrio ciudadela pipaton en el Distrito de Barrancabermeja.

SEGUNDA. TERMINO DEL CONTRATO: Este contrato de prestación de servicios profesionales se extenderá por un periodo de 63 días programados, contados a partir de la firma de acta de inicio de contrato de asociación **No 5462-22** se incluye festivos y no dominicales

TERCERO. VALOR: El valor de este contrato es de TRES MILLONES OCHOCIENTOS OCHENTA MIL OCHOCIENTOS PESOS COP ($ 3.880.800.oo), pagaderos previa presentación de informes a Secretaria de Adulto Mayor, Juventud e Inclusión Social del Distrito de Barrancabermeja, previo al cumplimiento de todos los requisitos necesarios para su liquidación, previa elaboración y entrega de informe técnico de actividades, fotocopia del documento de identidad, fotocopia del Rut, Fotocopia de la tarjeta profesional, copia del pago de aportes en seguridad social, pensión y riesgos laborales de los meses referentes a cada pago y cuenta de cobro.

CUARTO. OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA: Son obligaciones del CONTRATISTA: 1) Obrar con seriedad y diligencia en el servicio contratado. 2) Atender las solicitudes y recomendaciones que haga el CONTRATANTE o un delegado. 3) El contratista se compromete a cumplir con las siguientes funciones: deberá cumplir en forma eficiente y oportuna los trabajos encomendados y aquellas obligaciones que se generen de acuerdo con la naturaleza del servicio, además de aplicar los procedimientos pertinentes y ofrecidos en su propuesta de trabajo.

QUINTO. OBLIGACIONES DEL CONTRATANTE: Son obligaciones del **CONTRATANTE** 1) El CONTRATANTE se comprometerá a suministrar todo lo necesario para el buen desempeño de la labor contratada, 2) Cancelar el valor del contrato según la forma que se pacto en la cláusula tercera y en el término estipulado. 3) Entregar toda la información, materiales y suministros que solicite el CONTRATISTA para poder desarrollar con normalidad su labor independiente.

SEXTA. TERMINACION ANTICIPADA O ANORMAL: Incumplir las obligaciones propias de cada una de las partes, dará lugar a la otra para terminar unilateralmente este contrato de Prestación de Servicios.

SEPTIMA. CLAUSULA COMPROMISORIA: Toda controversia o diferencia relativa a este contrato, su ejecución y liquidación se resolverá por un tribunal de arbitramiento que será designado por las partes y será en el domicilio donde se debió ejecutar el servicio contratado o en su defecto el domicilio de la parte que lo convoque. Este tribunal se sujetara a lo dispuesto en el Decreto 1818 de 1998 o Estatuto Orgánico los sistemas alternativos de solución de conflictos y demás normas concordante.

OCTAVA. REGIMEN LABORAL: Por ser el presente un contrato de carácter administrativo, se deja constancia que por su naturaleza no constituye vinculo de trabajo entre la Asociación Centro Vida mi Querido Viejo y la señora JHORCENIA RAMOS ORTEGA

De conformidad con lo anterior, las partes suscriben el presente documento, en dos ejemplares del mismo tenor, para cada una de las partes involucradas el décimo noveno (19) día del mes de Septiembre del año 2022, con iniciación según acta de inicio de contrato de asociación **No 5462-22**, en señal de aceptación de las condiciones pactadas en el Municipio de Barrancabermeja.

MAYERLI CAROLINA MARTINEZ VELASQUEZ

C.C 1096222501 de Barrancabermeja

Representante Legal

CONTRATANTE

JHORCENIA RAMOS ORTEGA,

CC 28070178 de Barrancabermeja

Auxiliar de Enfermería

CONTRATISTA

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES
AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

compensar | eps
salud

No. de Radicación	Fecha de Radicación
	03 10 20 22

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

1. Tipo de trámite	2. Tipo de Afiliación		3. Régimen	4. Tipo de afiliado: A. Cotizante ✓ B. Cabeza de familia C. Beneficiario	Código (a registrar por la EPS)
A. Afiliación	A. Individual: * Cotizante o cabeza de Familia ✓	B. Colectivo	A. Contributivo ✓		
B. Reporte de Novedades ✓	* Beneficiario o afiliado adicional	C. Institucional	B. Subsidiado	5. Tipo de cotizante: A. Dependiente B. Independiente ✓ C. Pensionado	03
		D. De oficio			

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

6. Apellidos y nombres			
Primer Apellido: RAMOS	Segundo Apellido: ORTEGA	Primer Nombre: JHORCENIA	Segundo Nombre:
7. Tipo de documento de identidad: CC	8. Número de documento de identidad: 28070178	9. Sexo: Femenino ✓ Masculino	10. Fecha de nacimiento: 06 09 1980

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia	12. Discapacidad: Tipo (F N M) Condición (T P)	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial	15. Administradora de riesgos laborales - ARL	16. Administradora de pensiones
				SURA	PORVENIR

17. Ingreso base de cotización - IBC	18. Residencia			
$ 1.000.000	CALLE 54 C SUR # 102 25			3002382417
jhorceniaramos@gmail.com	BOGOTA (Municipio / Distrito)	Zona: Urbana ✓ Rural	BOSA (Localidad / Comuna)	BOGOTA (Departamento)

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

19. Apellidos y nombres			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
20. Tipo de documento de identidad	21. Número de documento de identidad	22. Sexo: Femenino Masculino	23. Fecha de nacimiento: D D M M A A A A

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

	24. Apellidos y nombres				25. Tipo de documento de identidad	26. Número de documento de identidad	27. Sexo	
	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre			Femenino	Masculino
B1								
B2								
B3								
B4								
B5								

	28. Fecha de nacimiento (D D M M A A A A)	29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad: Tipo (F N M) Condición (T P)	32. Datos de residencia: Municipio / Distrito	Zona: Urbana	Rural	Departamento	Teléfono fijo y/o celular	33. Valor de la UPC adicional (a registrar por la EPS)
B1										
B2										
B3										
B4										
B5										

Selección de la IPS Primaria

	34. Nombre de la Institución prestadora de servicios de salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
Cot.	USS KENNEDY I RED SUR	1015
B		
B		
B		

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

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

39. Ubicación				
Dirección	Teléfono	Correo electrónico	Municipio / Distrito	Departamento

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
Tipo de documento de identidad	Número de documento de identidad	Sexo: Femenino Masculino	Fecha de nacimiento: D D M M A A A A
43. EPS anterior	44. Motivo de traslado: Código	45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones	42. Fecha: 29 09 2022

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
49. Declaración de no 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 genere de la afiliación del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran. ✓
52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 ✓
53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto. ✓

VIII. FIRMAS

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario	55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de Oficio
Jhorcenia Ramos	

IX. ANEXOS

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

B
03 OCT 2022
DRL. Edwin Mauricio Diaz Luna
SUJETO A VERIFICACIÓN

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

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

70. Datos del funcionario que realiza la validación			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
Tipo de documento de identidad	Número de documento de identidad	71. Firma del funcionario	

OBSERVACIONES: DOCUMENTOS ON BASE
PAGO APORTE OCTUBRE

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.

VIGILADO Supersalud
VIGILADO Supersubsidio

CUESTIONARIO CARTA DE DERECHOS Y DEBERES DEL AFILIADO Y DEL PACIENTE EN EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD Y DE LA CARTA DE DESEMPEÑO

compensar | eps salud

	SI	NO
¿Previo diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y del Paciente?	✓	
¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo la entrega de la carta de Desempeño donde se presenta de manera clara su puesto en el ranking?	✓	
¿Leyó el contenido de la carta de derechos y deberes del afiliado y del paciente?	✓	
¿Leyó el contenido de la carta de desempeño de la EPS?	✓	
¿Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información fue asesorado adecuadamente por la EPS?	✓	

Firma del afiliado (cotizante): Jhorcenia Ramos

No. Identificación: 28070178

FIRMA A RUEGO (Diligenciar exclusivamente cuando el cotizante no pueda firmar)

A ruego de (la) señor (a) _____ con C.C. No. _____

lo hace en su nombre, el (la) señor(a) _____

con C.C. No. _____ mayor de edad y sin ningún impedimento para dar fe de la información que se está entregando, quien además actúa como testigo, certificando que la huella dactilar del dedo índice de la mano derecha pertenece al (la) señor(a) _____

Firma a Ruego: _____

Nombres y apellidos: _____

Identificación: _____

Edad: _____

Dirección de domicilio: _____

Nombres y apellidos de quien no sabe firmar: _____

Identificación: _____



AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Autorizo de manera voluntaria, explícita, previamente informada e inequívoca a todos los servicios de salud Compensar EPS, de acuerdo a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, Decreto 1377 de 2013 y el Decreto 886 de 2012, para tratar mi información personal, según lo establecido en su Manual de Protección de Datos Personales, disponible en:www.compensar.com / vínculo protección Datos Personales; información que será utilizada en el desarrollo de las funciones propias para:

- Dar cumplimiento a obligaciones contraídas conmigo y/o mis beneficiarios.
- Dar cumplimiento a requerimientos legales y de organismos de control.
- Proveer y/o evaluar la calidad de los productos y/o servicios requeridos por mí.
- La realización de estudios internos sobre fines estadísticos y analíticos de los datos, para mejoras de nuestros servicios o programas especializados de atención en salud; información sobre la cual podré, en cualquier momento, ejercer mis derechos de Habeas Data, para solicitar que no se me envíe información de los servicios en los casos que sea pertinente, y que no afecte el servicio de salud prestado por Compensar EPS.
- Transmitir mis datos personales a las administradoras encargadas de la seguridad social, con el fin de actualizar el estado de mi afiliación y/o traslado en el sistema.
- Compartir mis datos personales con la Caja de Compensación Familiar Compensar para efectos de la prestación de servicios de salud.

Cabe anotar, que la protección de los datos personales se efectúa a través de proveedores tecnológicos, con los cuales se tienen firmados contratos de transmisión de información, en aras de cumplir a cabalidad con los principios de acceso de la ley, así como de tomar las medidas técnicas y tecnológicas necesarias para el aseguramiento de los datos.

Como titular de la información personal sobre la que Compensar EPS ejerce el tratamiento, se me informa sobre los canales a través de los cuales puedo ejercer mis derechos a conocer, actualizar, rectificar, suprimir mis datos personales, entre ellos el correo electrónico protecciondedatos@compensar.com, y la central telefónica de la EPS.

La protección de datos personales efectuada por Compensar EPS, cumple con los principios de finalidad, necesidad, circulación restringida, confidencialidad y seguridad señalados en la Ley 1581 de 2012 y manifiesto expresamente que conozco dónde consultar la información sobre protección de datos personales, así como los efectos y alcance de la presente autorización y que estoy libre de todo vicio del consentimiento en el momento de otorgarla.

Firma del afiliado (cotizante): Jhorcenia Ramos

No. Identificación: 28070178

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **RAMOS ORTEGA JHORCENIA** identificado(a) con **CC** número **28.070.178** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 01 de agosto de 2011 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 20 de septiembre de 2022.

Cordialmente,

Laura Patricia Merchan Metaute
Equipo Gestión de Operaciones.

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

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

202209201456

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 JHORCENIA RAMOS ORTEGA, identificada con Cédula Ciudadanía No. 28070178 contratista de la empresa ASOC MI QUERIDO VIEJO, con Nit No. 829002462. Registra como trabajador INDEPENDIENTE con fecha de inicio de cobertura 30/09/2022, para el contrato registrado con fecha desde 29/09/2022 y fecha hasta 19/12/2022, su estado actual de afiliación es ACTIVO y riesgo 1.

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

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web: www.positivaenlinea.gov.co y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202201019551360.

Dada en Bogotá, a los 29 días del mes de septiembre de 2022

Cordialmente

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

MIS_4_1_3_FR15 v_04

Impreso por Internet el 29/09/2022 04:09:40 p. m.
ISCDC: 29/09/2022 04:09:40 p. m.

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Entre La **ASOCIACION CENTRO VIDA MI QUERIDO VIEJO**, sociedad comercial legalmente constituida y con domicilio principal en la ciudad de Barrancabermeja, con número de NIT 829.002.462-6 y quien en adelante para efectos del presente contrato se denominara **EL CONTRATANTE**; representada legalmente por **MAYERLI CAROLINA MARTINEZ VELASQUEZ**, identificada con cedula de ciudadanía N° 1096222501 de Barrancabermeja; al pie de su firma y por otra parte, **LEONARDO VILLABONA GARCIA** identificado con la cedula de ciudadanía No 91422191 de Barrancabermeja; quien para efectos del presente contrato será **EL CONTRATISTA.** Hemos convenido celebrar el presente contrato de Prestación de Servicios que se regulara por las cláusulas que a continuación se expresan y en general por las disposiciones del Código Civil y Código de Comercio aplicables a la materia de qué trata este contrato:

PRIMERA. OBJETO: EL CONTRATISTA prestará los servicios como **INSTRUCTOR DE DEPORTE, CULTURA Y RECREACION**, en las instalaciones del centro Vida mi Querido Viejo ubicado en la carrera 45 N 80 32 barrio caminos de san silvestre en el Distrito de Barrancabermeja.

SEGUNDA. TERMINO DEL CONTRATO: Este contrato de prestación de servicios se extenderá por un periodo de 63 días programados, contados a partir de la firma de acta de inicio de contrato de asociación **No 5462-22** se incluye festivos y no dominicales

TERCERO. VALOR: El valor de este contrato es de DIEZ MILLONES TRESCIENTOS ONCE MIL OCHOCIENTOS CUARENTA PESOS COP ($ 10.311.840.oo), pagaderos previa presentación de informes a Secretaria de Adulto Mayor, Juventud e Inclusión Social del Distrito de Barrancabermeja, previo al cumplimiento de todos los requisitos necesarios para su liquidación, previa elaboración y entrega de informe técnico de actividades, fotocopia del documento de identidad, fotocopia del Rut, Fotocopia de la tarjeta profesional, copia del pago de aportes en seguridad social, pensión y riesgos laborales de los meses referentes a cada pago y cuenta de cobro.

CUARTO. OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA: Son obligaciones del CONTRATISTA: 1) Obrar con seriedad y diligencia en el servicio contratado. 2) Atender las solicitudes y recomendaciones que haga el CONTRATANTE o un delegado. 3) El contratista se compromete a cumplir con las siguientes funciones: deberá cumplir en forma eficiente y oportuna los trabajos encomendados y aquellas obligaciones que se generen de acuerdo con la naturaleza del servicio, además de aplicar los procedimientos pertinentes y ofrecidos en su propuesta de trabajo.

QUINTO. OBLIGACIONES DEL CONTRATANTE: Son obligaciones del **CONTRATANTE** 1) El CONTRATANTE se comprometerá a suministrar todo lo necesario para el buen desempeño de la labor contratada, 2) Cancelar el valor del contrato según la forma que se pactó en la cláusula tercera y en el término estipulado. 3) Entregar toda la información, materiales y suministros que solicite el CONTRATISTA para poder desarrollar con normalidad su labor independiente.

SEXTA. TERMINACION ANTICIPADA O ANORMAL: Incumplir las obligaciones propias de cada una de las partes, dará lugar a la otra para terminar unilateralmente este contrato de Prestación de Servicios.

SEPTIMA. CLAUSULA COMPROMISORIA: Toda controversia o diferencia relativa a este contrato, su ejecución y liquidación se resolverá por un tribunal de arbitramiento que será designado por las partes y será en el domicilio donde se debió ejecutar el servicio contratado o en su defecto el domicilio de la parte que lo convoque. Este tribunal se sujetara a lo dispuesto en el Decreto 1818 de 1998 o Estatuto Orgánico los sistemas alternativos de solución de conflictos y demás normas concordante.

OCTAVA. REGIMEN LABORAL: Por ser el presente un contrato de carácter administrativo, se deja constancia que por su naturaleza no constituye vinculo de trabajo entre la Asociación Centro Vida mi Querido Viejo y el señor LEONARDO VILLABONA GARCIA

De conformidad con lo anterior, las partes suscriben el presente documento, en dos ejemplares del mismo tenor, para cada una de las partes involucradas el décimo noveno (19) día del mes de Septiembre del año 2022, con iniciación según acta de inicio de contrato de asociación **No 5462-22** en señal de aceptación de las condiciones pactadas en el Distrito de Barrancabermeja.

MAYERLI CAROLINA MARTINEZ VELASQUEZ

C.C 1096222501 de Barrancabermeja

Representante Legal

CONTRATANTE

LEONARDO VILLABONA GARCIA

CC 91422191 de Barrancabermeja

Instructor de Deporte, Cultura y Recreación

CONTRATISTA

nueva eps

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) LEONARDO VILLABONA GARCIA identificado(a) con CC 91422191 se encuentra afiliado a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de	01/08/2008
Estado de la Afiliación:	ACTIVO
IPS:	FORPRESALUD I.P.S. SAS- BARRANCABERMEJA
Categoría:	A

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para QUIEN INTERESE, a los 21 días del mes de septiembre del año 2022.

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

Observaciones:

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

Cordialmente,

Gerencia de Afiliaciones
Nueva EPS S.A

Colpensiones 10 años

GOBIERNO DE COLOMBIA

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **LEONARDO VILLABONA GARCIA** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **91422191,** se encuentra afiliado/a desde **28/09/1988** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 20 de septiembre de 2022.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

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

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

COMPROBANTE DE RADICACIÓN DE LA AFILIACIÓN DEL DIA 29/09/2022

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo documento:	NI	**Número de documento:**	829002462	**Cédula Usuario:**	CC 1096222501
Nombre:	ASOC MI QUERIDO VIEJO				
Dirección:	CLL 73 # 34B-44 BARRIO CIUDADELA PIPATON				
Departamento:	SANTANDER		**Municipio:**	BARRANCABERMEJA	
Correo electrónico:	amordedioss@hotmail.com				
Teléfono:	3022873247		**Tarifa:**	0.522	
Actividad Económica:	1552101 EXPENDIO A LA MESA DE COMIDAS PREPARADAS, EN RESTAURANTES				

DATOS DEL USUARIO QUE REALIZA LA RADICACIÓN

Cédula Usuario	Nombres y Apellidos del Usuario
CC 1096222501	MAYERLI CAROLINA MARTINEZ VELASQUEZ

DATOS AFILIADOS RADICADOS

	Radicado	Cobertura	Documento	Nombre Trabajador	Riesgo	Tarifa	Tipo
1	18	30/09/2022	CC 91422191	VILLABONA GARCIA LEONARDO	1	0.522	Independiente

OBSERVACIONES

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

MIS_4_1_3_FR1_...04

Cordial saludo,

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

3C679A40E3B0DB6CFA69FBD31CF5735E

Certificado impreso el día 9/29/2022 5:17:37 PM por el portal de empresas Edesk

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Entre La **ASOCIACION CENTRO VIDA MI QUERIDO VIEJO**, sociedad comercial legalmente constituida y con domicilio principal en la ciudad de Barrancabermeja, con número de NIT 829.002.462-6 y quien en adelante para efectos del presente contrato se denominara **EL CONTRATANTE**; representada legalmente por **MAYERLI CAROLINA MARTINEZ VELASQUEZ,** identificada con cedula de ciudadanía N° 1096222501 de Barrancabermeja; al pie de su firma y por otra parte**, LIBARDO MARTINEZ MORATO** identificado con la cedula de ciudadanía No 91424786 de Barrancabermeja; quien para efectos del presente contrato será **EL CONTRATISTA.** Hemos convenido celebrar el presente contrato de Prestación de Servicios que se regulara por las cláusulas que a continuación se expresan y en general por las disposiciones del Código Civil y Código de Comercio aplicables a la materia de qué trata este contrato:

PRIMERA. OBJETO: EL CONTRATISTA prestará los servicios en el **AREA DE MANTENIMIENTO Y ASEO,** en las instalaciones del centro Vida mi Querido Viejo ubicado en la carrera 45 N 80 32 barrio caminos de san silvestre en el Distrito de Barrancabermeja.

SEGUNDA. TERMINO DEL CONTRATO: Este contrato de prestación de servicios se extenderá por un periodo de 63 días programados, contados a partir de la firma de acta de inicio de contrato de asociación **No 5462-22** se incluye festivos y no dominicales

TERCERO. VALOR: El valor de este contrato es de DOCE MILLONES CUATROCIENTOS SETENTA Y CUATRO MIL PESOS COP ($ 12.474.000.oo), pagaderos previa presentación de informes a Secretaria de Adulto Mayor, Juventud e Inclusión Social del Distrito de Barrancabermeja, previo al cumplimiento de todos los requisitos necesarios para su liquidación, previa elaboración y entrega de informe técnico de actividades, fotocopia del documento de identidad, fotocopia del Rut, Fotocopia de la tarjeta profesional, copia del pago de aportes en seguridad social, pensión y riesgos laborales de los meses referentes a cada pago y cuenta de cobro.

CUARTO. OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA: Son obligaciones del CONTRATISTA: 1) Obrar con seriedad y diligencia en el servicio contratado. 2) Atender las solicitudes y recomendaciones que haga el CONTRATANTE o un delegado. 3) El contratista se compromete a cumplir con las siguientes funciones: deberá cumplir en forma eficiente y oportuna los trabajos encomendados y aquellas obligaciones que se generen de acuerdo con la naturaleza del servicio, además de aplicar los procedimientos pertinentes y ofrecidos en su propuesta de trabajo.

QUINTO. OBLIGACIONES DEL CONTRATANTE: Son obligaciones del **CONTRATANTE** 1) El CONTRATANTE se comprometerá a suministrar todo lo necesario para el buen desempeño de la labor contratada, 2) Cancelar el valor del contrato según la forma que se pactó en la cláusula tercera y en el término estipulado. 3) Entregar toda la información, materiales y suministros que solicite el CONTRATISTA para poder desarrollar con normalidad su labor independiente.

SEXTA. TERMINACION ANTICIPADA O ANORMAL: Incumplir las obligaciones propias de cada una de las partes, dará lugar a la otra para terminar unilateralmente este contrato de Prestación de Servicios.

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

OCTAVA. REGIMEN LABORAL: Por ser el presente un contrato de carácter administrativo, se deja constancia que por su naturaleza no constituye vinculo de trabajo entre la Asociación Centro Vida mi Querido Viejo y el señor LIBARDO MARTINEZ MORATO

De conformidad con lo anterior, las partes suscriben el presente documento, en dos ejemplares del mismo tenor, para cada una de las partes involucradas el décimo noveno (19) día del mes de Septiembre del año 2022, con iniciación según acta de inicio de contrato de asociación **No 5462-22**, en señal de aceptación de las condiciones pactadas en el Distrito de Barrancabermeja.

MAYERLI CAROLINA MARTINEZ VELASQUEZ

C.C 1096222501 de Barrancabermeja

Representante Legal

CONTRATANTE

LIBARDO MARTINEZ MORATO

CC 91424786 de Barrancabermeja

Encargado de Mantenimiento y Aseo

CONTRATISTA

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

EPS Sanitas
Nuestro compromiso es contigo
NIT. 800.251.440-6

No. de Radicación:

Fecha de Radicación: D D M M A A A A

162796543

(Lea las instrucciones que se encuentran al respaldo antes de diligenciar este formulario)

I. DATOS DEL TRÁMITE

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

4. Tipo de Afiliado	5. Tipo de Cotizante	Código
A. Cotizante X B. Cabeza de Familia C. Beneficiario	A. Dependiente B. Independiente X C. Pensionado	(a registrar por la EPS)

A. AFILIACIÓN

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

6. Apellidos y nombres Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
Martinez	Mendoza	Eduardo	

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CN TI CE CD RC CC X PA SC	91424786	Femenino Masculino X	2 9 0 9 A 2 7 6

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos Personales

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

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotización - IBC
Positiva	Porvenir	$ 2.493760

18. Residencia

Dirección	Teléfono Fijo
Cra 33 71-25 Barrio La Floresta	

Teléfono Celular	Correo Electrónico
3014582479	C1@hotmail.com

Municipio / Distrito	Zona	Localidad / Comuna	Departamento
Barrancabermeja	Urbana Rural		Santander

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos Básicos de Identificación del Cónyuge o compañero(a) permanente cotizante

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

20. Tipo de documento de identidad	21. Número del documento de identidad	22. Sexo	23. Fecha de nacimiento
CN TI CE CD RC CC PA SC		Femenino Masculino	D D M M A A A A

Datos Básicos de Identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

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

Datos Complementarios

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

	30. Etnia	31. Discapacidad Tipo	31. Discapacidad Condición	32. Datos de Residencia Municipio/Distrito	Zona	Departamento	Teléfono Fijo y/o Celular	33. Valor de la UPC del Afiliado Adicional (a registrar por la EPS)
B1		F N M	T P		Urbana Rural			
B2		F N M	T P		Urbana Rural			
B3		F N M	T P		Urbana Rural			
B4		F N M	T P		Urbana Rural			
B5		F N M	T P		Urbana Rural			

Selección de la IPS Primaria

	34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C		
B	206803 11026	
B		
B		

EMPLEADOR 2a Copia: AFILIADO

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo documento de Identificación (NIT, TI, CE, CC, PA, CD)	37. Número del documento de Identificación	38. Tipo de aportante o pagador de Pensiones (a registrar por la EPS)

39. Ubicación Dirección	Teléfono Fijo

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
- ☒ 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 de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- ☐ 13. Movilidad: ☐ A. Régimen Contributivo ☐ B. Régimen Subsidiado
- ☐ 14. Traslado: ☐ A. Mismo Régimen ☐ B. Diferente Régimen
- ☐ 15. Reporte de fallecimiento.
- ☐ 16. Reporte del trámite 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 (CN, RC, TI, CC, CE, PA, CD, SC)	Número del documento de identidad	Sexo (Femenino, Masculino)	Fecha de nacimiento (D D M M A A A A)	42. Fecha (D D M M A A A A)

43. EPS anterior	44. Motivo de traslado Código	45. Caja de compensación Familiar o pagador de pensiones
EPS Sanitas.		

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- ☐ 46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- ☐ 47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
- ☐ 48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- ☒ 49. Declaración de no 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 genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.
- ☒ 52. Autorización para qué la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.
- ☐ 53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.

VIII. FIRMAS

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario	55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institución o de oficio

IX. ANEXOS

- ☐ 56. Anexo copia del documento de identidad: Cantidad (CN RC TI CC PA CE CD SC) TOTAL
- ☐ 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- ☐ 58. Copia del registro civil de matrimonio, o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
- ☐ 59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.
- ☐ 60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.
- ☐ 61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
- ☐ 62. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres.
- ☐ 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 Código del Municipio	Código del Departamento	67. Datos del SISBEN Número de ficha	Puntaje	Nivel	68. Fecha de Radicación (D D M M A A A A)	69. Fecha de Validación (D D M M A A A A)

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

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

Observaciones:

Afiliacion como independiente

Recuerda 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.

Doc. identificación y nombre del Ejecutivo Comercial	Sello de Radicación	Sticker procesamiento
Kelly Cuadrado 1001172314 E.P.S. SANITAS	23/09/2022 11:10 PM	637200001

Colpensiones 10 años

GOBIERNO DE COLOMBIA

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **LIBARDO MARTINEZ MORATO** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **91424786,** se encuentra afiliado/a desde **01/03/2008** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 29 de septiembre de 2022.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

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

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

COMPROBANTE DE RADICACIÓN DE LA AFILIACIÓN DEL DIA 29/09/2022

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo documento:	NI	**Número de documento:**	829002462	**Cédula Usuario:**	CC 1096222501
Nombre:	ASOC MI QUERIDO VIEJO				
Dirección:	CLL 73 # 34B-44 BARRIO CIUDADELA PIPATON				
Departamento:	SANTANDER		**Municipio:**	BARRANCABERMEJA	
Correo electrónico:	amordedioss@hotmail.com				
Teléfono:	3022873247		**Tarifa:**	0.522	
Actividad Económica:	1552101 EXPENDIO A LA MESA DE COMIDAS PREPARADAS, EN RESTAURANTES				

DATOS DEL USUARIO QUE REALIZA LA RADICACIÓN

Cédula Usuario	Nombres y Apellidos del Usuario
CC 1096222501	MAYERLI CAROLINA MARTINEZ VELASQUEZ

DATOS AFILIADOS RADICADOS

	Radicado	Cobertura	Documento	Nombre Trabajador	Riesgo	Tarifa	Tipo
1	21	30/09/2022	CC 91424786	MARTINEZ MORATO LIBARDO	1	0.522	Independiente

OBSERVACIONES

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

MES_4_1_3_FR15

Cordial saludo,

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

3C679A40E3B0DB6CFA69FBD31CF5735E

Certificado impreso el día 9/29/2022 5:32:12 PM por el portal de empresas Edesk

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES

Entre La **ASOCIACION CENTRO VIDA MI QUERIDO VIEJO**, sociedad comercial legalmente constituida y con domicilio principal en la ciudad de Barrancabermeja, con número de NIT 829.002.462-6 y quien en adelante para efectos del presente contrato se denominara **EL CONTRATANTE**; representada legalmente por **MAYERLI CAROLINA MARTINEZ VELASQUEZ,** identificada con cedula de ciudadanía N° 1096222501 de Barrancabermeja; al pie de su firma y por otra parte**, LUIS FRANCISCO BENAVIDES GOMEZ,** identificado con la cedula de ciudadanía No 91486663 de Bucaramanga; quien para efectos del presente contrato será **EL CONTRATISTA.** hemos convenido celebrar el presente contrato de Prestación de Servicios Profesionales que se regulara por las cláusulas que a continuación se expresan y en general por las disposiciones del Código Civil y Código de Comercio aplicables a la materia de qué trata este contrato:

PRIMERA. OBJETO: EL CONTRATISTA prestará los servicios profesionales como **NUTRICIONISTA**, en las instalaciones del centro Vida mi Querido Viejo ubicado en la calle 73 N 34b 44 barrio ciudadela pipaton en el Distrito de Barrancabermeja.

SEGUNDA. TERMINO DEL CONTRATO: Este contrato de prestación de servicios profesionales se extenderá por un periodo de 63 días programados, contados a partir de la firma de acta de inicio de contrato de asociación **No 5462-22** se incluye festivos y no dominicales

TERCERO. VALOR: El valor de este contrato es de ONCE MILLONES OCHENTA Y OCHO MIL PESOS COP ($ 11.088.000.oo), pagaderos previa presentación de informes a Secretaria de Adulto Mayor, Juventud e Inclusión Social del Distrito de Barrancabermeja, previo al cumplimiento de todos los requisitos necesarios para su liquidación, previa elaboración y entrega de informe técnico de actividades, fotocopia del documento de identidad, fotocopia del Rut, Fotocopia de la tarjeta profesional, copia del pago de aportes en seguridad social, pensión y riesgos laborales de los meses referentes a cada pago y cuenta de cobro.

CUARTO. OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA: Son obligaciones del CONTRATISTA: 1) Obrar con seriedad y diligencia en el servicio contratado. 2) Atender las solicitudes y recomendaciones que haga el CONTRATANTE o un delegado. 3) El contratista se compromete a cumplir con las siguientes funciones: deberá cumplir en forma eficiente y oportuna los trabajos encomendados y aquellas obligaciones que se generen de acuerdo con la naturaleza del servicio, además de aplicar los procedimientos pertinentes y ofrecidos en su propuesta de trabajo.

QUINTO. OBLIGACIONES DEL CONTRATANTE: Son obligaciones del **CONTRATANTE** 1) El CONTRATANTE se comprometerá a suministrar todo lo necesario para el buen desempeño de la labor contratada, 2) Cancelar el valor del contrato según la forma que se pacto en la cláusula tercera y en el término estipulado. 3) Entregar toda la información, materiales y suministros que solicite el CONTRATISTA para poder desarrollar con normalidad su labor independiente.

SEXTA. TERMINACION ANTICIPADA O ANORMAL: Incumplir las obligaciones propias de cada una de las partes, dará lugar a la otra para terminar unilateralmente este contrato de Prestación de Servicios.

SEPTIMA. CLAUSULA COMPROMISORIA: Toda controversia o diferencia relativa a este contrato, su ejecución y liquidación se resolverá por un tribunal de arbitramiento que será designado por las partes y será en el domicilio donde se debió ejecutar el servicio contratado o en su defecto el domicilio de la parte que lo convoque. Este tribunal se sujetara a lo dispuesto en el Decreto 1818 de 1998 o Estatuto Orgánico los sistemas alternativos de solución de conflictos y demás normas concordante.

OCTAVA. REGIMEN LABORAL: Por ser el presente un contrato de carácter administrativo, se deja constancia que por su naturaleza no constituye vinculo de trabajo entre la Asociación Centro Vida mi Querido Viejo y la señora LUIS FRANCISCO BENAVIDES GOMEZ

De conformidad con lo anterior, las partes suscriben el presente documento, en dos ejemplares del mismo tenor, para cada una de las partes involucradas el décimo noveno (19) día del mes de Septiembre del año 2022, con iniciación según acta de inicio de contrato de asociación **No 5462-22**, en señal de aceptación de las condiciones pactadas en el Municipio de Barrancabermeja.

MAYERLI CAROLINA MARTINEZ VELASQUEZ

C.C 1096222501 de Barrancabermeja

Representante Legal

CONTRATANTE

LUIS FRANCISCO BENAVIDES GOMEZ

CC 91486663 de Bucaramanga

Nutricionista

CONTRATISTA

nueva eps

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) LUIS FRANCISCO BENAVIDES GOMEZ identificado(a) con CC 91486663 se encuentra afiliado a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de	01/08/2013
Estado de la Afiliación:	ACTIVO
IPS:	FORPRESALUD I.P.S. SAS- BARRANCABERMEJA
Categoría:	A

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para QUIEN INTERESE, a los 28 días del mes de septiembre del año 2022.

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

Observaciones:

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

Cordialmente,

Gerencia de Afiliaciones
Nueva EPS S.A

Colpensiones 10 años

GOBIERNO DE COLOMBIA

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **LUIS FRANCISCO BENAVIDES GOMEZ** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **91486663,** se encuentra afiliado/a desde **02/09/1997** 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 29 de septiembre de 2022.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

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

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

COMPROBANTE DE RADICACIÓN DE LA AFILIACIÓN DEL DIA 29/09/2022

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo documento:	NI	**Número de documento:**	829002462	**Cédula Usuario:**	CC 1096222501
Nombre:	ASOC MI QUERIDO VIEJO				
Dirección:	CLL 73 # 34B-44 BARRIO CIUDADELA PIPATON				
Departamento:	SANTANDER		**Municipio:**	BARRANCABERMEJA	
Correo electrónico:	amordedioss@hotmail.com				
Teléfono:	3022873247		**Tarifa:**	0.522	
Actividad Económica:	1552101 EXPENDIO A LA MESA DE COMIDAS PREPARADAS, EN RESTAURANTES				

DATOS DEL USUARIO QUE REALIZA LA RADICACIÓN

Cédula Usuario	Nombres y Apellidos del Usuario
CC 1096222501	MAYERLI CAROLINA MARTINEZ VELASQUEZ

DATOS AFILIADOS RADICADOS

	Radicado	Cobertura	Documento	Nombre Trabajador	Riesgo	Tarifa	Tipo
1	14	30/09/2022	CC 91486663	BENAVIDES GOMEZ LUIS	1	0.522	**Independiente**

OBSERVACIONES

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

MIS_4_1_3_FR1_04

Cordial saludo,

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

3C679A40E3B0DB6CFA69FBD31CF5735E

Certificado impreso el día 9/29/2022 5:04:38 PM por el portal de empresas Edesk

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES

Entre La **ASOCIACION CENTRO VIDA MI QUERIDO VIEJO**, sociedad comercial legalmente constituida y con domicilio principal en la ciudad de Barrancabermeja, con número de NIT 829.002.462-6 y quien en adelante para efectos del presente contrato se denominara **EL CONTRATANTE**; representada legalmente por **MAYERLI CAROLINA MARTINEZ VELASQUEZ,** identificada con cedula de ciudadanía N° 1096222501 de Barrancabermeja; al pie de su firma y por otra parte, **LUZ DAILYN VELASQUEZ BLANCO** identificada con la cedula de ciudadanía No 1096237641 de Barrancabermeja; quien para efectos del presente contrato será **EL CONTRATISTA.** hemos convenido celebrar el presente contrato de Prestación de Servicios Profesionales que se regulara por las cláusulas que a continuación se expresan y en general por las disposiciones del Código Civil y Código de Comercio aplicables a la materia de qué trata este contrato:

PRIMERA. OBJETO: EL CONTRATISTA prestará los servicios profesionales como **PSICOLOGA**, en las instalaciones del centro Vida mi Querido Viejo ubicado en la calle 73 N 34b 44 barrio ciudadela pipaton en el Distrito de Barrancabermeja.

SEGUNDA. TERMINO DEL CONTRATO: Este contrato de prestación de servicios profesionales se extenderá por un periodo de 63 días programados, contados a partir de la firma de acta de inicio de contrato de asociacion **No 5462-22** se incluye festivos y no dominicales

TERCERO. VALOR: El valor de este contrato es de TRECE MILLONES SETECIENTOS VEINTI UN MIL CUATROCIENTOS PESOS COP ($ 13.721.400.oo), pagaderos previa presentación de informes a Secretaria de Adulto Mayor, Juventud e Inclusión Social del Distrito de Barrancabermeja, previo al cumplimiento de todos los requisitos necesarios para su liquidación, previa elaboración y entrega de informe técnico de actividades, fotocopia del documento de identidad, fotocopia del Rut, Fotocopia de la tarjeta profesional, copia del pago de aportes en seguridad social, pensión y riesgos laborales de los meses referentes a cada pago y cuenta de cobro.

CUARTO. OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA: Son obligaciones del CONTRATISTA: 1) Obrar con seriedad y diligencia en el servicio contratado. 2) Atender las solicitudes y recomendaciones que haga el CONTRATANTE o un delegado. 3) El contratista se compromete a cumplir con las siguientes funciones: deberá cumplir en forma eficiente y oportuna los trabajos encomendados y aquellas obligaciones que se generen de acuerdo con la naturaleza del servicio, además de aplicar los procedimientos pertinentes y ofrecidos en su propuesta de trabajo.

QUINTO. OBLIGACIONES DEL CONTRATANTE: Son obligaciones del **CONTRATANTE** 1) El CONTRATANTE se comprometerá a suministrar todo lo necesario para el buen desempeño de la labor contratada, 2) Cancelar el valor del contrato según la forma que se pacto en la cláusula tercera y en el término estipulado. 3) Entregar toda la información, materiales y suministros que solicite el CONTRATISTA para poder desarrollar con normalidad su labor independiente.

SEXTA. TERMINACION ANTICIPADA O ANORMAL: Incumplir las obligaciones propias de cada una de las partes, dará lugar a la otra para terminar unilateralmente este contrato de Prestación de Servicios.

SEPTIMA. CLAUSULA COMPROMISORIA: Toda controversia o diferencia relativa a este contrato, su ejecución y liquidación se resolverá por un tribunal de arbitramiento que será designado por las partes y será en el domicilio donde se debió ejecutar el servicio contratado o en su defecto el domicilio de la parte que lo convoque. Este tribunal se sujetara a lo dispuesto en el Decreto 1818 de 1998 o Estatuto Orgánico los sistemas alternativos de solución de conflictos y demás normas concordante.

OCTAVA. REGIMEN LABORAL: Por ser el presente un contrato de carácter administrativo, se deja constancia que por su naturaleza no constituye vinculo de trabajo entre la Asociación Centro Vida mi Querido Viejo y la señora LUZ DAILYN VELASQUEZ BLANCO

De conformidad con lo anterior, las partes suscriben el presente documento, en dos ejemplares del mismo tenor, para cada una de las partes involucradas el décimo noveno (19) día del mes de Septiembre del año 2022, con iniciación según acta de inicio de contrato de asociacion **No 5462-22** en señal de aceptación de las condiciones pactadas en el Municipio de Barrancabermeja.

MAYERLI CAROLINA MARTINEZ VELASQUEZ

C.C 1096222501 de Barrancabermeja

Representante Legal

CONTRATANTE

LUZ DAILYN VELASQUEZ BLANCO

CC 1096237641 de Barrancabermeja

Psicóloga

CONTRATISTA

nueva eps

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) LUZ DAILYN VELASQUEZ BLANCO identificado(a) con CC 1096237641 se encuentra afiliado a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de	01/06/2021
Estado de la Afiliación:	ACTIVO
IPS:	FORPRESALUD I.P.S. SAS- BARRANCABERMEJA
Categoría:	A

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para QUIEN INTERESE, a los 21 días del mes de septiembre del año 2022.

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

Observaciones:

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

Cordialmente,

Gerencia de Afiliaciones
Nueva EPS S.A

porvenir
sólo hay uno

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

LUZ DAILYN VELASQUEZ BLANCO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.096.237.641**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 20 de Septiembre del 2022.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

COMPROBANTE DE RADICACIÓN DE LA AFILIACIÓN DEL DIA 29/09/2022

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo documento:	NI	**Número de documento:**	829002462	**Cédula Usuario:**	CC 1096222501
Nombre:	ASOC MI QUERIDO VIEJO				
Dirección:	CLL 73 # 34B-44 BARRIO CIUDADELA PIPATON				
Departamento:	SANTANDER		**Municipio:**	BARRANCABERMEJA	
Correo electrónico:	amordedioss@hotmail.com				
Teléfono:	3022873247		**Tarifa:**	0.522	
Actividad Económica:	1552101 EXPENDIO A LA MESA DE COMIDAS PREPARADAS, EN RESTAURANTES				

DATOS DEL USUARIO QUE REALIZA LA RADICACIÓN

Cédula Usuario	Nombres y Apellidos del Usuario
CC 1096222501	MAYERLI CAROLINA MARTINEZ VELASQUEZ

DATOS AFILIADOS RADICADOS

	Radicado	Cobertura	Documento	Nombre Trabajador	Riesgo	Tarifa	Tipo
1	11	30/09/2022	CC 1096237641	VELASQUEZ BLANCO LUZ	1	0.522	**Independiente**

OBSERVACIONES

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

MRS_4_1_3_FR1

Cordial saludo,

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

3C679A40E3B0DB6CFA69FBD31CF5735E

Certificado impreso el día 9/29/2022 4:26:18 PM por el portal de empresas Edesk