CONTRATO INDIVIDUAL DE TRABAJO POR OBRA O LABOR DETERMINADA.

Nombre del empleador: J.M.C. MAQUINARIA Y CONSTRUCCIONES SAS
Domicilio del empleador: CLL 38 C # 73 D 90
Identificación del empleador: 901.285.772-9
Nombre del trabajador: JOSE ALEXANDER GONZALEZ ALVARADO
Identificación del trabajador: 80.036.853
Obra o labor contratada: Ayudante de obra
Salario fijo: $ 1´160.000
Fecha de inicio del contrato: 21 de Septiembre de 2023

Entre los suscritos, J.M.C. MAQUINARIA Y CONSTRUCCIONES S.A. identificada con NIT. 901.2857.772-9 de Bogotá, quien en adelante se denominará **EL EMPLEADOR,** y de otra parte JOSE ALEXANDER GONZALEZ ALVARADO mayor de edad identificado(a) con la cédula de ciudadanía No 80.036.853 quien obra en su propio nombre y en adelante se llamará **EL TRABAJADOR,** han acordado celebrar el presente contrato individual de trabajo por obra o labor determinada**,** contenido en las siguientes cláusulas:

OBJETO: EL EMPLEADOR contrata los servicios personales de **EL TRABAJADOR** para que éste desarrolle las actividades propias de la labor de **OFICIAL DE OBRA.**

REMUNERACIÓN. Por el servicio que preste EL TRABAJADOR de conformidad con el presente contrato, EL EMPLEADOR le reconocerá una remuneración de 1`160.000 (un millón siento sesenta mil pesos mct) por mes de trabajado, pago quincenal. Dentro de este pago se encuentra incluida la remuneración de los descansos dominicales y festivos, mensuales.

SEGURIDAD SOCIAL: La seguridad social se paga mes vencido. Se paga sobre el Mínimo Legal Vigente del respectivo año; según el artículo 210 de la Ley 100 de 1993 consagra la obligación de todos los empleadores, del sector público o privado, de pagar su respectivo aporte al Sistema General de Seguridad Social.

JORNADA. EL TRABAJADOR se obliga a trabajar 9 horas al día en el horario comprendido entre las 7:00 am – 5:00 pm de lunes a viernes y de las 7:00 am – 12 m sábados, determinadas por **EL EMPLEADOR**, pudiendo hacer éste ajustes o cambios de horario cuando lo estime conveniente. Por el acuerdo expreso o tácito de las partes.

TERMINACIÓN CON JUSTA CAUSA. Son justas causas para terminar unilateralmente el presente contrato las siguientes:

Incumplir horarios de trabajo
Faltar a la obra sin justa causa
Irrespetar a sus compañeros o jefes
No cumplir con labores asignadas
No portar elementos de protección
Incurrir en abuso de confianza con el empleador
Consumir bebidas embriagantes o sustancias durante el horario laboral
Fingir una enfermedad o accidente
Abuso de autoridad y acosos sexual

CLÁUSULA DE CONFIDENCIALIDAD. EL TRABAJADOR asume el compromiso de guardar absoluta reserva de toda aquella información relativa al Empleador, y/o relativa a los socios, clientes y/o usuarios o relaciones con ellos; las estrategias y/o acciones y/o determinaciones de naturaleza operativa, administrativa, financiera, contable, comercial, de calidad y/o de gestión humana que utilice EL EMPLEADOR; durante su vinculación y aún después de haber terminado el vínculo laboral por cualquier causa.

EMPLEADOR
JMC MAQUINARIA Y CONSTRUCCIONES
NIT: 901.576.638

TRABAJADOR
JOSE ALEXANDER GONZALEZ
CC 80.036.853

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 06:55:55 PM horas del 01/09/2023, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **80036853**
Apellidos y Nombres: **GONZALEZ ALVARADO JOSE ALEXANDER**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES
de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

En cumplimiento de la Sentencia SU-458 del 21 de junio de 2012, proferida por la Honorable Corte Constitucional, la leyenda "NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES" aplica para todas aquellas personas que no registran antecedentes y para quienes la autoridad judicial competente haya decretado la extinción de la condena o la prescripción de la pena.

Esta consulta es válida siempre y cuando el número de identificación y nombres, correspondan con el documento de identidad registrado y solo aplica para el territorio colombiano de acuerdo a lo establecido en el ordenamiento constitucional.

Si tiene alguna duda con el resultado, consulte las **preguntas frecuentes** o acérquese a las instalaciones de la **Policía Nacional** más cercanas.

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 80.440.638

NUMPAQUE ACUÑA
APELLIDOS

MIGUEL ANTONIO
NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 06-MAR-1972
TUTA
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.65 ESTATURA | O- G.S. RH | M SEXO

09-OCT-1990 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ

A-1500117-42124172-M-0080440638-20040723 0589304204B 02 153322328

Medellín, 19 de August de 2023

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de JMC MAQUINARIA Y CONSTRUCCIONES SAS.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000001 PRINCIPAL BOGOTA DC		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C80440638	NUMPAQUE ACUÑA MIGUEL ANTONIO	20/08/2023		14925115	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A así como para su desafiliación
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 19/08/2023 09:21:09 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 190.143.14.15, 192.230.104.11, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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:

MIGUEL ANTONIO NUMPAQUE ACUÑA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **80.440.638**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 19 de Agosto del 2023.

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.

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
9008058746875	1|9|0|9|2|0|2|3

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

1. tipo de tramite	2.Tipo afil acion	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 ☐	1

A. AFILIACIÓN

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

6. Apellidos y nombres			
NUMPAQUE Primer apellido	ACUÑA Segundo apellido	MIGUEL Primer nombre	ANTONIO Segundo nombre

7. Tipo documento de Identidad	8.Número del documento de Identidad	9.Sexo	10.Fecha de nacimiento
CC	80.440.638	Femenino ☐ Masculino ☒	0|6|0|3|1|9|7|2

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
SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA S.A.	PORVENIR	1.160.000

18.Residencia

Dirección	Telefono fijo	Telefono celular	Correo electronico
CL 42 A BIS # 88 56		32123823140	NOTIEN@GMAIL.COM

Municipio/Distrito	zona	Localidad / comuna	Departamento
BOGOTA	Urbana ☒ Rural ☐		BOGOTA

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

		34. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS	Codigo de la IPS(a registrar por la EPS)
C		VS ENSUEÑO - VS ENSUEÑO	VSCANDEL - VSCANDEL
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 docuemnto de Identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS)
JMC MAQUINARIA Y CONSTRUCCIONES	NIT	901.576.638-9	01

39.Ubicación				
CR 38 C SUR # 73 D 90 Dirección	1234567 Teleéfono	Jmc.maquinaria.construciones@gmail.com Correo electrónico	BOGOTA Municipio/distrito	BOGOTA Departamento

No de Radicación
9008058746875

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 ☐		1|9|0|9|2|0|2|3

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 clinica 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 2013
- **53.** ☒ Autorización para que la EPS envie información al correo electronico o celular como mensaje de texto

VIII. FIRMAS

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

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 separaciónde cuerpos y escritura pública,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la union marital.
- ☐ **60.** Copia certificado de adopción o acta de entrega del menor
- ☐ **61.** Copia orden judicial o acto administrativo de custodia.
- ☐ **62.** Documento en que conste la perdida de la patria potestad, o el certificaco de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los padres.
- ☐ **63.** Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud
- ☐ **64.** Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- ☐ **65.** Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que consiste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

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

70. Datos funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

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

Observaciones

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

Bogotá DC. 19 de Agosto de 2.023

CONSTANCIA SOLICITUD DE AFILIACIÓN
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR
NIT 860066942

Señor usuario, reciba un cordial saludo de su Caja de Compensación Familiar Compensar. Informamos que el día 19/8/2023, se ha recibido una solicitud de afiliación, la cual estará sujeta a verificación.

Si el trabajador desea recibir cuota monetaria de subsidio debe consultar los requisitos en https://corporativo.compensar.com/subsidio/subsidio-monetario. De cumplir con las condiciones, es necesario realizar la solicitud adjuntando los documentos de soporte a través del portal corporativo www.compensar.com .

A continuación ofrecemos el detalle de la información suministrada del trabajador:

Tipo y Número de Identificación	CC 80440638
Nombres y Apellidos	MIGUEL ANTONIO NUMPAQUE ACUÑA
Tipo y Número de Identificación del Empleador	NIT 901576638
Razón Social Empleador	JMC MAQUINARIA Y CONSTRUCCIONES SAS
Código Sucursal	0
Código Centro de Costo	0
Fecha de Ingreso Empresa	19/8/2023
Fecha de Ingreso a Compensar	19/8/2023
Cargo	OFICIAL DE OBRA
Horas Labor Mes	180
Sueldo básico	$ 1160000

Firma del Trabajador
Identificación

La presente constancia se expide con destino a JMC MAQUINARIA Y CONSTRUCCIONES SAS, este documento impreso debe reposar firmado en la hoja de vida del trabajador.

Para mayor información de nuestros servicios consulte nuestra página web www.compensar.com o contáctenos a nuestra central telefónica de atención al usuario en Bogotá: 601 3077001 o a la Línea nacional: 01 8000 96 7070

ISO 9001 icontec internacional SC 5892-14
CERTIFIED IQNet MANAGEMENT SYSTEM

VIGILADO SuperSubsidio

CONTRATO INDIVIDUAL DE TRABAJO POR OBRA O LABOR DETERMINADA.

Nombre del empleador: J.M.C. MAQUINARIA Y CONSTRUCCIONES SAS
Domicilio del empleador: CLL 38 C # 73 D 90
Identificación del empleador: 901.285.772-9
Nombre del trabajador: MIGUEL MUNPAQUE ACUÑA
Identificación del trabajador: 80.440.638
Obra o labor contratada: Ayudante de obra
Salario fijo: $ 1´160.000
Fecha de inicio del contrato: 21 de Septiembre de 2023

Entre los suscritos, J.M.C. MAQUINARIA Y CONSTRUCCIONES S.A. identificada con NIT. 901.2857.772-9 de Bogotá, quien en adelante se denominará **EL EMPLEADOR,** y de otra parte MIGUEL MUNPAQUE ACUÑA mayor de edad identificado(a) con la cédula de ciudadanía No 80.440.638 quien obra en su propio nombre y en adelante se llamará **EL TRABAJADOR,** han acordado celebrar el presente contrato individual de trabajo por obra o labor determinada**,** contenido en las siguientes cláusulas:

OBJETO: EL EMPLEADOR contrata los servicios personales de **EL TRABAJADOR** para que éste desarrolle las actividades propias de la labor de **OFICIAL DE OBRA.**

REMUNERACIÓN. Por el servicio que preste EL TRABAJADOR de conformidad con el presente contrato, EL EMPLEADOR le reconocerá una remuneración de 1`160.000 (un millón siento sesenta mil pesos mct) por mes de trabajado, pago quincenal. Dentro de este pago se encuentra incluida la remuneración de los descansos dominicales y festivos, mensuales.

SEGURIDAD SOCIAL: La seguridad social se paga mes vencido. Se paga sobre el Mínimo Legal Vigente del respectivo año; según el artículo 210 de la Ley 100 de 1993 consagra la obligación de todos los empleadores, del sector público o privado, de pagar su respectivo aporte al Sistema General de Seguridad Social.

JORNADA. EL TRABAJADOR se obliga a trabajar 9 horas al día en el horario comprendido entre las 7:00 am – 5:00 pm de lunes a viernes y de las 7:00 am – 12 m sábados, determinadas por **EL EMPLEADOR**, pudiendo hacer éste ajustes o cambios de horario cuando lo estime conveniente. Por el acuerdo expreso o tácito de las partes.

TERMINACIÓN CON JUSTA CAUSA. Son justas causas para terminar unilateralmente el presente contrato las siguientes:

Incumplir horarios de trabajo
Faltar a la obra sin justa causa
Irrespetar a sus compañeros o jefes
No cumplir con labores asignadas
No portar elementos de protección
Incurrir en abuso de confianza con el empleador
Consumir bebidas embriagantes o sustancias durante el horario laboral
Fingir una enfermedad o accidente
Abuso de autoridad y acosos sexual

CLÁUSULA DE CONFIDENCIALIDAD. EL TRABAJADOR asume el compromiso de guardar absoluta reserva de toda aquella información relativa al Empleador, y/o relativa a los socios, clientes y/o usuarios o relaciones con ellos; las estrategias y/o acciones y/o determinaciones de naturaleza operativa, administrativa, financiera, contable, comercial, de calidad y/o de gestión humana que utilice EL EMPLEADOR; durante su vinculación y aún después de haber terminado el vínculo laboral por cualquier causa.

EMPLEADOR
JMC MAQUINARIA Y CONSTRUCCIONES
NIT: 901.576.638

TRABAJADOR
MIGUEL MUNPAQUE ACUÑA
CC 80.440.638

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 4.227.943

PANQUEVA CORTES

APELLIDOS

NELSO DE JESUS

NOMBRES



FIRMA



ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 15-NOV-1957

SABOYA
(BOYACA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.70 ESTATURA

O+ G.S. RH

M SEXO

17-ENE-1976 SABOYA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

A-1500150-01301965-M-0004227943-20220608 0079712482A 1 8504893505

Medellín, 14 de September de 2023

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de JMC MAQUINARIA Y CONSTRUCCIONES SAS.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000001 PRINCIPAL BOGOTA DC		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C4227943	PANQUEVA CORTES NELSON DE JESUS	15/09/2023		246g3925	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A así como para su desafiliación
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 14/09/2023 15:52:57 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 190.143.14.15, 192.230.104.11, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

- ORIGINAL: E.P.S. - - 1a. COPIA: EMPLEADOR O ENTE TERRITORIAL -

O.P. 325379 03/20

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

"Código Únicamente para dependientes y afiliaciones al Régimen Subsidiado"

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva eps
gente cuidando gente
NIT. 900.156.264-2

FORMULARIO VÍA WEB

I. DATOS DEL TRÁMITE

Lea atentamente las instrucciones antes de diligenciar este formulario

1. TIPO DE TRÁMITE	2. TIPO DE AFILIACIÓN	3. RÉGIMEN
A. AFILIACIÓN [ ] B. REPORTE DE NOVEDADES [X]	A. Individual: a) Cotizante o cabeza de familia [ ] b) Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]	C. Contributivo [ ] S. Subsidiado [ ]

4. TIPO DE AFILIADO	5. TIPO DE COTIZANTE	CÓDIGO	FECHA DE LA SOLICITUD
CO Cotizante [X] CF Cabeza de Familia [ ] BE Beneficiario [ ]	A. Dependiente [X] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ] D. Independiente por prestación de servicio [ ]		DÍA 14 MES 09 AÑO 2023

A. AFILIACIÓN

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

6. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS			
PRIMER APELLIDO: PANQUEVA	SEGUNDO APELLIDO: CORTES	PRIMER NOMBRE: NELSON	SEGUNDO NOMBRE: DE JESUS

7. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	8. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	9. SEXO	10. FECHA NACIMIENTO
R.C. [ ] T.I. [X] C.C. [ ] C.E. [ ] P.A. [ ] C.D. [ ] S.C. [ ] P.E. [ ]	4.227.943	F [ ] M [X]	DÍA 15 MES 11 AÑO 1957

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

11. ORIGEN ETNICO	12. DISCAPACIDAD	13. PUNTAJE Y NIVEL DEL SISBEN	14. GRUPO DE POBLACIÓN ESPECIAL	15. ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
Código	Tipo F N M Condición T P			SURAMERICADA

16. ADMINISTRADORA DE PENSIONES	17. INGRESO BASE DE COTIZACIÓN - IBC	18. UBICACIÓN O DIRECCIÓN DE RESIDENCIA	LOCALIDAD / COMUNA	BARRIO
COLPENSIONES	1.160.000	CLL 77 BIS # 87 C -26	BOSA	BOSA

CIUDAD / MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	ZONA	TELÉFONO FIJO
BOGOTA	BOGOTA	U. [X] R. [ ]	

TELÉFONO MÓVIL	CORREO ELECTRÓNICO	CÓDIGO IPS
3114729957		

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

19. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS			
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE

20. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	21. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	22. SEXO	23. FECHA NACIMIENTO	CÓDIGO IPS
T.I. [ ] C.C. [ ] C.E. [ ] P.A. [ ] C.D. [ ] P.E. [ ]		F [ ] M [ ]	DÍA MES AÑO	

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

	24. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS DE LOS BENEFICIARIOS	25. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	26. NÚMERO DE IDENTIDAD	27. SEXO F	27. SEXO M	28.. FECHA DE NACIMIENTO DÍA MES AÑO	29. PARENTESCO	30. ETNIA	31. DISCAPACIDAD Tipo	31. DISCAPACIDAD Condición
1		CN RC TI CC CE PA SC PE							F. N. M.	T. P.
2		CN RC TI CC CE PA SC PE							F. N. M.	T. P.
3		CN RC TI CC CE PA SC PE							F. N. M.	T. P.
4		CN RC TI CC CE PA SC PE							F. N. M.	T. P.

	32. DATOS DE RESIDENCIA Ciudad / Mpio.	Departamento	Zona	Teléfono Fijo	Teléfono Móvil	33. VALOR UPC AFILIADO ADICIONAL (Lo diligencia la EPS)	34. Nombre y código de la IPS	EXCEPCIÓN DEL TRASLADO COBERTURA GEOGRÁFICA	UNIFICACIÓN GRUPO FAMILIAR	CUMPLIMIENTO TIEMPO POR CESIÓN	SERVICIO AVALADO POR SNS	NIVEL DE SISBÉN	GRUPO POBLACIONAL
1			R. U.									I. II.	
2			R. U.									I. II.	
3			R. U.									I. II.	
4			R. U.									I. II.	

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

35. Nombre o Razón Social	36. Tipo documento de identidad	37. Número documento de identidad	DV	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones
JMC MAQUINARIA Y CONSTRUCCIONE SAS	C.C. C.E. P.A. C.D. N.I. [X] P.E.	901.576.637		

39. UBICACIÓN O DIRECCIÓN	CIUDAD / MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	TELÉFONO FIJO	TELÉFONO MÓVIL	CORREO ELECTRÓNICO
CLL 38 C SUR # 73 D 90	BOGOTA	BOGOTA		3134854004	jmc.maquinaria.construcciones@gmail.com

FECHA INICIO DE RELACIÓN LABORAL	CARGO	SALARIO
DÍA 14 MES 09 AÑO 2023	AYUDANTE DE OBRA	1.160.000

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/O CORRECCIÓN DE DATOS COMPLEMENTARIOS [ ]
5. TERMINACIÓN DE LA INSCRIPCIÓN EN LA EPS [ ]
   Código [ ]
6. REINSCRIPCIÓN EN LA EPS [ ]
7. INCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES [ ]
8. EXCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES [ ]
9. INICIO DE RELACIÓN LABORAL O ADQUISICIÓN DE CONDICIONES PARA COTIZAR [ ]
10. TERMINACIÓN DE LA RELACIÓN LABORAL O PÉRDIDA DE LAS CONDICIONES PARA SEGUIR COTIZANDO [ ]
11. VINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS [ ]
12. DESVINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS [ ]
13. MOVILIDAD
    A) AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO [ ]
    B) AL RÉGIMEN SUBSIDIADO [ ]
14. TRASLADO
    A) MISMO RÉGIMEN [ ]
    B) DIFERENTE RÉGIMEN [ ]
15. REPORTE DE FALLECIMIENTO [ ]
16. REPORTE DEL TRÁMITE DE PROTECCIÓN AL CESANTE [ ]
17. REPORTE DE LA CALIDAD DE PREPENSIONADO [ ]
18. REPORTE DE LA CALIDAD DE PENSIONADO [ ]

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN			
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE

TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	SEXO	FECHA NACIMIENTO
R.C. [ ] T.I. [ ] C.C. [ ] C.E. [ ] P.A. [ ] C.D. [ ] S.C. [ ] P.E. [ ]		F [ ] M [ ]	DÍA MES AÑO

42. FECHA (a partir de)	43. EPS ANTERIOR Código	44. EXCEPCIÓN DEL TRASLADO	45. CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR O PAGADOR DE PENSIONES
DÍA MES AÑO		COBERTURA GEOGRÁFICA [ ] UNIFICACIÓN GRUPO FAMILIAR [ ] CUMPLIMIENTO TIEMPO POR CESIÓN [ ] SERVICIO AVALADO POR SNS [ ]	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales: Declaro bajo la gravedad de juramento que el(los) Beneficiario(s) reportado(s) dependen económicamente de mi. [ ]
47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción. [ ]
48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios. Anexo soporte de la Entidad [ ]
49. Declaración de no intermediación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud. [ ]
50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales. [ ]
51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran. [ ]
52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013. [ ]
53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto. [ ]

VIII. FIRMAS

54. Firma de cotizante, cabeza de familia o beneficiario	55. Firma y sello del empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio y/o independiente por prestación de servicio

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad:

	CN	RC	TI	CC	PA	CE	CD	SC	PE	Total
Cantidad:	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]

57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente. [ ]
58. Copia del registro civil de matrimonio o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que 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	67. Datos del SISBÉN	68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación
Código del Municipio [ ] Código del departamento [ ]	Número de ficha [ ] Puntaje [ ] Nivel [ ]	DÍA MES AÑO	DÍA MES AÑO

70. Datos del funcionario que realiza la validación			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
Tipo documento de identidad [ ]	Número del documento de identidad	71. Firma del funcionario	

OBSERVACIONES:

VIGILADO Supersalud

IMPRESO POR PANAMERICANA FORMAS E IMPRESOS S.A. NIT 800.175.457-5 TEL. 430 2110

6007000 ENERO / 2016

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.

01-01-F-009

- 2a. COPIA: AFILIADO -

O.P. 325379 03/20

ENTREGA CARTA DE DERECHOS Y DEBERES Y CARTA DE DESEMPEÑO

nueva eps
gente cuidando gente
NIT. 900.156.264-2

FORMULARIO VÍA WEB

Autorización de mensajes de texto. (Circular externa 000016 mayo de 2013)

Yo,_____identificado (a) con R.C. T.I. C.C. C.E. Otro: _____
número _____ de _____, certifico que:

1	¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la carta de derechos y deberes del afiliado y del paciente?	SÍ☐ No☐
2	¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la carta de desempeño donde se presenta de manera clara su puesto en el ranking?	SÍ☐ No☐
3	¿Leyó el contenido de la carta de derechos y deberes del afiliado y del paciente?	SÍ☐ No☐
4	¿Leyó el contenido de la carta de desempeño de la EPS?	SÍ☐ No☐
5	¿Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información, fue asesorado adecuadamente por la EPS?	SÍ☐ No☐

Así mismo autorizo a NUEVA EPS, para que envíe información al teléfono celular No. _____
y/o correo electrónico: _____
SÍ☐No☐

Autorizo la entrega de la carta de Derechos y Deberes del Afiliado y carta de Desempeño, en formato electrónico. SÍ☐No☐

Cordialmente,

Firma: _____
Tipo ID: _____ No. ID: _____
Fecha de Solicitud: _____
Dirección: _____
Tel: _____ Municipio _____
Departamento: _____
Huella

Afiliado manifiesta que no sabe o no puede firmar, autoriza a:

Firma: _____
Tipo ID: _____ No. ID: _____
Fecha (dd/mm/aaaa): _____
Dirección: _____
Tel: _____ Municipio _____
Departamento: _____
Huella

Manifiesto con mi firma la aceptación de todas las declaraciones y términos incorporados en este formato y el consentimiento expreso, previo e informado en relación con el tratamiento de mis datos personales que hará NUEVA EPS S.A., en sujeción a la política para el tratamiento de datos personales de la NUEVA EPS S.A. consúltela al reverso de este documento.

Información de NUEVA EPS
Asesor: _____
Código _____ Oficina _____

Autorizaciones

En virtud de la anterior certificación, autorizo expresamente y conforme a lo dispuesto en los artículos 14 y 15 de la Ley 527 de 1995, a NUEVA EPS S.A. Para que me remita información en forma de mensajes de datos, a través de mecanismos como sms -short message service - , correos electrónicos y redes sociales, relacionada con los servicios de NUEVA EPS S.A. y la carta de derecho de deberes.
Autorizo de manera expresa a NUEVA EPS S.A. y/o a la persona natural o jurídica a quien ésta encargue, para que recolecte, almacene, use, haga circular, actualice o suprima mis datos personales, para acceder a los servicios de la NUEVA EPS S.A. y para el cumplimiento de la carta de derechos y deberes.

Aviso de privacidad

Hago constar expresamente que NUEVA EPS S.A. me informó sobre los siguientes derechos que me asisten como titular de datos personales:

• Acceder los datos personales que hayan sido objeto de tratamiento conforme a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 y las demás normas que la modifiquen, adicionen o complementen.
• Conocer, actualizar y rectificar los datos personales frente al responsable del tratamiento y al encargado del tratamiento. Este derecho se podrá ejercer, entre otros, datos, en relación con datos parciales, inexactos, incompletos, fraccionados, que induzcan a error, o aquellos datos cuyo tratamiento esté expresamente prohibido o no haya sido autorizado.
• solicitar prueba de la autorización otorgada al responsable del tratamiento, salvo cuando expresamente se exceptúe como requisito para el tratamiento, de conformidad con lo previsto en el artículo 10 de la Ley 1581 de 2012.
• Ser informado por el responsable del tratamiento o el encargado del tratamiento, previa solicitud, con respecto del uso que le ha dado a los datos personales.
• Presentar ante la Superintendencia de Industria y Comercio quejas por infracciones a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 y las demás normas que la modifiquen, adicionen o complementen.
• Revocar la autorización y/o solicitar la supresión del dato cuando en el tratamiento no se respeten los principios, derechos y garantías constitucionales y legales. La revocatoria y/o supresión procederá cuando la Superintendencia de Industria y Comercio haya determinado que en el tratamiento el responsable o encargado han incurrido en conductas contrarias a esta ley y a la constitución.
En cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 y las demás normas que los modifiquen, adicionen o complementen, le informamos que usted puede conocer la política de tratamiento de los datos personales de NUEVA EPS S.S., a través de los siguientes mecanismos que ponemos a su disposición:

Sitio web: www.nuevaeps.com.co
Oficinas de atención al afiliado de NUEVA EPS S.A.
Línea Gratuita: 01 8000 954400
Línea de atención en Bogotá: 307 7022
Conmutador: (57 + 1) 4193000
Dirección Administrativa: Carrera 85k No. 46A – 66 Piso 2.

Sr.(a) afiliado(a), la información por usted suministrada en este formato, así como la relacionada en el formulario de afiliación y/o demás documentos anexos, serán utilizados por NUEVA EPS S.A. como responsable del tratamiento de la información únicamente para los fines específicos relacionados con la administración y prestación de servicios en salud de Plan Obligatorio de Salud, de acuerdo con la Ley 1581 de 2012 ‘’Hábeas Data’’; dicho tratamiento podrá implicar la trasferencia, trasmisión y/o recepción de los datos, y el cual se realizará a través de sí misma, terceros encargados de tratamiento de información o de sus aliados comerciales, para fines comerciales y para la correcta prestación del servicio, de la forma indicada en los Términos y Condiciones de cada uno de sus portales y de la Política de Confidencialidad y Protección de Datos.

INFORMACIÓN PARA SER DILIGENCIADA POR EL TRABAJADOR INDEPENDIENTE CUYO INGRESO SEA IGUAL O SUPERIOR A 1 SMMLV

ACTIVIDAD ECONÓMICA	ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES	ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES	INGRESO BASE DE COTIZACIÓN	POSEE VIVIENDA PROPIA		PRODUCTOR AGROPECUARIO	
			$	SÍ	NO	Sí	NO

Nivel de Escolaridad									
Ninguno ☐	Secundaria ☐	Normalista ☐	Profesional ☐	Doctorado ☐
Preescolar ☐	Media académica o clásica (bachillerato básico) ☐	Técnica Profesional ☐	Especialización ☐	Último Grado
Básico Primaria ☐	Media técnica (bachillerato básico) ☐	Tecnológica ☐	Maestría ☐	Aprobado _____

Posición Ocupacional	Patrón/Empleador ☐	Contratista ☐	Trabaja por su Cuenta ☐
Inicio Contrato		Fin Contrato	

SEÑOR USUARIO: TRABAJADOR INDEPENDIENTE O CONTRATISTA, RECUERDE REPORTAR LA NOVEDAD DE RETIRO EN LA PLANILLA DE PAGO A PARTIR DEL MOMENTO QUE DECIDA NO CONTINUAR CON LOS SERVICIOS DE SALUD, EL NO HACERLO LE GENERA MORA, LA CUAL TENDRÁ VIGENCIA HASTA EL MOMENTO EN EL QUE REPORTE SU RETIRO AL SISTEMA. DECRETO 806 ART. 57 DE 1998 Y ART. 59 DECRETO 1406 DE 1999.

SÓLO DILIGENCIAR SI ES COTIZANTE INDEPENDIENTE PAGO POR TERCERO	Nombre del Tercero	Tipo de Identificación	NIT	C.C.	C.E.	Identificación del Tercero que realiza el Aporte	DV
			P.A.	T.I.	C.D.		

INFORMACIÓN PARA SER DILIGENCIADA POR LA EPS

Nombre del GESTOR o PROMOTOR	CÓDIGO GESTOR o PROMOTOR	Nombre DIRECTOR COMERCIAL	CÓDIGO DIRECTOR	Causal Inconsistencia y/o Observaciones	CIUDAD Y FECHA

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 **NELSO DE JESUS PANQUEVA CORTES** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **4227943,** se encuentra afiliado/a desde **01/10/1994** 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 14 de septiembre de 2023.



Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR
NIT.860.066.942-7

Bogotá D.C., 14 de Septiembre de 2.023

A QUIEN INTERESE

Compensar, Caja de Compensación Familiar, certifica que el cliente se encuentra afiliado en la modalidad TRABAJADOR DEPENDIENTE, con la siguiente información :

Tipo de Identificación	: CC
No. de Identificación	: 4227943
Nombre	: NELSON DE JESUS PANQUEVA CORTES
Empresa/Contratante	: JMC MAQUINARIA Y CONSTRUCCIONES SAS
Idenficación Empresa	: NT
No. Identificación Empresa	: 901576638
Fecha de Afiliación a CCF	: 2023/09/14
Fecha de Ingreso a la empresa	: 2023/09/14
Estado	: Afiliado
Categoría	: A

La presente certificación se expide con destino a JMC y tiene vigencia de un mes a partir de la fecha de expedición.

Esta certificación no es válida para presentar los documentos requeridos para la acreditación del subsidio monetario, considerando solo validos el formato de inscripción, modificación a la Caja de Compensación

Atentamente.

Paula Andrea Ramírez

GESTIONAR INFORMACIÓN EMPRESARIAL
Elaboró: Portal Compensar

ISO 9001 icontec internacional SC 5892-14
CERTIFIED IQNet MANAGEMENT SYSTEM

VIGILADO SuperSubsidio

CONTRATO INDIVIDUAL DE TRABAJO POR OBRA O LABOR DETERMINADA.

Nombre del empleador: J.M.C. MAQUINARIA Y CONSTRUCCIONES SAS
Domicilio del empleador: CLL 38 C # 73 D 90
Identificación del empleador: 901.285.772-9
Nombre del trabajador: Nelson Panqueva Cortes
Identificación del trabajador: 4.227.943
Obra o labor contratada: Ayudante de obra
Salario fijo: $ 1´160.000
Fecha de inicio del contrato: 14 de Septiembre de 2023

Entre los suscritos, J.M.C. MAQUINARIA Y CONSTRUCCIONES S.A. identificada con NIT. 901.2857.772-9 de Bogotá, quien en adelante se denominará **EL EMPLEADOR,** y de otra parte **Nelson Panqueva Cortes** mayor de edad identificado(a) con la cédula de ciudadanía No **4.227.943** quien obra en su propio nombre y en adelante se llamará **EL TRABAJADOR,** han acordado celebrar el presente contrato individual de trabajo por obra o labor determinada**,** contenido en las siguientes cláusulas:

OBJETO: EL EMPLEADOR contrata los servicios personales de **EL TRABAJADOR** para que éste desarrolle las actividades propias de la labor de **OFICIAL DE OBRA.**

REMUNERACIÓN. Por el servicio que preste EL TRABAJADOR de conformidad con el presente contrato, EL EMPLEADOR le reconocerá una remuneración de 1`160.000 (un millón siento sesenta mil pesos mct) por mes de trabajado, pago quincenal. Dentro de este pago se encuentra incluida la remuneración de los descansos dominicales y festivos, mensuales.

SEGURIDAD SOCIAL: La seguridad social se paga mes vencido. Se paga sobre el Mínimo Legal Vigente del respectivo año; según el artículo 210 de la Ley 100 de 1993 consagra la obligación de todos los empleadores, del sector público o privado, de pagar su respectivo aporte al Sistema General de Seguridad Social.

JORNADA. EL TRABAJADOR se obliga a trabajar 9 horas al día en el horario comprendido entre las 7:00 am – 5:00 pm de lunes a viernes y de las 7:00 am – 12 m sábados, determinadas por **EL EMPLEADOR**, pudiendo hacer éste ajustes o cambios de horario cuando lo estime conveniente. Por el acuerdo expreso o tácito de las partes.

TERMINACIÓN CON JUSTA CAUSA. Son justas causas para terminar unilateralmente el presente contrato las siguientes:

Incumplir horarios de trabajo
Faltar a la obra sin justa causa
Irrespetar a sus compañeros o jefes
No cumplir con labores asignadas
No portar elementos de protección
Incurrir en abuso de confianza con el empleador
Consumir bebidas embriagantes o sustancias durante el horario laboral
Fingir una enfermedad o accidente
Abuso de autoridad y acosos sexuales

CLÁUSULA DE CONFIDENCIALIDAD. EL TRABAJADOR asume el compromiso de guardar absoluta reserva de toda aquella información relativa al Empleador, y/o relativa a los socios, clientes y/o usuarios o relaciones con ellos; las estrategias y/o acciones y/o determinaciones de naturaleza operativa, administrativa, financiera, contable, comercial, de calidad y/o de gestión humana que utilice EL EMPLEADOR; durante su vinculación y aún después de haber terminado el vínculo laboral por cualquier causa.

EMPLEADOR
JMC MAQUINARIA Y CONSTRUCCIONES
NIT: 901.576.638

TRABAJADOR
NELSON PANQUEVA
CC 79.808.387


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
1.120.353.311
MURILLO CORTES
UBERNEY
REPUBLICA DE
COLOMBIA


FECHA DE NACIMIENTO
17-FEB-1986
MESETAS
(META)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.70
ESTATURA
O+
G.S. RH
M
SEXO
03-AGO-2004 GRANADA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO
A-1530400-00429836-M-1120353311-20130404
1902130417

GOBIERNO DE COLOMBIA

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **UBERNEY MURILLO CORTES** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1120353311,** se encuentra afiliado/a desde **28/09/2007** 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 18 de septiembre de 2023.

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

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

Powered by CamScanner

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: D D M M A A A A

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

1. Tipo de trámite: A. Afiliación [X] B. Reporte de Novedades [ ]
2. Tipo de Afiliación: A. Individual: • Cotizante o cabeza de Familia [ ] • Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]
3. Régimen: A. Contributivo [ ] B. Subsidiado [ ]
4. Tipo de afiliado: A. Cotizante [X] B. Cabeza de familia [ ] C. Beneficiario [ ]
5. Tipo de cotizante: A. Dependiente [ ] B. Independiente [ ] 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: MURILLO	Segundo Apellido: CORTES	Primer Nombre: UBERNEY	Segundo Nombre:

7. Tipo de documento de identidad: CC
8. Número de documento de identidad: 1.120.353.31
9. Sexo: Femenino [ ] Masculino [X]
10. Fecha de nacimiento: D D M M A A A A: 1 7 0 2 1 9 8 6

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: SURAMERICA
16. Administradora de pensiones: COLPENSIONES
17. Ingreso base de cotización - IBC: 1.160.000
18. Residencia: Dirección: CLL 12 A SUR # 23 ESTE 23
Teléfono fijo: 3209832626
Correo electrónico:
Municipio / Distrito: BOGOTA
Zona Urbana [X] Rural [ ]
Localidad / Comuna: MEISSEN
Departamento: CUNINAMARCA

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

Selección de la IPS Primaria

	34. Nombre de la institución prestadora de servicios de salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
Cot.		
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: JMC MAQUINARIA Y CONSTRUCCCIONES SAS
36. Tipo de documento de identificación: NIT
37. Número del documento de identificación: 901576638-9
38. Tipo de aportante o pagador pensiones (a registrar por la EPS)
39. Ubicación: CLL 38 C SUR # 73 D 90
Teléfono: 3134854004
Correo electrónico: Jmc.maquinaria.construcciones@gmail.com
Municipio: BOGOTA
Departamento: BOGOTA

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
42. Fecha: 2 3 0 9 2 0 2 3
43. EPS anterior:
44. Motivo de traslado Código:
45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones:

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales. [ ]
47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción. [ ]
48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de 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

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 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 SISBÉN: Número de la 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 de identidad [ ]
Número de documento de identidad
71. Firma del funcionario

OBSERVACIONES: OFICIAL DE OBRA

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
Caja de Compensación Familiar COMPENSAR EPS Comunicaciones

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): _____

No. Identificación: _____

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: _____

Huella

AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Autorizo de manera voluntaria, explicita, 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): _____

No. Identificación: _____

Bogotá DC. 25 de Septiembre de 2.023

CONSTANCIA SOLICITUD DE AFILIACIÓN
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR
NIT 860066942

Señor usuario, reciba un cordial saludo de su Caja de Compensación Familiar Compensar. Informamos que el día 25/9/2023, se ha recibido una solicitud de afiliación, la cual estará sujeta a verificación.

Si el trabajador desea recibir cuota monetaria de subsidio debe consultar los requisitos en https://corporativo.compensar.com/subsidio/subsidio-monetario. De cumplir con las condiciones, es necesario realizar la solicitud adjuntando los documentos de soporte a través del portal corporativo www.compensar.com .

A continuación ofrecemos el detalle de la información suministrada del trabajador:

Tipo y Número de Identificación	CC 1120353311
Nombres y Apellidos	UBERNEY MURILLO CORTES
Tipo y Número de Identificación del Empleador	NIT 901576638
Razón Social Empleador	JMC MAQUINARIA Y CONSTRUCCIONES SAS
Código Sucursal	0
Código Centro de Costo	0
Fecha de Ingreso Empresa	24/9/2023
Fecha de Ingreso a Compensar	25/9/2023
Cargo	OFICIAL DE OBRA
Horas Labor Mes	180
Sueldo básico	$ 1160000

Firma del Trabajador
Identificación

La presente constancia se expide con destino a JMC MAQUINARIA Y CONSTRUCCIONES SAS, este documento impreso debe reposar firmado en la hoja de vida del trabajador.

Para mayor información de nuestros servicios consulte nuestra página web www.compensar.com o contáctenos a nuestra central telefónica de atención al usuario en Bogotá: 601 3077001 o a la Línea nacional: 01 8000 96 7070

ISO 9001 icontec SC 5892-14
CERTIFIED IQNet MANAGEMENT SYSTEM
VIGILADO SuperSubsidio

CONTRATO INDIVIDUAL DE TRABAJO POR OBRA O LABOR DETERMINADA.

Nombre del empleador:	J.M.C. MAQUINARIA Y CONSTRUCCIONES S.A.S.
Domicilio del empleado:	CLL 38 C # 73 D 90
Identificación del empleado:	901.285.772-9
Nombre del trabajador:	Uberney murrillo
Identificación del trabajador:	1.120.353.311
Obra o labor contratada:	OFICIAL DE OBRA
Salario fijo:	$ 1´160.000
Fecha de inicio del contrato:	26 SEPTIEMBRE de 2023

Entre los suscritos, J.M.C. MAQUINARIA Y CONSTRUCCIONES S.A. identificada con NIT. 901.2857.772-9 de Bogotá , quien en adelante se denominará **EL EMPLEADOR,** y de otra parte **UBERNEY MURILLO** mayor de edad identificado(a) con la cédula de ciudadanía No 1.120.353.311 quien obra en su propio nombre y en adelante se llamará **EL TRABAJADOR,** han acordado celebrar el presente contrato individual de trabajo por obra o labor determinada**,** contenido en las siguientes cláusulas:

OBJETO: EL EMPLEADOR contrata los servicios personales de **EL TRABAJADOR** para que éste desarrolle las actividades propias de la labor de **OFICIAL DE OBRA** para el EMPLEADOR.

REMUNERACIÓN. Por el servicio que preste EL TRABAJADOR de conformidad con el presente contrato, EL EMPLEADOR le reconocerá una remuneración de 1`600.000 (un millón por mes de trabajo, pagado cada 15 días. Dentro de este pago se encuentra incluida la remuneración de los descansos dominicales y festivos.

SEGURIDAD SOCIAL: La seguridad social se paga mes vencido.

Se paga sobre el Mínimo Legal Vigente del respectivo año

JORNADA. EL TRABAJADOR se obliga a trabajar 9 horas al día en el horario comprendido entre las 7:00 am – 5:00 pm determinadas por **EL EMPLEADOR**, pudiendo hacer éste ajustes o cambios de horario cuando lo estime conveniente. Por el acuerdo expreso o tácito de las partes.

TERMINACIÓN CON JUSTA CAUSA. Son justas causas para terminar unilateralmente el presente contrato las siguientes:

Incumplir horarios de trabajo
Faltar a la obra sin justa causa
Irrespetar a sus compañeros o jefes
No cumplir con labores asignadas
No portar elementos de protección
Incurrir en abuso de confianza con el empleador
Consumir bebidas embriagantes o sustancias durante el horario laboral
Fingir una enfermedad o accidente
Abuso de autoridad y acosos sexual

CLÁUSULA DE CONFIDENCIALIDAD. EL TRABAJADOR asume el compromiso de guardar absoluta reserva de toda aquella información relativa al Empleador, y/o relativa a los socios, clientes y/o usuarios o relaciones con ellos; las estrategias y/o acciones y/o determinaciones de naturaleza operativa, administrativa, financiera, contable, comercial, de calidad y/o de gestión humana que utilice EL EMPLEADOR; durante su vinculación y aún después de haber terminado el vínculo laboral por cualquier causa.

CLAUSULA:

"LA OBRA SE DESARROLLARÁ CON LA EMPRESA AMARILO, EN EL FRENTE DE OBRA HACIENDO EL OTOÑO"

EMPLEADOR
J.M.C.

TRABAJADOR
Uberney murillo

ASSMEDICA IPS CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD

Nit. 800.149.453-6 Salud Ocupacional **LABORAL**

Empresa: JMC MAQUINARIA Y CONSTRUCCIONES	Nit: 901.576638-9	Fecha: 2022-10-01
Pre Ocupacional o Ingreso ✔	Posocupacional Egreso ___	Periódico ___
Nombres Y Apellido:	Uberney Murillo Cortes	CC.: 1120353311
Edad: 36 AÑOS	Sexo: M	Cargo : Oficial
Peso: 78 Kg	Altura: 1.70 m	

EXÁMENES PARA CLÍNICOS REALIZADOS

Evaluación medico ocupacional: ✔		Exámenes de Laboratorio:	Si ___ No ✔
Visiometría:	___	Glic: ___ Col: ___ Trigi:___ otros: ___	
Optometría	✔		
Audiometría:	✔	Cuales: _____	
Espirometría:	___	Radiografías:	
Prueba de equilibrio:		Estable ✔	Inestable: ___
OSTEOMUSCULAR:		Normal	

El suscrito médico hace constar que el (la) señor (a) se presentó a valoración médica el día de hoy expidiendo el Siguiente diagnóstico.

APTO	✔	MOTIVO	APTO PARA DESEMPEÑAR EL CARGO
NO APTO	__	MOTIVO	_____

OBSERVACIONES:

USO DE EPP

CONTROL EPS

APTO PARA LABORAR EN ALTURAS Si ____ NO ____

EXAMEN PERIÓDICO

Puede Continuar con su labor SI NO Se sugiere reubicación laboral SI NO

EXAMEN DE EGRESO

Sospecha de enfermedad profesional SI NO Cuál

RECOMENDACIONES DE SALUD OCUPACIONAL

CONTROL MEDICO RUTINA EPS/CONTROL ADECUADO DEL PESO
REALIZAR PAUSAS ACTIVAS
DAR CUMPLIMIENTO A LA RESOLUCIÓN 692 DEL 29 DE ABRIL DEL 2022

Juan Carlos Contreras
Medico Ocupacional
Universidad Nacional
T.P.-73.4[illegible]

FIRMA DEL PACIENTE

assmedicaips

FIRMA DEL ESPECIALISTA

Carrera 21 nª 24-63 sur. Cels: 321 974 6445 - 321 974 6449 - 322 882 0001 – 3214 994 282
E-MAIL: contacto@assmedicaips.com web: https://assmedicaips.com
Horarios de confirmación para los exámenes: Lun a Vie de 8:00am 12:00 M y 2:00 pm a 5:00pm

E-mail: assmedicaips@hotmail.com - https://assmedicaips.com

REPUBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACION PERSONAL

CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.024.470.727

APELLIDOS VILLARRAGA GUTIERREZ

NOMBRES OSCAR





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 11-ENE-1987

SIBATE
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.65 ESTATURA

A+ G.S. RH

M SEXO

24-FEB-2005 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

P-1500119-42138575-M-1024470727-20050504 0004405124B 02 178810914

Medellín, 28 de August de 2023

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de JMC MAQUINARIA Y CONSTRUCCIONES SAS.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000001 PRINCIPAL BOGOTA DC		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C1024470727	VILLARRAGA GUTIERREZ OSCAR	29/08/2023		19825215	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A así como para su desafiliación
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 28/08/2023 18:19:52 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 190.143.14.15, 192.230.104.11, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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:

OSCAR VILLARRAGA GUTIERREZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.024.470.727**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 28 de Agosto del 2023.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Famisanar EPS
NIT 830.003.564-7

9007169224
9007169224

51588859674

Fecha de Radicación: 28 08 2023 (D D M M A A A A)

I. DATOS DEL TRÁMITE

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

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

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
	VILLARRAGA	GUTIERREZ	OSCAR

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento (D D M M A A A A)
CC	1.024.470.727	Femenino [ ] Masculino [X]	11 06 1987

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial	15. Administradora de riesgos laborales - ARL	16. Administradora de pensiones
	Tipo [F] [N] [M] Condición [T] [P]			SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.	

17. Ingreso base de cotización - IBC	18. Residencia: Dirección	Teléfono fijo	Teléfono celular
$1.160.000			

Correo electrónico	Municipio / Distrito	Zona Urbana [ ] Rural [ ]	Localidad / Comuna	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 del documento de identidad	22. Sexo	23. Fecha de nacimiento (D D M M A A A A)
		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 de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo: Femenino	Masculino	28. Fecha de nacimiento (D D M M A A A A)
B1					
B2					
B3					
B4					
B5					

Datos complementarios

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 del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
B1											
B2											
B3											
B4											
B5											

Selección de la IPS Primaria

	34. Nombre de la institución prestadora de servicios de salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C		
B		
B		
B		

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
JMC MAQUINARIA Y CONSTRUCCIONES SAS	NT	901576638	

39. Ubicación: Dirección	Teléfono	Correo electrónico	Municipio / Distrito	Departamento
CLL 38 C SUR N73 D 90	3125160502		BOGOTA	DISTRITO CAPITAL

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 [X] 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	Número del documento de identidad	Sexo: Femenino [ ] Masculino [ ]	Fecha de nacimiento (D D M M A A A A)	42. Fecha novedad (D D M M A A A A)
				28 08 2023

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 o 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 vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran. [ ]
52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013. [ ]
53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto. [ ]

VIII. FIRMAS

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

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad: CN [ ] RC [ ] TI [ ] CC [ ] PA [ ] CE [ ] CD [ ] SC [ ] Cantidad: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] Total [ ]
57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente. [ ]
58. Copia del registro civil de matrimonio o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital. [ ]
59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital. [ ]
60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor. [ ]
61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia. [ ]
62. Copia del documento en que conste la pérdida de la patria potestad o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante bajo la gravedad de juramento. [ ]
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. [ ]

Famisanar EPS
LINEA DE FRENTE DUITAMA
28 AGO 2023
RECIBIDO POR:

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la entidad Territorial: Código del municipio	Código del departamento	67. Datos del SISBÉN: Número de la 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 de identidad	Número del documento de identidad	OBSERVACIONES:
		CARGO: OPERADOR
71. Firma del funcionario		

VIGILADO Supersalud

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.

INTERNET

Cambio Empleo

05/2016

Bogotá DC. 28 de Agosto de 2,023

CONSTANCIA SOLICITUD DE AFILIACIÓN
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR
NIT 860066942

Señor usuario, reciba un cordial saludo de su Caja de Compensación Familiar Compensar. Informamos que el día 28/8/2023, se ha recibido una solicitud de afiliación, la cual estará sujeta a verificación.

Si el trabajador desea recibir cuota monetaria de subsidio debe consultar los requisitos en https://corporativo.compensar.com/subsidio/subsidio-monetario. De cumplir con las condiciones, es necesario realizar la solicitud adjuntando los documentos de soporte a través del portal corporativo www.compensar.com
.

A continuación ofrecemos el detalle de la información suministrada del trabajador:

Tipo y Número de Identificación	CC 1024470727
Nombres y Apellidos	OSCAR VILLARRAGA GUTIERREZ
Tipo y Número de Identificación del Empleador	NIT 901576638
Razón Social Empleador	JMC MAQUINARIA Y CONSTRUCCIONES SAS
Código Sucursal	0
Código Centro de Costo	0
Fecha de Ingreso Empresa	28/8/2023
Fecha de Ingreso a Compensar	28/8/2023
Cargo	OPERADOR
Horas Labor Mes	180
Sueldo básico	$ 1160000

Firma del Trabajador
Identificación

La presente constancia se expide con destino a JMC MAQUINARIA Y CONSTRUCCIONES SAS, este documento impreso debe reposar firmado en la hoja de vida del trabajador.

Para mayor información de nuestros servicios consulte nuestra página web www.compensar.com o contáctenos a nuestra central telefónica de atención al usuario en Bogotá: 601 3077001 o a la Línea nacional: 01 8000 96 7070

ISO 9001 icontec SC 5892-14
CERTIFIED IQNet MANAGEMENT SYSTEM

VIGILADO SuperSubsidio

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.001.849.019

LOPEZ LEDEZMA

APELLIDOS

EDWIN MANUEL

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 03-MAY-1989

ZARAGOZA
(ANTIOQUIA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.68	A+	M
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

30-MAY-2008 ZARAGOZA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-0130100-00079245-M-1001849019-20080926 0003738827A 1 25136147

Powered by CamScanner

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

COMPROBANTE DE RADICACIÓN DE LA AFILIACIÓN DEL DIA 31/08/2023

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo documento:	NI	**Número de documento:**	79278225	**Cédula Usuario:**	CC 79278225
Nombre:	JAIME JOSE RAMIREZ OSPINA				
Dirección:	TV 81A 83B 16 BR LA ESPAÑOLA				
Departamento:	BOGOTA D.C.		**Municipio:**	BOGOTA D.C.	
Correo electrónico:	serviauxiliar20@gmail.com				
Teléfono:	4344249		**Tarifa:**	6.960	
Actividad Económica:	5431202 PREPARACION DEL TERRENO, INCLUYE LA PREPARACION DEL TERRENO PARA POSTERIORES ACTIVIDADES, EXPLOTACION DE MINAS Y CANTERAS, DRENAJE DE TERRENOS DE CONSTRUCCION Y DE TIERRAS AGRICOLAS O FORESTALES				

DATOS DEL USUARIO QUE REALIZA LA RADICACIÓN

Cédula Usuario	Nombres y Apellidos del Usuario
CC 79278225	JAIME JOSE RAMIREZ OSPINA

DATOS AFILIADOS RADICADOS

	Radicado	Cobertura	Documento	Nombre Trabajador	Riesgo	Tarifa	Tipo
1	35	01/09/2023	CC 1001849019	LOPEZ LEDEZMA EDWIN	5	6.96000	Dependiente

OBSERVACIONES

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

MIS_4_1_3_FR15 v_04

Cordial saludo,

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

C6FF11D84C768E780C816F99EBD4D2EB

Certificado impreso el día 8/31/2023 4:03:15 PM por el portal de empresas Edesk

Powered by CamScanner

CERTIFICA QUE

El(La) Señor(a) EDWIN MANUEL LOPEZ LEDEZMA; identificado(a) con **CC** número 1.001.849.019; se encuentra afiliado a la EPS.

Fecha de Activación de Servicios: 01/**11/20**19

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 01 días del mes 9 del año **2023**

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

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:

EDWIN MANUEL LOPEZ LEDEZMA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.001.849.019**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 30 de Agosto del 2023.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

Powered by CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 74.245.833
RONCANCIO GAMBOA
APELLIDOS
HERMES ALBEIRO
NOMBRES

Hermes Gamboa
FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 20-OCT-1985
MONIQUIRA
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.65
ESTATURA

O+
G.S. RH

M
SEXO

21-ENE-2004 MONIQUIRA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

INDICE DERECHO



A-1500150-01121444-M-0074245833-20191223 0069422812A 2 8500137389

Medellín, 07 de September de 2023

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de INGEINCOL SAS.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo: 0000000001 BOSA			Clase: 5	Porcentaje Cotización: 6.96 %		
C74245833	RONCANCIO GAMBOA HERMES ALBEIRO	08/09/2023		841130q4	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A así como para su desafiliación
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 07/09/2023 11:23:12 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.53.13.210, 192.230.104.4, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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 D D M M A A A A: 08 09 2023

I. DATOS DEL TRÁMITE

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

1. Tipo de trámite
- A. Afiliación [ ]
- B. Reporte de Novedades [✔]

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

3. Régimen
- A. Contributivo [✔]
- B. Subsidiado [ ]

4. Tipo de afiliado: A. Cotizante [✔] B. Cabeza de familia [ ] C. Beneficiario [ ]

5. Tipo de cotizante: A. Dependiente [✔] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]

Código (a registrar por la EPS): 01

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

A. AFILIACIÓN

6. Apellidos y nombres			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
RONCANCIO	GAMBOA	HERMES	ALBEIRO

7. Tipo de documento de identidad	8. Número de documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CC	74245833	Femenino [ ] Masculino [✔]	D D M M A A A A: 20 10 1985

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

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

17. Ingreso base de cotización - IBC	18. Residencia			
1160000	CRA87I 70SUR 29 (Dirección)		Teléfono fijo	3138833951
ingeincol@gmail.com (Correo electrónico)	BOGOTA (Municipio / Distrito)	Zona Urbana [✔] Rural [ ]	KENEDY (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	23. Fecha de nacimiento
		Femenino [ ] Masculino [ ]	D D M M A A A A

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

	24. Apellidos y nombres				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	31. Discapacidad Condición T P	32. Datos de residencia: Municipio / Distrito	Zona Urbana	Zona Rural	Departamento	Teléfono fijo y/o celular	33. Valor de la UPC afiliado adicional (a registrar por la EPS)
B1											
B2											
B3											
B4											
B5											

Selección de la IPS Primaria

	34. Nombre de la institución prestadora de servicios de salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
Cot.		
B		1015
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: INGEINCOL SAS

36. Tipo de documento de identificación: NIT

37. Número del documento de identificación: 900868163

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

39. Ubicación				
CALLE63SUR 64 90 (Dirección)	6619803 (Teléfono)	ingeincol@gmail.com (Correo electrónico)	BOGOTA (Municipio / Distrito)	BOGOTA (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	Fecha de nacimiento	42. Fecha
		Femenino [ ] Masculino [ ]	D D M M A A A A	08 09 2023

43. EPS anterior	44. Motivo de traslado	45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones
COOSALUD EPS S.A.	Código: 5	

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 empresa responsable de la afiliación colectiva Institucional o de Oficio
hermes Gamboa	

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 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 judicial donde conste [illegible] la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio. [ ]

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la entidad Territorial	67. Datos del 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	07 SEP 2023

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
		COD.290 SANDRA JANETH VANEGAS SUJETO A VERIFICACIÓN

OBSERVACIONES: PAGOS OCTUBRE

SE SOLICITA POR NO COBERTURA G

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.

PROGRAMA COMPENSAR EPS APROBADO RESOLUCIÓN 0166
PLAN COMPLEMENTARIO APROBADO RESOLUCIÓN 0271
VIGILADO Supersalud
Línea de Atención al Usuario 4450870 - Bogotá, D.C.
Línea Gratuita Nacional 018000915383
Caja de Compensación Familiar COMPENSAR EPS Comunicaciones
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): hermes Gamboa

No. Identificación: 74245833

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: _____

B
07 SEP 2023
COD.290 SANDRA JANETH VANEGAS
SUJETO A VERIFICACIÓN

Huella

AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Autorizo de manera voluntaria, explicita, 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): hermes Gamboa

No. Identificación: 74245833

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **74245833,** *no está registrado/a* en el 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 07 de septiembre de 2023.



Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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.

INGEINCOL S.A.S
NIT: 900.868.163-2

CONTRATO INDIVIDUQAL DE TRABAJO POR OBRA O LABOR CONTRATADA

DATOS EMPLEADOR

NOMBRE O RAZON SOCIAL:	INGEINCOL S.A.S
DOMICILIO:	Madalena Bogotá D.C.
DIRECCION:	Calle 63 sur # 64-90

DATOS DEL TRABAJADOR

NOMBRE:	Hermes Albeiro Roncancio Gamboa
NUMERO DE CEDULA:	74.245.833
CIUDAD DE DOMIICILIO:	Bogotá
DIRECCION DE RESIDENCIA:	Cra. 87i # 70 sur - 29
LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO:	Moniquirá, 20 de octubre 1985
ESTADO CIVIL:	Soltero
CARGO U OFICIO:	Ayudante de obra
CLASE DE CONTRATO:	Contrato individual de trabajo por obra o labor contratada
LUGAR O SITIO DE TRABAJO:	Bogotá D.C
FECHA INICIO DE LABORES:	07 de septiembre 2023
PORYECTO:	Según se requiera
SALARIO BASICO MENSUAL:	Un Millón de pesos MDA/CTE ($1’160.000)

Entre nosotros ANDRES MARTINEZ MARTINEZ, mayor de Edad y vecino de Bogotá D.C. identificado como aparece al pie de mi firma, obrando en nombre y representación de la Empresa INGEINCOL S.A.S, sociedad domiciliada en Bogotá D.C identificada con el NIT 900.868.163-2 , y que en el presente contrato se denominara LA EMRESA y la persona identificad como quedo registrado en el encabezamiento de este Contrato y que en adelante se denominará EL TRABAJADOR se suscribe el presente contrato individual de trabajo de labor contratada estipulado en las siguientes cláusulas:

PRIMERA: LABOR CONTRATADA. Poner al servicio del patrono toda su capacidad normal de trabajo, en forma exclusiva, en orden al desempeño de las funciones propias del cargo u oficio para el cual ha sido contratado, incluyendo las labores anexas y complementarias, de conformidad con las ordenes e instrucciones que le imparta el empleador o sus representantes , así mismo , se obliga a no prestar directa o indirectamente servicios laborales a otros empleadores ni a trabajar por cuenta en el mismo oficio durante la vigencia de este contrato.

SEGUNDA: OBLIGACIONES DE TRABAJADOR: En relación con la actividad propia del TRABAJADOR este la ejecutara dentro de las siguientes modalidades que implican claras obligaciones para el mismo, así: a) Observar rigurosamente las normas que le fije LA EMPRESA, para la realización de la labor a que se

CALLE 63 SUR N° 64 - 90 Bogotá. Tel-Fax: 6-619803 Cel: 319-6011980
ingeincol@gmail.com

refiere el presente contrato de trabajo. b) Cumplir a cabalidad con los deberes y obligaciones que la ley, el reglamento interno y el presente contrato le impongan en su condición de trabajador, así como abstenerse de ejecutar las conductas que se encuentren prohibidas en esos mismos ordenamientos. c) Guardar absoluta reserva, salvo autorización expresa de LA EMPRESA de todas aquellas informaciones que lleguen a su conocimiento, en razón a su trabajo, y que sean por naturaleza privadas, en beneficio de los intereses del empleador. d) Ejecutar por sí mismo las funciones asignadas y representen, respecto al desarrollo de sus actividades. e) Conservar y resistir en buen estado, salvo el deterioro normal, los instrumentos, herramientas, y útiles, que le sean entregados, para el ejercicio de sus funciones, así como los que posteriormente se le asignen, ó sean prestados temporalmente para realizar sus funciones, al igual que manejar escrupulosamente los valores e intereses que se le encomienden por razón de su cargo y a rendir cuenta rigurosa de ellos al empleador. f) Cuidar permanentemente de los intereses y bienes de LA EMPRESA .g) Dedicar la totalidad de su jornada de trabajo a cumplir a cabalidad con sus funciones. h) Programar diariamente su trabajo y asistir puntualmente a las reuniones que ejecute LA EMPRESA las cuales hubiere sido citado. i) Guardar buenas relaciones laborales con compañeros de labor, superiores y clientes, Mantener perfecta disciplina y respeto dentro y fuera de la Empresa para con sus compañeros de trabajo, superiores , clientes , etc. j) Cumplir permanentemente con espíritu de lealtad, colaboración y disciplina con LA EMPRESA . k) No prestar directa ni indirectamente servicios laborales a otros empleadores, ni trabajar por cuenta propia en el mismo oficio. l) No atender durante las horas de trabajo, asuntos y ocupaciones distintas a las que el empleador le encomiende, sin previa autorización de este y a evitar fuera de dichas horas de trabajo, otras labores que afecten su salud u ocasiones el desgaste de su organismo en forma que la impida prestar eficazmente el servicio convenido. m) Aceptar los traslados que determine el patrón dentro de las agencias, sucursales, establecimientos o simples dependencias de la Empresa en todo el territorio nacional. n) Asistir puntualmente al trabajo y cumplir con los turnos de trabajo asignados. O) Informar a la Empresa en forma inmediata sobre cualquier cambio en la dirección de su residencia. En el evento de cualquier notificación que deba hacer la Empresa al trabajador, se tendrá como dirección de la residencia, la última que el trabajador hubiese notificado .p) En general realizara todas las gestiones propias de su cargo.

TERCERA: OBLIGACIONES DEL TRABAJADOR. a) Pagar al trabajador el salario convenido el cual incluye la remuneración de los descansos dominicales y festivos. Así mismo pagar los beneficios o auxilios no constitutivos de salario que se convengan expresamente con el trabajador con base en el artículo 128 del Código Sustantivo de Trabajo. B) Cumplir los preceptos sobre obligaciones y prohibiciones para el patrono contenidos en la ley, el reglamento interno de trabajo y el presente contrato.

CUARTA: JORNADA DE TRABAJO Y TRABAJO DOMINICAL O FESTIVO. La jornada ordinaria de trabajo será de 48 horas a la semana, de lunes a sábado, de acuerdo al horario diario que fije la empresa o el que acuerden trabajador y Empresa , conforme a la flexibilización de la jornada de trabajo que autoriza la ley 789 de 2002(literal d Art.51) , teniendo en cuenta las necesidades del servicio. Para el reconocimiento y

pago del trabajador suplementario, dominical o festivo, el patrono o sus representantes deben autorizarlo previamente y por escrito para cada caso.

PARAGRAFO 1: La Empresa se reserva la facultada y el trabajador la acepta de trasladarlo a cualquiera de las ciudades, zonas o regiones que tengan establecidas dentro del territorio nacional. La aceptación de este traslado por parte del trabajador forma parte integral de este contrato de trabajo y por quedar fijados los parámetros exigidos por el Art. 39 del C.S.T. cualquier traslado que la empresa ordene no podrá tomarse como modificación de las condiciones o lugar donde el trabajador va inicialmente a prestar sus servicios o los cambios o modificaciones que posteriormente se hagan durante la vigencia del contrato, la hará saber la Empresa al trabajador por escrito. Queda entendido que el traslado NO IMPLICA MODIFICACION DEL SALARIO.

QUINTO: PERIODO DE PRUEBA. Los primeros dos meses del presente contrato se consideran como periodo de prueba y por consiguiente, cualquiera de las partes, podrá terminar el contrato unilateralmente, en cualquier momento durante dicho periodo.

SEXTA: TERMINO DE DURACION: El trabajador se compromete a poner al servicio de la empresa toda su capacidad normal de trabajo en el oficio de Ayudante de Obra durante al tiempo que para su especialidad de trabajo lo requiera la ejecución de la labor una vez culminada dicha labor, se dará por terminado, unilateralmente sin aviso de acuerdo a la ley.

SEPTIMA: REMUNERACION: La empresa pagar al trabajador como remuneración por sus servicios: un salario básico de ($1’160.000) pesos entendiéndose que en el pago mensual se encuentra comprendido el de los descansos dominicales y festivos de acuerdo a la ley laboral. Igualmente pagara así mismo se aclara y se deja en pleno conocimiento del empleador y/o presente incapacidad, así mismo se aclara y se deja en pleno conocimiento del empleado que los viáticos no serán contemplados para efectos de liquidación del presente contrato.

PARAGRAFO 1 : Las partes expresamente acuerdan que lo que reciba el trabajador o llegue a recibir en el futuro, adicional a su salario ordinario, ya sean beneficios, viáticos o auxilios habituales u ocasionales , tales como la alimentación, habitación o vestuario, las bonificaciones el transporte o subsidios para el transporte , las bonificaciones anuales por cumplimiento de objetivos, prima extralegal, las primas extralegales de vacaciones, de servicios o Navidad, canones de arrendamiento de vehículo o cualquier título o bajo cualquier otra denominación, NO CONSITUYE SALARIO.

PARAGRAFO 2: Para todos los efectos de partes establecen que la sede de trabajo es la ciudad de Bogotá. En el evento de que accidentalmente o en forma esporádica u ocasional, el trabajador deba desplazarse de su sede de trabajo por orden o disposición de la Empresa, y devengue viáticos, estos NO CONSTITUYEN SALARIO, de acuerdo con la ley.

OCTAVA: GRAVES FALTAS QUE AMERITAN DESPIDO. Además de las justas causas de terminación unilateral del contrato de trabajo por parte del patrono consagradas en la ley o el reglamento interno de trabajo, el trabajador podrá ser despedido sin previo aviso cuando realice una de las conductas que a continuación se indican con grave falta para tales efectos: a) la no asistencia puntual al trabajo, sin causa justificad a juicio del empleador, por dos o más veces)b) El incumplimiento de las obligaciones señaladas en la cláusula segunda del presente contrato . c) El hecho de que se reinicia dos veces en desavenencias laborales con los compañeros de trabajo dentro de un mismo calendario. d) El hecho de que el trabajador llegue bajo los efectos de cualquier sustancia embriagante, narcótica o estimulante, así como el consumo de una de las tales sustancias en las dependencias de la Empresa o en el sitio de trabajo, aun por la primera vez. Sin embargo no será grave falta el consumo de bebidas alcohólicas en eventos autorizados por el empleador. e) La no asistencia a la jornada completa o más de trabajo, salvo fuerza mayor caso fortuito o excusa suficiente a juicio del empleador. f) Todo acto inmoral o delictuoso cometido en las dependencias d la empresa aun fuera del horario de trabajo) Todo acto de violencia, injuria, insulto o malos tratamientos en que incurra el trabajador en desempeño de sus labores, contra las personas vinculadas profesionalmente al empleador o contra los usuarios de los servicios que este presta tanto dentro o fuera de las instalaciones de la empresa. h) todo daño causado intencionalmente o con grave negligencia a los bienes, equipos o maquinas utilizados por la empresa. i) La revelación de secretos o informaciones confidenciales de la empresa) La utilización de elementos herramientas o equipos pertinentes a la Empresa en actividades ajenas a ella. k) El hecho de que el trabajador no utilice los elementos de seguridad industria o dotación oficial cuando esté realizando labores que lo requieran así como la omisión en el porte de carnet o documento que identifique al trabajador como empleado de la empresa. l) el incumplimiento de la jornada de trabajo acordaba entre empleador y trabajador.

NOVENA: RESPONSABILIDAD SOBRE ELEMENTOS DE TRABAJO: Los elementos de trabajo, la dotación especial (no incluye calzado ni overoles), herramientas de trabajo, entregados por el patrono al trabajador deberán ser restituidos por este último. En caso de no efectuarse la restitución, el valor de tales elementos o artículos podrá ser descontado de la liquidación final de acreencias laborales, para lo cual el trabajador concede desde ahora la autorización correspondiente.

DECIMA: CONFIDENCIALIDAD: Toda la información que conozca EL TRABAJADOR en desarrollo de este contrato es de propiedad exclusiva de LA EMPRESA y tendrá carácter reservado y privilegiado, que debe ser respetada por EL TRABAJADOR al conocer dicha información, sin tener derecho a divulgar a favor de terceros o a ustedes para propósitos distintos al objetivo y cumplimiento del presente contrato.

DECIMA PRIMERA: SEGURIDAD SOCIAL Y CESANTIAS. El trabajador informara por escrito la entidad o entidades a las que debe ser afiliado a salud y pensiones, así como lo concerniente al fondo d cesantías. De no hacerse en esta forma el trabajador acepta, bajo su responsabilidad, que la empresa escoja las entidades para tales efectos.

DECIMA SEGUNDA: DIRECCION PARA EFECTO DE NOTIFICACIONES. Las partes acuerdan que si a la empresa no le fue posible entejar al trabajador personalmente cualquier comunicación relacionada con el contrato de trabajo, aquella podrá radicar dicha correspondencia en la dirección de su residencia. Se tendrá con válida para todos los efectos legales, la fecha en que se ha recibido tal documentación en el último sitio registrado de residencia.

DECIMA TERCERA: El presente contrato remplaza en su integridad y deja sin efecto alguno cualquiera otro contrato verbal o escrito celebrando entré las partes con anterioridad.

DECIMA CUARTA: MODIFICACIONES: Cualquier modificación al presente contrato debe efectuarse por escrito y anexarse a este documento

DECIMA SEXTA: CONFORMIDAD: Ambas partes declaran que en el presente contrato se entienden incorporadas en lo pertinente, las disposiciones legales que regulan las relaciones entre la Empresa y sus trabajadores en especial las del contrato de trabajo para el oficio que se suscribe, fuera de las obligaciones consignadas en los Reglamentos de Trabajo y de Higiene y Seguridad Industrial de la Empresa.

Para constancia se firma como aparece, en Bogotá D.C., el 07 (siete) días del mes de septiembre de 2023.

EL EMPLEADOR,

ANDRES MARTINEZ M.
CC.1.030.536.013
INGEINCOL S.A.S
NIT: 900.868.163-2

EL TRABAJADOR,

Hermes Roncancio
CC. 74.245.833

CALLE 63 SUR N° 64 - 90 Bogotá. Tel-Fax: 6-619803 Cel: 319-6011980
ingeincol@gmail.com

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.010.242.496**

MANRIQUE AREVALO
APELLIDOS

LUIS SEBASTIAN
NOMBRES

Sebastian Manrique
FIRMA





ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **23-SEP-1998**
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.65 ESTATURA | **O+** G.S. RH | **M** SEXO

28-OCT-2016 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-1500150-00947734-M-1010242496-20171020 0058181922A 1 9901841627

Medellín, 28 de August de 2023

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de JF VIAS Y CONSTRUCCIONES SAS.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000001 PRINCIPAL RIESGO 5		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C1010242496	MANRIQUE AREVALO LUIS SEBASTIAN	29/08/2023		16193434	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A así como para su desafiliación
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 28/08/2023 09:56:32 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 186.30.145.116, 192.230.86.1, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 28/08/2023, el empleador JF VÍAS Y CONSTRUCCIONES SAS identificado con NIT número 901285772 registró la siguiente solicitud de reingreso en nuestro portal transaccional.

NÚMERO DE RADICACIÓN	FECHA DE RADICACIÓN	TIPO DE SOLICITUD
6103956	28/08/2023	Reingresos

DETALLE

TIPO	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA
CÉDULA DE CIUDADANÍA	1010242496	LUISSEBASTIAN MANRIQUE AREVALO	1160000	AYUDANTE DE OBRA	2023-08-29

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 28 días del mes de Agosto del año 2023.

Cordialmente,



GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES

Nueva

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:

LUIS SEBASTIAN MANRIQUE AREVALO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.010.242.496**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 28 de Agosto del 2023.

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.

Bogotá DC. 28 de Agosto de 2,023

SOLICITUD DE AFILIACIÓN
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR
NIT 860066942

Señor usuario, reciba un cordial saludo de su Caja de Compensación Familiar Compensar. Informamos que el día 28/8/2023, se ha recibido una solicitud de afiliación, la cual estará sujeta a verificación.

Si el trabajador desea recibir cuota monetaria de subsidio debe consultar los requisitos en www.compensar.c om/subsidio. De cumplir con las condiciones, es necesario realizar la solicitud adjuntando los documentos de soporte a través del portal corporativo www.compensar.com.

A continuación ofrecemos el detalle de la información suministrada del trabajador:

Tipo y Número de Identificacion	CC 1010242496
Nombres y Apellidos	LUIS SEBASTIAN MANRIQUE AREVALO
Tipo y Número de Identificac ion del Empleador	NI 901285772
Razón Social Empleador	
Código Sucursal	0
Código Centro de Costo	0
Fecha de Ingreso Empresa	28/8/2023
Fecha de Ingreso a Compensar	28/8/2023
Cargo	AYUDANTE DE OBRA
Horas Labor Mes	180
Sueldo básico	$ 1000000

Firma del Trabajador
Identificación

La presente constancia se expide con destino a , este documento impreso debe reposar firmado en la hoja de vida del trabajador.

Para mayor información de nuestros servicios consulte nuestra página web www.compensar.com o contáctenos a nuestra central telefónica de atención al usuario 3 077001.

JF VIAS Y CONSTRUCCIONES S.A.S.
NIT: 901.285.772-9
OBRAS CIVILES Y URBANISMO

CONTRATO INDIVIDUAL DE TRABAJO POR OBRA O LABOR.

Nombre del empleador:	JF VIAS Y CONSTRUCCIONES S.A.S.
Domicilio del empleador:	CLL 38 C # 73 D 90
Identificación del empleador	901.285.772-9
Nombre del trabajador:	Luis Sebastian Manrique Arevalo
Identificación del trabajador:	1.010.242.496
Obra o labor contratada:	Ayudante de obra avanzado
Salario:	$ 1`500.000

Salario Integral
Fecha de inicio del contrato: 29 de agosto 2023
Lugar donde desempeñará las labores: Bogotá

Entre los suscritos, JF VIAS Y CONSTRUCCIONES SAS con NIT No. 901.285.772 de Bogotá**,** quien en adelante se denominará **EL EMPLEADOR, y** de otra parte Luis Sebastian Manrique Arevalo también mayor de edad identificado(a) con la cédula de ciudadanía No 1.010.242.496 quien obra en su propio nombre y en adelante se llamará **EL TRABAJADOR,** han acordado celebrar el presente contrato individual de trabajo por obra o labor determinada**,** contenido en las siguientes cláusulas:

OBJETO: EL EMPLEADOR contrata los servicios personales de **EL TRABAJADOR** para que éste desarrolle las actividades propias de la labor de **operador** para el EMPLEADOR, en virtud de los contratos comerciales celebrados entre parte Luis Sebastian Manrique Arevalo y el Empleador con el objeto de realizar las labores designadas.

REMUNERACIÓN. Por el servicio que preste EL TRABAJADOR de conformidad con el presente contrato, EL EMPLEADOR le reconocerá una remuneración de 1`500.000 (no liquidables) por mes de trabajo, pagado cada 15 días. Dentro de este pago se encuentra incluida la remuneración de los descansos dominicales y festivos.

Las horas extras que se realicen se pagaran en su respectiva quincena.

SEGURIDAD SOCIAL: La seguridad social se paga mes vencido.

Se paga sobre el Mínimo Legal Vigente del respectivo año actual.

PARÁGRAFO: Las partes de común acuerdo y mediante este contrato de trabajo, convienen que no constituye salario para ningún efecto, las sumas de dinero que por concepto de horas extras reciba del EMPLEADOR durante la vigencia del contrato, en dinero o en especie, a cualquier título o bajo cualquier otra denominación por ser reconocidas por mera liberalidad algunas y otras para facilitar la prestación del servicio.

- **JORNADA.** EL TRABAJADOR se obliga a trabajar 9 horas al día en el horario comprendido entre las 7:00 am – 5:00 pm determinadas por EL EMPLEADOR, pudiendo hacer éste ajustes o cambios de horario cuando lo estime conveniente. Por el acuerdo expreso o tácito de las partes, podrán repartirse las horas de la jornada en la siguiente forma: n/a

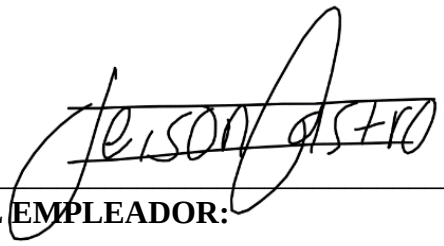
- **TERMINACIÓN CON JUSTA CAUSA.** Son justas causas para terminar unilateralmente el presente contrato las siguientes:

  - Incumplir horarios de trabajo
  - Faltar a la obra sin justa causa
  - Irrespetar a sus compañeros o jefes
  - No cumplir con labores asignadas
  - No portar elementos de protección
  - Incurrir en abuso de confianza con el empleador
  - Consumir bebidas embriagantes o sustancias durante el horario laboral
  - Fingir una enfermedad o accidente
  - Abuso de autoridad y acosos sexual

Además, por parte de EL EMPLEADOR, las siguientes faltas que para el efecto se califican como graves:

  - No pagar salarios en fechas estipuladas
  - Faltar al respeto
  - Humillar o menospreciar al trabajador
  - No brindar dotación ni elementos de protección
  - No brindar elementos de trabajo adecuados para sus funciones
  - Acoso laboral y/o persecución
  - Desprotección cuanto a la seguridad social

- **CLÁUSULA DE CONFIDENCIALIDAD.** EL TRABAJADOR asume el compromiso de guardar absoluta reserva de toda aquella información relativa al Empleador, y/o relativa a los socios, clientes y/o usuarios o relaciones con ellos; las estrategias y/o acciones y/o determinaciones de naturaleza operativa, administrativa, financiera, contable, comercial, de calidad y/o de gestión humana que utilice EL EMPLEADOR; durante su vinculación y aún después de haber terminado el vínculo laboral por cualquier causa.



EL EMPLEADOR:

JF VIAS Y CONSTRUCCIONES S.A.S.
NIT: 901285772-9



EL TRABAJADOR:
Luis Sebastian Manrique Arevalo
C.C. 1.010.242.496



Eps Sanitas
Pension Por vejez

~~Tatiacobol 40~~ carra 29 este 43 630



Medellín, 02 de September de 2023

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de OBRAS CIVILES Y ALQUILER DE MAQUINARIA JE SAS.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo: 0000000001 OPERATIVO			Clase: 5	Porcentaje Cotización: 6.96 %		
C79990798	TIRIA ALDANA WILLIAN ORLANDO	03/09/2023		i177m34J	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A así como para su desafiliación
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 02/09/2023 11:58:49 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.95.49.240, 192.230.104.3, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Famisanar EPS
NIT 830.003.564-7

9010425215
9010425215

No. de Radicación: 26826333

Fecha de Radicación: 20 09 2023

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

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

6. Apellidos y nombres			
Primer Apellido: TIRIA	Segundo Apellido: ALDANA	Primer Nombre: WILLIAN	Segundo Nombre: ORLANDO

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CC	79990798	Femenino [ ] Masculino [X]	D D 30 M M 08 A A A A 1979

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial	15. Administradora de riesgos laborales - ARL	16. Administradora de pensiones
	Tipo [F] [N] [M] Condición [T] [P]			SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A	

17. Ingreso base de cotización - IBC	18. Residencia		
$1.160.000	Dirección	Teléfono fijo	Teléfono celular

Correo electrónico	Municipio / Distrito	Zona Urbana [ ] Rural [ ]	Localidad / Comuna	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 del documento de identidad	22. Sexo	23. Fecha de nacimiento
		Femenino [ ] Masculino [ ]	D D M M A A A A

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

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

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

Datos complementarios

	29. Parentesco	30. Etnia
B1		
B2		
B3		
B4		
B5		

	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 del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
B1											
B2											
B3											
B4											
B5											

Selección de la IPS Primaria

	34. Nombre de la institución prestadora de servicios de salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C		
B		
B		
B		

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
OBRAS CIVILES Y ALQUILER DE	NT	901402058	

39. Ubicación				
DIAG 35 18 43 Dirección	2462332 Teléfono	Correo electrónico	SOACHA Municipio / Distrito	CUNDINAMARCA 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 [X] 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 [X] 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	Número del documento de identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	42. Fecha novedad
		Femenino [ ] Masculino [ ]	D D M M A A A A	D D 04 M M 09 A A 2023

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 o 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 vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran. [ ]
52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013. [ ]
53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto. [ ]

VIII. FIRMAS

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

IX. ANEXOS

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

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

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

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

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	OBSERVACIONES:
		CARGO: AYUDANTE DE CONSTRUCCION

71. Firma del funcionario

VIGILADO Supersalud

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.

Cambio Empleo

INTERNET

05/2016

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR

NIT 800.144.331-3

CERTIFICA QUE:

WILLIAN ORLANDO TIRIA ALDANA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **79.990.798**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir**.

La presente certificación se expide el 2 de Septiembre del 2023.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

CERTIFICACIÓN

La Caja de Compensación Familiar Cafam certifica que el (la) señor(a) **TIRIA ALDANA WILLIAN ORLANDO, CC - 79990798**, está afiliado(a) desde **02/09/2023**, como trabajador de **OBRAS CIVILES Y ALQUILER DE MAQUINARIA J E SAS OCAM JE SAS**, con NIT: **9014020580**.

Estado civil: **Soltero**
Cónyuge/Compañero(a): **NO REPORTA**
Categoría: **A**
Fecha de Ingreso a la Empresa: **02/09/2023**

Grupo familiar conformado por:

NOMBRE	No. Identificación	Parentesco
NO EXISTE REGISTRO	**-**	**-**

La presente certificación se expide en Bogotá D.C. a los **02 de septiembre de 2023** a solicitud del interesado.

Cordialmente,

Luz Marina Teuta Ríos
Jefe Departamento Subsidio

NIT. 901402058-0

Bogotá, 02 de septiembre del 2023

CONTRATO INDIVIDUAL TRABAJADOR POR OBRA O LABOR

Ernesto Joya Marentes mayor de edad, identificado con cedula de ciudadanía No. 80236714, actuando en nombre y representación de la empresa OBRAS CIVILES Y ALQUILER DE MAQUINARIA JE SAS, Nit. 901402058-0, y WILLIAN ORLANDO TIRIA ALDANA mayor de edad identificado con cedula de ciudadanía No. 79.990.798 de Cundinamarca, acuerdan celebrar el presente CONTRATO POR OBRA LABOR, el cual se regirá por las siguientes clausulas:

Primera. - Objeto: Sera contratado como OFICIAL DE OBRA

Segunda. - Precio: El contrato será por la suma de un salario mínimo legal vigente del año lectivo $1.160.000 (UN MILLON CIENTO SESENTA MIL PESOS), más bonificación dependiendo del rendimiento no constitutivas.

Tercera. - Periodo de pago: El valor acordado en el contrato será de manera mensual.

Cuarta. – Obligaciones: Se afiliará a una empresa promotora de salud EPS, Arl, caja de compensación y cotizar igualmente al sistema de seguridad social en pensiones tal como lo indican el art. 15 de la ley 100 de 1993.

Quinta. – Terminación: El presente contrato terminara por la terminación de obra o por incumplimiento de las labores adjudicadas.

Sexta. – Domicilio: Para todos los efectos legales, se fija como domicilio contractual a la ciudad de BOGOTA.

Las partes suscriben el presente documento en dos ejemplares, a los 02 días del mes de septiembre del año 2023, en la ciudad de BOGOTA.

Ernesto Joya Marentes
C.C 80.236.714
Representante legal de: OCAM JE SAS
Nit. 901402058-0

Willian Orlando Tiria Aldana
C.C 79.990.798


05-JUN-1963
VICTORIA
(CALDAS)
1.61
B+
M
24-SEP-1982 VICTORIA


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 16.160.277
CONTRERAS FAJARDO
APELLIDOS
CIPRIANO
NOMBRES
FIRMA

Medellín, 02 de September de 2023

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de OBRAS CIVILES Y ALQUILER DE MAQUINARIA JE SAS.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo: 0000000001 OPERATIVO			Clase: 5	Porcentaje Cotización: 6.96 %		
C16160277	CONTRERAS FAJARDO CIPRIANO	03/09/2023		59174232	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A así como para su desafiliación
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 02/09/2023 12:14:14 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.95.49.240, 192.230.104.3, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S
NIT 800.130.907-4
Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo

CODIGO DE BARRAS

No. DE RADICACIÓN

Fecha de Radicación: D D M M A A A A

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite: A. Afiliación [X] B. Reporte de Novedades [ ]
2. Tipo de Afiliación: A. Individual: -Cotizante o Cabeza de Familia [X] -Beneficiario o afiliado adicional [ ]; B. Colectiva [ ]; C. Institucional [ ]; D. De oficio [ ]
3. Régimen: A. Contributivo [X] B. Subsidiado [ ]
4. Tipo de afiliado: A. Cotizante [X] B. Cabeza de Familia [ ] C. Beneficiario [ ]
5. Tipo de cotizante: A. Dependiente [X] B. Independiente [ ] 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: Contreras	Segundo apellido: Fajardo	Primer nombre: Cipriano	Segundo nombre:
7. Tipo de documento de identidad: CC	8. Número del documento de identidad: 16160277	9. Sexo: Femenino [ ] Masculino [X]	10. Fecha de nacimiento: 05 06 1963

III. DATOS COMPLEMENTARIOS
Datos personales

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

15. Administradora de Riesgos Laborales -ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotización -IBC
Arl Sura	Porvenir	1160 000

18. Residencia			
Dirección: Cll 72C #48A-04	Teléfono Fijo:	Teléfono Celular: 3125778611	Correo electrónico:
Municipio/Distrito: Bogotá	Zona: Urbana [X] Rural [ ]	Localidad/Comuna:	Departamento: Bogotá

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: 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				

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

Datos complementarios

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

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

Selección de la IPS Primaria

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

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
obras civiles y alquiler de maquinaria JE SAS	NIT	901402058	

39. Ubicación				
Dirección: cl 85 #66-02	Teléfono: 3142462332	Correo electrónico: ernestojota95@gmail.com	Municipio/Distrito: Bogota	Departamento: Bogotá

ORIGINAL EPS
COPIA APORTANTE

M-PYGA-F001 V 2.0-2020

VIGILADO SUPERSALUD

FORTECO S.A. NIT. 860.512.482-8 TEL. (1)324 60 99

Powered by CamScanner

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S
NIT 800.130.907-4
Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo

CODIGO DE BARRAS

No. DE RADICACIÓN

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 seguircotizando.
- [ ] 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 [ ]	Número del documento de identidad	Sexo Femenino [ ] Masculino [ ]	Fecha de nacimiento D D M M A A A A	42. Fecha 03092023

43. EPS anterior	44. Motivo de traslado Código [ ]	45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- [ ] 46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- [ ] 47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
- [ ] 48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de 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.
- [ ] 51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.
- [x] 52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios oafiliados 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 institucional o de Oficio
o.s. firmo con huellas	Ernesto f.f.

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 SISBÉN: 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 documento de identidad [ ]	Número del documento de identidad	71. Firma del funcionario

OBSERVACIONES:

PORTERO S.A. NIT. 860.513.492-8 TEL. (1)224 68 99

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

ORIGINAL EPS
COPIA APORTANTE

M-PYGA-F001 V 2.0-2020

Powered by CamScanner

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR

NIT 800.144.331-3

CERTIFICA QUE:

CIPRIANO CONTRERAS FAJARDO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **16.160.277**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir**.

La presente certificación se expide el 2 de Septiembre del 2023.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

CERTIFICACIÓN

La Caja de Compensación Familiar Cafam certifica que el (la) señor(a) **CONTRERAS FAJARDO CIPRIANO, CC – 16.160.277**, está afiliado(a) desde **02/09/2023**, como trabajador de **OBRAS CIVILES Y ALQUILER DE MAQUINARIA J E SAS OCAM JE SAS**, con NIT: **9014020580**.

Estado civil: **Soltero**
Cónyuge/Compañero(a): **NO REPORTA**
Categoría: **A**
Fecha de Ingreso a la Empresa: **02/09/2023**

Grupo familiar conformado por:

NOMBRE	No. Identificación	Parentesco
NO EXISTE REGISTRO	**-**	**-**

La presente certificación se expide en Bogotá D.C. a los **02 de septiembre de 2023** a solicitud del interesado.

Cordialmente,

Luz Marina Teuta Ríos
Jefe Departamento Subsidio

NIT. 901402058-0

Bogotá, 02 de septiembre del 2023

CONTRATO INDIVIDUAL TRABAJADOR POR OBRA O LABOR

Ernesto Joya Marentes mayor de edad, identificado con cedula de ciudadanía No. 80236714, actuando en nombre y representación de la empresa OBRAS CIVILES Y ALQUILER DE MAQUINARIA JE SAS, Nit. 901402058-0, y CIPRIANO CONTRERAS FAJARDO mayor de edad identificado con cedula de ciudadanía No. 16.160.277 de Caldas, acuerdan celebrar el presente CONTRATO POR OBRA LABOR, el cual se regirá por las siguientes clausulas:

Primera. - Objeto: Sera contratado como AYUDANTE DE OBRA

Segunda. - Precio: El contrato será por la suma de un salario mínimo legal vigente del año lectivo $1.160.000 (UN MILLON CIENTO SESENTA MIL PESOS), más bonificación dependiendo del rendimiento no constitutivas.

Tercera. - Periodo de pago: El valor acordado en el contrato será de manera mensual.

Cuarta. – Obligaciones: Se afiliará a una empresa promotora de salud EPS, Arl, caja de compensación y cotizar igualmente al sistema de seguridad social en pensiones tal como lo indican el art. 15 de la ley 100 de 1993.

Quinta. – Terminación: El presente contrato terminara por la terminación de obra o por incumplimiento de las labores adjudicadas.

Sexta. – Domicilio: Para todos los efectos legales, se fija como domicilio contractual a la ciudad de BOGOTA.

Las partes suscriben el presente documento en dos ejemplares, a los 02 días del mes de septiembre del año 2023, en la ciudad de BOGOTA.

Ernesto Joya Marentes
C.C 80.236.714
Representante legal de: OCAM JE SAS
Nit. 901402058-0

Cipriano Contreras Fajardo
C.C 16.160.277

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 87.946.278
HURTADO MARTINEZ

APELLIDOS
JOSE ASENCION

NOMBRES
JOSE

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 09-MAR-1977
TUMACO
(NARIÑO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.56
ESTATURA

A+
G.S. RH

M
SEXO

22-JUN-2002 TUMACO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

ÍNDICE DERECHO

A-1500150-01276389-M-0087946278-20220118 0077852303A 1 8503775095

Medellín, 28 de August de 2023

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de OBRAS CIVILES Y ALQUILER DE MAQUINARIA JE SAS.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo: 0000000001 OPERATIVO			Clase: 5		Porcentaje Cotización: 6.96 %	
C87946278	HURTADO MARTINEZ JOSE ASENCION	29/08/2023		38196u63	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A así como para su desafiliación
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 28/08/2023 09:30:57 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.95.50.78, 192.230.104.9, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Famisanar EPS
NIT 830.003.564-7

9010359282
9010359282

No. de Radicación: 26721906

Fecha de Radicación: 30 08 2023

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

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

6. Apellidos y nombres: Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
HURTADO	MARTINEZ	JOSE	ASENCION

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CC	87946278	Femenino [ ] Masculino [X]	D 09 D M 03 M A A 1977 A

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial	15. Administradora de riesgos laborales - ARL	16. Administradora de pensiones
	Tipo [F] [N] [M] Condición [T] [P]			SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A	

17. Ingreso base de cotización - IBC	18. Residencia: Dirección	Teléfono fijo	Teléfono celular
$1.160.000			

Correo electrónico	Municipio / Distrito	Zona Urbana [ ] Rural [ ]	Localidad / Comuna	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 del documento de identidad	22. Sexo	23. Fecha de nacimiento
		Femenino [ ] Masculino [ ]	D D M M A A A A

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

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

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

Datos complementarios

	29. Parentesco	30. Etnia
B1		
B2		
B3		
B4		
B5		

	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 del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
B1											
B2											
B3											
B4											
B5											

Selección de la IPS Primaria

	34. Nombre de la institución prestadora de servicios de salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C		
B		
B		
B		

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
OBRAS CIVILES Y ALQUILER DE	NT	901402058	

39. Ubicación: Dirección	Teléfono	Correo electrónico	Municipio / Distrito	Departamento
DIAG 35 18 43	2462332		SOACHA	CUNDINAMARCA

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 [X] 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	Número del documento de identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	42. Fecha novedad
		Femenino [ ] Masculino [ ]	D D M M A A A A	D 29 D M 08 M A 2023 A

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 o 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 vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran. [ ]
52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013. [ ]
53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto. [ ]

VIII. FIRMAS

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

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad: [CN] [RC] [TI] [CC] [PA] [CE] [CD] [SC] Total [ ]
Cantidad: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente. [ ]
58. Copia del registro civil de matrimonio o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital. [ ]
59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital. [ ]
60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor. [ ]
61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia. [ ]
62. Copia del documento en que conste la pérdida de la patria potestad o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos 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 SISBÉN: Número de la ficha	Puntaje	Nivel	68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación
					D D M M A A A A	D D M M A A A A

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

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	OBSERVACIONES:
		CARGO: AYUDANTE DE CONSTRUCCION

71. Firma del funcionario

VIGILADO Supersalud

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.

Cambio Empleo

INTERNET

05/2016

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:

JOSE ASENCION HURTADO MARTINEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **87.946.278**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 28 de Agosto del 2023.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

CERTIFICACIÓN

La Caja de Compensación Familiar Cafam certifica que el (la) señor(a) **HURTADO MARTINEZ JOSE ASENCION, CC - 87946278**, está afiliado(a) desde **29/08/2023**, comotrabajador de **OBRAS CIVILES Y ALQUILER DE MAQUINARIA J E SAS OCAM JE SAS**, con NIT: **9014020580**.

Estado civil: **Soltero**
Cónyuge/Compañero(a): **NO REPORTA**
Categoría: **A**
Fecha de Ingreso a la Empresa: **29/08/2023**

Grupo familiar conformado por:

NOMBRE	No. Identificación	Parentesco
NO EXISTE REGISTRO	**-**	**-**

La presente certificación se expide en Bogotá D.C. a los **30 de agosto de 2023** a solicitud del interesado

Cordialmente,

Luz Marina Teuta Ríos
Jefe Departamento Subsidio

NIT. 901402058-0

Bogotá, 30 de agosto del 2023

CONTRATO INDIVIDUAL TRABAJADOR POR OBRA O LABOR

Ernesto Joya Marentes mayor de edad, identificado con cedula de ciudadanía No. 80236714, actuando en nombre y representación de la empresa OBRAS CIVILES Y ALQUILER DE MAQUINARIA JE SAS, Nit. 901402058-0, y JOSE ASENCION HURTADO MARTINEZ mayor de edad identificado con cedula de ciudadanía No. 87.946.278 de Nariño, acuerdan celebrar el presente CONTRATO POR OBRA LABOR, el cual se regirá por las siguientes clausulas:

Primera. - Objeto: Sera contratado como AYUDANTE DE OBRA

Segunda. - Precio: El contrato será por la suma de un salario mínimo legal vigente del año lectivo $1.160.000 (UN MILLON CIENTO SESENTA MIL PESOS), más bonificación dependiendo del rendimiento no constitutivas.

Tercera. - Periodo de pago: El valor acordado en el contrato será de manera mensual.

Cuarta. – Obligaciones: Se afiliará a una empresa promotora de salud EPS, Arl, caja de compensación y cotizar igualmente al sistema de seguridad social en pensiones tal como lo indican el art. 15 de la ley 100 de 1993.

Quinta. – Terminación: El presente contrato terminara por la terminación de obra o por incumplimiento de las labores adjudicadas.

Sexta. – Domicilio: Para todos los efectos legales, se fija como domicilio contractual a la ciudad de BOGOTA.

Las partes suscriben el presente documento en dos ejemplares, a los 30 días del mes de agosto del año 2023, en la ciudad de BOGOTA.

Ernesto Joya Marentes
C.C 80.236.714
Representante legal de: OCAM JE SAS
Nit. 901402058-0

Jose Asension Hurtado Martinez
C.C 87.946.278

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.065.826.282
BERMUDEZ BALLESTAS

APELLIDOS
EDGAR ALFONSO

NOMBRES
Edgar Bermudez

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 12-JUL-1996
VALLEDUPAR
(CESAR)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.66 ESTATURA
O+ G.S. RH
M SEXO

30-JUL-2014 VALLEDUPAR
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

P-1200100-01183669-M-1065826282-20201130 0072650166A 1 9913914789

Powered by CamScanner

Medellín, 31 de August de 2023

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de ANCLA INGENIERIA SAS.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo: 0000000002 OBRA			Clase: 5	Porcentaje Cotización: 6.96 %		
C1065826282	BERMUDEZ BALLESTAS EDGAR ALFONSO	01/09/2023		84145237	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A así como para su desafiliación
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 31/08/2023 22:49:31 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 179.1.192.130, 198.143.37.17, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Famisanar EPS
NIT 830.003.564-7

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

9010366010
9010366010

No. de Radicación: 26733894

Fecha de Radicación: 01 09 2023

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

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
BERMUDEZ	BALLESTAS	EDGAR	ALFONSO

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CC	1065826282	Femenino: Masculino: X	D D: 12 M M: 07 A A A A: 1996

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial	15. Administradora de riesgos laborales - ARL	16. Administradora de pensiones
6	Tipo: F N M — Condición: T P	0		SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A	PORVENIR S. A.

17. Ingreso base de cotización - IBC	18. Residencia			
	Dirección	Teléfono fijo		
$1.160.000	CRA 87 M 74 62 SUR	NT	3246268702	

Correo electrónico	Municipio / Ciudad	Zona	Localidad / Comuna	Departamento
soporte.edgarbermudez@gmail.com	BOGOTA	Urbana: X Rural:		DISTRITO CAPITAL

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

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

20. Tipo de documento de identidad	21. Número del documento de identidad	22. Sexo	23. Fecha de nacimiento
		Femenino: Masculino:	D D M M A A A A

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

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

	25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo (Femenino / Masculino)	28. Fecha de nacimiento (D D M M A A A A)	Datos complementarios: 29. Parentesco	30. Etnia
B1						
B2						
B3						
B4						
B5						

	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 del afiliado adicional (a registrarpo rla EPS)
B1											
B2											
B3											
B4											
B5											

Selección de la IPS Primaria

	34. Nombre de la institución prestadora de servicios de salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C	CENTRO MEDICO COLSUBSIDIO PRIMERO DE MAYO	1669
B		
B		
B		
B		
B		

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
ANCLA INGENIERIA S A S	NT	800113187	

39. Ubicación: Dirección	Teléfono	Correo electrónico	Municipio / Distrito	Departamento
CALLE 47 7 49	3214687	gestionancla2020@gmail.	BOGOTA	DISTRITO CAPITAL

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: X 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	Número del documento de identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	42. Fecha novedad
		Femenino: Masculino:	D D M M A A A A	31 08 2023

43. EPS anterior	44. Motivo de traslado	45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones
CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR CAJACOPI ATLANTICO	Código: 5	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios o afiliados adicionales.	X
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.	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 vigentes 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.	X

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

IX. ANEXOS

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

57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.	
58. Copia del registro civil de matrimonio o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.	
59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.	
60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.	
61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.	
62. Copia del documento en que conste la pérdida de la patria potestad o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos 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 SISBÉN: Número de la 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 de identidad	Número del documento de identidad	OBSERVACIONES:
		CARGO: AYUDANTE DE OBRA

71. Firma del funcionario

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

VIGILADO Supersalud

PORTESCO S.A. NIT. 860.515.462 - 8 TEL. (1)624 50 99
07/2016

INTERNET

Famisanar EPS

NIT 830.003.564-7

9010366010

9010366010

CUESTIONARIO ENTREGA 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

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

AUTORIZACIÓN PREVIA PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES Y DATOS PERSONALES SENSIBLES

En mi calidad de cotizante, manifiesto de manera clara, expresa, libre, inequívoca y espontánea que le otorgo a la EPS FAMISANAR S.A.S en su calidad de RESPONSABLE del tratamiento de mis datos personales, mi consentimiento previo para recolectar, almacenar, usar, circular, suprimir, reportar y en general para tratar los DATOS PERSONALES, DATOS PERSONALES SENSIBLES y demás información susceptible de tratamiento, registrada a mi nombre y/o de los beneficiarios de mi grupo familiar en sus Bases de Datos, con la finalidad de realizar las actividades propias del aseguramiento en salud y en los términos previstos en su POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE LA INFORMACIÓN y AVISO DE PRIVACIDAD, disponibles en ***www.famisanar.com.co***, todo lo cual conforme lo establecido en la Ley Estatutaria 1581 de 2012 y demás normas que la sustituyan, adicionen, reglamenten, complementen o modifiquen.

Así mismo manifiesto que mis derechos como titular de los datos son los consagrados en la Constitución Nacional y la Ley, especialmente el derecho a conocer, actualizar, rectificar; y, a suprimir mi información personal y revocar el consentimiento otorgado para el tratamiento de datos personales cuando ello fuera procedente (artículo 9° Decreto 1377 de 2013).

*"**Datos sensibles:** Se entiende por datos sensibles aquellos que afectan la intimidad del Titular o cuyo uso indebido puede generar su discriminación, tales como aquellos que revelen el origen racial o étnico, la orientación política, las convicciones religiosas o filosóficas, la pertenencia a sindicatos, organizaciones sociales, de derechos humanos o que promueva intereses de cualquier partido político o que garanticen los derechos y garantías de partidos políticos de oposición, así como los datos relativos a la salud, a la vida sexual, y los datos biométricos." (Numeral 3° artículo 3° Decreto 1377 de 2013).*

Firma del afiliado:

Nombres y Apellidos EDGAR ALFONSO BERMUDEZ BALLESTAS

Identificación: CC 1065826282

AUTORIZACIÓN DONACIÓN DE ORGANOS Y TEJIDOS - LEY 1805 DE 2016

De acuerdo a lo definido en el artículo 4° de la Ley 1805, manifiesto a continuación que mi voluntad de ser donante de órganos y tejidos es:

SI ☐ **NO** X

Firma del afiliado:

Nombres y Apellidos EDGAR ALFONSO BERMUDEZ BALLESTAS

Identificación: CC 1065826282

"ARTÍCULO 15. Los menores de edad podrán ser donantes de órganos y tejidos, siempre y cando sus representantes legales expresen su consentimiento informado para la donación de órganos y/o tejidos dentro de las (8) horas siguientes a la concurrencia de la muerte cerebral. El médico responsable deberá informarles sus derechos y los beneficios de la donación.

FIRMA A RUEGO

A ruego del señor (a) _____ identificado (a) con el documento _____ No. _____ quien manifiesta no poder o no saber firmar, lo hace en su nombre el (la) señor(a) _____ quien es mayor de edad y sin ningún impedimento para dar fe de la información que está recibiendo.

Como testigo, da fe de todo lo anterior y certifica que la huella aquí impuesta pertenece al señor (a) _____

_____

Firmante a Ruego:

_____

Nombres y Apellidos: _____

Identificación: _____

Edad: _____

Dirección de Domicilio: _____

Nombres y Apellidos de quien no sabe o no puede firmar: _____

Huella

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 **EDGAR ALFONSO BERMUDEZ BALLESTAS** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1065826282,** se encuentra afiliado/a desde **28/09/2023** 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 02 de octubre de 2023.



Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

LA CAJA COLOMBIANA DE SUBSIDIO FAMILIAR

COLSUBSIDIO

HACE CONSTAR:

Que el(la) señor(a) EDGAR ALFONSO BERMUDEZ BALLESTAS identificado(a) con CC No. 1065826282, se encuentra afiliado(a) a esta Caja de Compensación Familiar, a través de ANCLA INGENIERIA S.A.S. con NIT 8001131876:

- Fecha de afiliación a la Caja: 02/09/2023.
- Fecha de ingreso a la empresa: 01/09/2023.



JOSÉ LEONARDO GONZÁLEZ VEGA
Jefe de Sección Afiliación y Postulación

Bogotá D.C. 02/09/2023

VIGILADO SuperSubsidio

CONTRATO INDIVIDUAL DE TRABAJO POR OBRA O LABOR CONTRATADA

NOMBRE EMPLEADOR: ANCLA INGENIERIA SAS	**DIRECCIÓN: CRA 26 N° 85 A 32**
NOMBRE TRABAJADOR: **EDGAR ALFONSO BERMUDEZ BALLESTAS**	**CARGO PARA DESEMPEÑAR:** AYUDANTE DE OBRA Y TODAS LAS DEMAS FUNCIONES RELACIONADAS.
FECHA DE NACIMIENTO: 28-0CT-1987	**DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1.065.826.282**
DIRECCION DE NOTIFICACION: **KRA 87 M # 74-62 SUR**	**TELEFONO: 3246268702**
SALARIO: 1200.000 Mensual **Más SUBSIDIO DE TRANSPORTE:** 140.606 $Mensual	**VALOR TOTAL EN LETRAS: UN MILLON TRESCIENTOS CUARENTA MIL SEISCIENTOS SEIS**
FECHA DE INICIACIÓN CONTRATO: 01 DE SEPTIEMBRE DE 2023	**LUGAR DONDE DESEMPEÑARÁ: BOGOTA D.C** En las dependencias o el lugar que la empresa determine

OMAR ENRIQUE SANCHEZ GONZALEZ, mayor y vecino de Bogotá D.C., identificado con cedula de ciudadanía **No. 91.507.981** de Bucaramanga, obrando en mi condición de Representante Legal de **ANCLA INGENIERIA S.A.S,** con **NIT: 800113187-6** que en el presente contrato se denominará **EL EMPLEADOR**, **y EDGAR ALFONSO BERMUDEZ BALLESTAS** con numero de **NUMERO DE DOCUMENTO**: **1.065.826.282**; como quedó registrado en el encabezamiento de este contrato y que en adelante se denominará **EL TRABAJADOR (A)**, celebramos el presente **CONTRATO DE TRABAJO POR OBRA O LABOR CONTRATADA CONTRATO 012-336FDLB** estipulado en las siguientes cláusulas:

CLAUSULA PRIMERA: **EL EMPLEADOR** contrata los servicios personales del TRABAJADOR y este se obliga: **a)** A poner al servicio del EL EMPLEADOR toda su capacidad normal de trabajo, en forma exclusiva en el desempeño de las funciones propias y las labores anexas y complementarias del mismo, de conformidad con las órdenes e instrucciones que le imparta el EMPLEADOR o sus representantes, y **b)** A no prestar directa ni indirectamente servicios laborales a otros EMPLEADORES, ni a trabajar por cuenta propia en el mismo oficio, durante la vigencia de este contrato. **c)** Desarrollar las funciones establecidas en los Manuales de Funciones y Procedimiento de su cargo, las específicas que le informe El EMPLEADOR y en general aquellas que se requieran para el cumplimiento del objeto del presente contrato**,** tales como:

FUNCIONES Y RESPONSABILIDADES DE TIPO GENERAL:

1. Todas aquellas que sean designadas por su superior inmediato o la Gerencia General

DOCUMENTO CONTROLADO

2. Deberá custodiar y responsabilizarse por la pérdida de los objetos y documentos entregados y que constan en el inventario de entrega, tales como herramientas y accesorios, documentos que firma y hace parte del presente contrato; y que son de importancia para el cumplimiento de sus funciones.

3. Presentación personal: Higiene, debe venir adecuado para el cargo que ocupa, limpio, ordenado y bien presentado, portando el uniforme de la empresa impecable, de igual manera portar en un lugar visible el carnet que lo identifica como empleado.

4. En caso de ser necesario y según las políticas de la Compañía deberá reportarse a través del celular y hacer uso correcto del mismo, por ello deberá procurar que el aparato celular permanezca cargado y presto para recibir y enviar comunicaciones en forma constante y sin interrupciones.

5. Debe reportar inmediatamente a su jefe inmediato ó superior, cualquier problema que surja.

6. Preservar la información por él conocida en relación con el giro propio de la compañía y los proyectos en los cuales se vea involucrado en razón a su cargo.

7. Cumplir con los horarios de descanso establecidos, la política de no alcohol y drogas y las políticas de HSEQ, establecidas en los documentos y manuales de Seguridad y Salud en el trabajo y Seguridad Industrial de la empresa, de sus clientes y terceros donde deba intervenir para el desarrollo de sus funciones.

8. Cumplir con los procedimientos, instructivos, caracterizaciones y todos los demás aplicables al Sistema de Gestión en Control y Seguridad BASC, ISO y/o protocolos asignados por la empresa; y que refiera a certificaciones que obliguen a ciertos protocolos a la empresa.

9. Cumplir con todas y cada una de las exigencias, protocolos, instructivos y demás requerimientos del cliente, al cual se ejecutará las funciones contratadas; sin limitarse una implícita obra.

FUNCIONES ESPECÍFICAS DE OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO DEL CARGO:

EL TRABAJADOR, se compromete a prestar sus servicios para el fin del objeto del presente contrato y que, dentro de sus funciones anexas, complementarias y las relacionadas deberá ser las señaladas en el perfil y funciones del cargo, previamente establecidas por la compañía, documentos que hace parte integral del presente contrato y de relaciona mediante ANEXO No. 1 del mismo.

CLAUSULA SEGUNDA: SALARIO O REMUNERACIÓN: EL EMPLEADOR pagará al TRABAJADOR por la prestación de sus servicios a título de salario la suma equivalente a UN MILLON DOSCIENTOS MIL PESOSM/CTE ($1.200.000), MENSUALMENTE y pagaderos en quincenas vencidas según lo pactado el reglamento interno de trabajo. EL EMPLEADOR pagará a EL TRABAJADOR por la prestación de sus servicios, la suma acá acordada MEDIANTE TRANSFERENCIA ELECTRONICA, realizado en LA CUENTA DE AHORROS SUMINISTRADA POR EL TRABAJADOR ó de NOMINA SUSCRITA EN LA EMPRESA.

CLAUSULA TERCERA: JORNADA DE TRABAJO: EL TRABAJADOR se obliga a laborar la jornada ordinaria en los turnos y dentro de las horas señaladas por EL EMPLEADOR, y establecidas en el reglamento interno de trabajo; pudiendo hacer éste ajustes a cambios de horarios cuando lo estime conveniente. Por el acuerdo expreso o tácito de las partes, podrán repartirse las horas de la

DOCUMENTO CONTROLADO

jornada ordinaria en la forma prevista en el artículo 164 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado por el artículo 23 de la Ley 50 de 1990, teniendo en cuenta que los tiempos de descanso entre las secciones de la jornada no se computan dentro de la misma, según el artículo 167 ibídem.

CLAUSULA CUARTA: **DURACION Y PERIODO DE PRUEBA:** El presente contrato se celebra por el tiempo que dure la realización de la obra (o labor contratada), el cual da inicio el día 01 de Septiembre de 2023, por lo tanto, y de acuerdo a la naturaleza del contrato; EL PERIODO DE PRUEBA no podrá ser superior a una quinta (1/5) parte del término pactado en el presente contrato y por consiguiente cualquiera de las partes podrá terminar el contrato unilateralmente, en cualquier momento durante dicho periodo; sin perjuicio de darlo por terminado cumpliendo con las exigencias legales al respecto y en todo caso por incumplimiento de alguna de las obligaciones contractuales pactadas en este documento. En el caso del EMPLEADO a fin de dejar su puesto debidamente entregado a la persona que se designe como reemplazo, deberá comunicar su finalización con anticipación.

CLAUSULA QUINTA: NUEVA OBRA. Si al finalizar la obra contratada o inicialmente ejecutada el empleador desea continuar con el trabajador en otra obra distinta a la que inicialmente dio origen al vínculo, LAS PARTES expresamente aprueban con la firma del presente contrato que NO será necesario un nuevo contrato de trabajo y por lo tanto tampoco se entenderá como prorroga, pues no han desaparecido las causas contractuales que dieron origen a este contrato.

PARAGRAFO PRIMERO: Por tratarse de un contrato de obra o labor contratada, en el presente caso no aplica el preaviso y que de acuerdo a la naturaleza del contrato; no es obligación para el empleador notificar la terminación del mismo, pues el mismo se entiende que la duración de este contrato será «por el tiempo que dure la realización de una obra o labor determinada», de suerte que terminada la obra termina el contrato.

PARAGRAFO SEGUNDO: En el caso de haberse terminado la obra inicialmente pactada y designado una nueva, se entiende que una vez finalice la última obra ejecutada, la duración del contrato se reduce a la duración de la última ejecución de obra.

CLAUSULA SEXTA: **OBLIGACIONES ESPECIALES DEL TRABAJADOR:** El trabajador se obliga además de lo previsto en el presente contrato a: **a)** Cumplir cabalmente con todas y cada una de las funciones descritas en el presente contrato, así como en los reglamentos internos e instructivos **b)** Presentación personal: Higiene, debe venir adecuado para el cargo que ocupa, limpio, ordenado y bien presentado. **c)** En caso de requerirse está obligado a mantenerse al día sus permisos obligatorios por ley, como trabajo en alturas, antecedentes disciplinarios y policivos y demás documentos obligatorios en la normatividad para ejercer su cargo. **d)** Responder por los elementos de trabajo puestos a su disposición por la empresa. **e)** Cumplir el Horario de trabajo asignado en la oficina. **f)** Cumplir con el protocolo de seguridad y demás políticas descritas en la empresa; y preservar con ello la ocurrencia de accidente de trabajo, la integridad propia y de terceros, inclusive gastos extraordinarios de la compañía, **g)** las establecidas en el Código sustantivo de trabajo en su artículo 58**.**

CLAUSULA SEPTIMA: PROHIBICIONES ESPECIALES Y CONTRACTUALES AL TRABAJADOR: Se le prohíbe expresamente al TRABAJADOR además de aquellas contenidas en el Manual de Funciones y Procedimientos correspondiente a su cargo, a:

1. De ser el caso que la empresa haya suministrado equipo celular o plan de celular, le queda prohibido realizar de manera reiterada y continua llamadas personales, incrementando el consumo del celular que le ha sido asignado. En caso de presentarse esta situación el

DOCUMENTO CONTROLADO

TRABAJADOR autoriza expresamente a la empresa para realizar los descuentos pertinentes, siendo a su cargo los valores adicionales que se generen al plan, sin perjuicio de que la empresa le imponga las sanciones disciplinarias a que haya lugar.

2. Realizar de manera reiterada y continua actos u omisiones que impliquen sanciones para la compañía, por parte de sus clientes o la perdida de los contratos; para el caso será causal de sanción disciplinaria.

3. Dañar, maltratar, averiar cualquiera de los elementos que le han sido entregados para su trabajo. En caso de presentarse esta situación el TRABAJADOR autoriza expresamente a la empresa para realizar los descuentos pertinentes, siendo de su cargo, los valores correspondientes, sin perjuicio de que la empresa le imponga las sanciones disciplinarias a que haya lugar.

4. Ingerir bebidas alcohólicas, o sustancias alucinógenas, mientras se encuentra prestando el servicio ó ingresar a la compañía, en estado de ingesta o alucinógenos; que alteren su estado físico o mental.

5. No pueden contratar directamente con nadie, ni personas naturales, ni plazas de mercado.

6. Negarse a las ejecuciones de las funciones asignadas por el empleador, siempre que versen sobre la capacidad del trabajador y las funciones sean anexas o complementarias a las inicialmente pactadas.

7. Las enunciadas en el Reglamento Interno de trabajo de la compañía.

8. Las establecidas en el artículo 60 del Código Sustantivo de Trabajo.

CLAUSULA OCTAVA: CAUSALES ESPECIALES DE TERMINACION DEL PRESENTE CONTRATO DE TRABAJO POR JUSTA CAUSA: Las partes pactan como justas las causas para dar por terminado unilateralmente este contrato por cualquiera de las partes, **1)** Las enumeradas en los artículos 7° del Decreto 2351 de 1965, **2)** La ocurrencia de una falta que se califique como grave y/o gravísima, **3)** El incumplimiento de las obligaciones especiales previstas en el presente contrato. **4)** La violación de las prohibiciones especiales y contractuales indicadas en este documento. **5)** Teniendo en cuenta que el objeto del presente contrato es prestar el servicio al empleador, se tiene que el trabajador está en la obligación de contar con la disponibilidad de forma exclusiva. **PARAGRAFO:** Las siguientes faltas se califican como graves: **a)** La inobservancia o violación de los manuales de funciones y procedimientos fijados por la empresa y en especial de las circulares reglamentarias, que además se consideran parte integral del presente contrato. **b)** La violación por parte del trabajador de cualquiera de sus obligaciones legales, contractuales, reglamentarias, así como el incumplimiento de una o más de sus funciones o falta de interés y responsabilidad con ellas, **c)** La no asistencia puntual al trabajo sin excusa suficientes a juicio de la empresa, por dos veces dentro de una misma quincena (comprendida entre dos periodos de pago) **d)** La ejecución por parte del trabajador de labores remuneradas al servicio de terceros sin autorización de la empresa **e)** La revelación de secretos y datos reservados de la empresa **f)** El hecho de que el trabajador llegue embriagado o ingiera bebidas embriagantes en el sitio u horario de trabajo, aún por primera vez **g)** El hecho de que el trabajador abandone el sitio de trabajo sin permiso de sus superiores **h)** La no asistencia a una sección completa de la jornada de trabajo, o más, sin excusa suficiente a juicio del EL EMPLEADOR **i)** La mala atención al público o la mala ejecución de los procedimientos de la empresa, según el caso; y **j)** Todo acto del trabajador que perturbe la disciplina o el buen orden en el lugar de trabajo o que dé lugar a reclamos por parte de los usuarios de la empresa o terceros e inclusive de los compañeros de trabajo **k)** Diligenciar los documentos en forma incompleta o sin

DOCUMENTO CONTROLADO

atender a las circulares reglamentarias sobre el tema, según el cargo y se le es obligatorio cumplir con dicho acto.

CLAUSULA NOVENA: ESCALA ADICIONAL DE FALTAS: **LA EMPRESA Y TRABAJADOR** acuerdan como contractualmente las siguientes, conductas como faltas, además de las dispuestas en el régimen laboral y en el reglamento interno de trabajo del EMPLEADOR y en la cláusula anterior:

FALTAS GRAVES

1. Mala presentación o uso de vestidos no apropiados, considerado así por el patrono, para el desempeño de sus funciones.
2. Disminución en la eficiencia de sus funciones, que haya conllevado a dos llamadas de atención verbales o escritas.
3. Encontrarse fuera de su puesto de trabajo sin justa causa.
4. Abstenerse de contestar oportunamente el teléfono celular asignado por la empresa, el teléfono fijo de su puesto de trabajo, mail, fax y/o cualquier otro medio de comunicación, sin justificación a criterio del EL EMPLEADOR
5. Uso indebido de los recursos asignados que cause perjuicios al EL EMPLEADOR.
6. Haber omitido los procedimientos para el desarrollo de sus funciones que ocasione perjuicios a la empresa, tales como pérdida de contratos o negocios con sus clientes.

FALTAS GRAVISIMAS

1. Irrespeto o tratamiento inadecuado a los clientes y/o a los compañeros de trabajo y/o a sus superiores
2. Incumplimiento de las circulares reglamentarias de la empresa, instructivos de funciones
3. Apropiarse de dineros recibidos por el trabajador que sean de propiedad de la empresa o cliente.
4. La incidencia de tres veces o más en conductas tipificadas como faltas graves.

CLAUSULA DECIMA: **ESCALA DE SANCIONES**: Las conductas escritas en el presente contrato, darán derecho al EMPLEADOR de imponer cualquiera de las siguientes sanciones a su discrecionalidad independiente de que las conductas previstas como justa causa para la terminación del contrato, conlleven la terminación del mismo.

Las sanciones establecidas por el EMPLEADOR son las siguientes:

a) Amonestación Verbal: es la aplicación preventiva a la falta, la misma que no reviste gravedad, podrá ser aplicada por el Jefe inmediato del trabajador.

b) Amonestación Escrita: es la sanción correctiva de faltas que revisten regular gravedad, o por reincidencia de faltas leves. Será aplicada por el Gerente General, previa opinión del Jefe inmediato superior del trabajador.

DOCUMENTO CONTROLADO

c) Suspensión del Trabajo, de 1 a 8 días o más a criterio del EL EMPLEADOR sin que el mismo pueda exceder de 60 días.

d) Multa o descuentos.

e) Terminación del Contrato de Trabajo con justa causa.

PARÁGRAFO PRIMERO: PROCEDIMIENTO PARA LA APLICACIÓN DE SANCIONES: para que haya lugar a la aplicación de cualquiera de las sanciones previstas en el presente contrato y/o en el Reglamento interno de trabajo, deberá el EMPLEADOR una vez detectada la posible infracción o falta elevar el respectivo pliego de cargos, al trabajador, en aras de garantizar el derecho de defensa y debido proceso, de igual manera cumplir con el procedimiento establecido en el reglamento interno de trabajo. Una vez evaluado la comisión de la falta el EMPLEADOR comunicará al TRABAJADOR; la sanción impuesta al caso.

CLAUSULA DECIMA PRIMERA: CLÁUSULA DE COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD: En razón a que el cargo y funciones que desempeñará el trabajador, se relacionan en forma directa e inmediata con información confidencial, el trabajador se compromete expresamente a no revelar a persona alguna la información que él **CONOZCA** sobre los temas, pactándose que en caso de establecer violación a éste acuerdo se configurará justa causa, para la terminación de su contrato, **Parágrafo:** Los Acuerdos de Ética y Confidencialidad hacen parte integral del presente contrato. Las partes con la firma del presente contrato se obligan a no revelar, divulgar, exhibir, mostrar, comunicar, participar, anunciar, utilizar y/o emplear la información con persona natural o jurídica, en su favor o en el de terceros, que reciban de la otra parte y en consecuencia a mantenerla de manera confidencial y privada y a proteger dicha información para evitar su divulgación no autorizada, ejerciendo sobre esta el mismo grado de diligencia que utiliza para proteger información confidencial de su propiedad. **Parágrafo Primero**. Por la violación de la confidencialidad o el uso indebido de la información o Imagen Corporativa dará lugar al pago a cargo de la parte incumplida es decir del trabajador de una suma de 10 SMLMV sin perjuicio de que la parte afectada; especialmente la compañía CONTRATANTE, pueda adicionalmente, iniciar las acciones legales Penales y Civiles correspondientes; tendientes a obtener el resarcimiento de sus perjuicios así como las sanciones que establece el código Penal contra la persona natural, que ha cometido el hecho. La aplicación de esta cláusula se sujeta al cumplimiento del procedimiento previsto en el Código de Comercio Colombiano, el código penal y demás normas concordantes. **Parágrafo Segundo.** La vigencia de esta cláusula será por el término que dure el contrato y tres años más.

CLAUSULA DÉCIMA SEGUNDA: FORMA Y LIBERTAD DE ESTIPULACION DE PAGO DE PRESTACIONES SOCIALES: Las partes expresamente convienen que en el eventual caso de terminación de contrato de trabajo; sin importar su causa el EMPLEADOR tendrá el término de un mes calendario para el pago de la liquidación de prestaciones sociales y demás derechos que pudiera tener el TRABAJADOR al momento del finiquito de la relación laboral. Esta cláusula se pacta a fin de no constituirse sanción moratoria a cargo del EMPLEADOR; por estar las partes de común acuerdo en la fecha de pago NO se afecta el honor, la dignidad y los derechos mínimos del trabajador. Para ello el TRABAJOR se obliga a mantener activa la cuenta bancaria que usualmente maneja para el pago de la nómina. En el caso de no ser así el EMPELADOR cuenta con la facultad de realizar el pago a través de DEPOSITO JUDICIAL al Banco Agrario de Colombia, según las normas legales vigentes.

CLAUSULA DÉCIMA TERCERA: **VARIACIONES DEL CONTRATO**. Las partes podrán convenir que el trabajo se preste en lugar distinto del inicialmente contratado, siempre que tales traslados no desmejoren las condiciones laborales o de remuneración del TRABAJADOR, o impliquen perjuicios para él. Los gastos que se originen con el traslado serán cubiertos por el EMPLEADOR de

DOCUMENTO CONTROLADO

conformidad con el número 8° del artículo 57 del Código Sustantivo de Trabajo. El TRABAJADOR se obliga a aceptar los cambios de oficio que decida el EMPLEADOR dentro de su poder subordinante, siempre que se respeten las condiciones laborales del TRABAJADOR y no se le causen perjuicios. Todo ello sin que se afecte el honor, la dignidad y los derechos mínimos del TRABAJADOR, de conformidad con el artículo 23 del Código Sustantivo de Trabajo, modificado por el artículo 1° de la Ley 50 de 1990.

CLAUSULA DECIMA CUARTA: EFECTOS: El presente contrato remplaza en su integridad y deja sin efecto a cualquiera otro contrato, verbal o escrito, celebrando entre las partes con anterioridad, pudiendo las partes convenir por escrito modificaciones al mismo, las que formarán parte integral de este contrato. Para constancia se firma en dos o más ejemplares del mismo tenor y valor, un ejemplar de los cuales recibe EL TRABAJADOR en este acto, y el otro reposara en las instalaciones de la compañía.

Este contrato ha sido redactado estrictamente de acuerdo con la ley y la jurisprudencia y será interpretado de buena fe y en consonancia con el Código Sustantivo de Trabajo cuyo objeto definido en el artículo 1°, es lograr la justicia en las relaciones entre el EMPLEADOR y los TRABAJADORES dentro de un espíritu de coordinación económica y equilibrio social.

Para constancia se firma en **dos ejemplares del mismo tenor** y valor, ante testigos en la ciudad de Bogotá a los 01 de Septiembre de 2023

EL EMPLEADOR:

OMAR ENRIQUE SANCHEZ GONZALEZ
REPRESENTANTE LEGAL
ANCLA INGENIERIA S.A.S
NIT: 800113187 – 6

EL TRABAJADOR:



EDGAR ALFONSO BERMUDEZ
DOCUMENTO:1.065.826.282
AYUDANTE DE OBRA

DOCUMENTO CONTROLADO



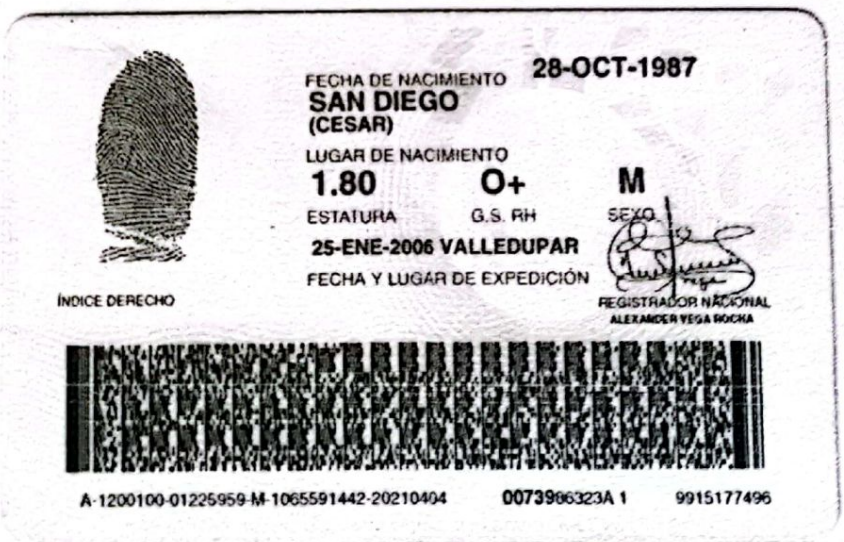
REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.065.591.442
PEREZ BERMUDEZ

APELLIDOS
MANUEL RICARDO

NOMBRES
MANUEL PEREZ

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 28-OCT-1987
SAN DIEGO
(CESAR)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.80 O+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO
25-ENE-2006 VALLEDUPAR
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

ÍNDICE DERECHO

A-1200100-01225959-M-1065591442-20210404 0073966323A 1 9915177496

Powered by CamScanner

Medellín, 31 de August de 2023

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de ANCLA INGENIERIA SAS.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo: 0000000002 OBRA			Clase: 5		Porcentaje Cotización: 6.96 %	
C1065591442	PEREZ BERMUDEZ MANUEL RICARDO	01/09/2023		12663176	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A así como para su desafiliación
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 31/08/2023 22:59:08 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 179.1.192.130, 198.143.37.17, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Famisanar EPS

NIT 830.003.564-7

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

9010365969

9010365969

No. de Radicación: 26733818

Fecha de Radicación: 01 09 2023

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

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
PEREZ	BERMUDEZ	MANUEL	RICARDO

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CC	1065591442	Femenino: Masculino: X	D D M M A A A A: 28 10 1987

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial	15. Administradora de riesgos laborales - ARL	16. Administradora de pensiones
6	Tipo F N M Condición T P	0		SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A	PORVENIR S. A.

17. Ingreso base de cotización - IBC	18. Residencia			
$1.160.000	CRA 88 G 74 SUR 21		NT	3123540081
soporte.manuelperez@gmail.com	BOGOTA	Zona Urbana X Rural	Localidad / Comuna	DISTRITO CAPITAL

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

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

20. Tipo de documento de identidad	21. Número del documento de identidad	22. Sexo	23. Fecha de nacimiento
		Femenino: Masculino:	D D M M A A A A

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

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

	25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo Femenino	27. Sexo Masculino	28. Fecha de nacimiento (D D M M A A A A)	Datos complementarios 29. Parentesco	Datos complementarios 30. Etnia
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

	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 del afiliado adicional (a registrarpo rla EPS)
B1											
B2											
B3											
B4											
B5											

Selección de la IPS Primaria

	34. Nombre de la institución prestadora de servicios de salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C	CENTRO MEDICO COLSUBSIDIO 20 DE JULIO	6929
B		
B		
B		
B		
B		

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
ANCLA INGENIERIA S A S	NT	800113187	

39. Ubicación				
CALLE 47 7 49 (Dirección)	3214687 (Teléfono)	gestionancla2020@gmail.	BOGOTA (Municipio / Distrito)	DISTRITO CAPITAL (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: X 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	Número del documento de identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	42. Fecha novedad
		Femenino: Masculino:	D D M M A A A A	31 08 2023

43. EPS anterior	44. Motivo de traslado	45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones
CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR CAJACOPI ATLANTICO	Código: 5	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios o afiliados adicionales.	X
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.	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 vigentes 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.	X

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

IX. ANEXOS

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

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

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

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

70. Datos del funcionario que realiza la validación

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	OBSERVACIONES:

71. Firma del funcionario

CARGO: AYUDANTE DE OBRA

VIGILADO Supersalud

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.

FORTECO S.A. NIT. 860.515.462 - 8 TEL. (1)624 50 99

07/2016

INTERNET

Famisanar EPS

NIT 830.003.564-7

9010365969

9010365969

CUESTIONARIO ENTREGA 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

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

AUTORIZACIÓN PREVIA PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES Y DATOS PERSONALES SENSIBLES

En mi calidad de cotizante, manifiesto de manera clara, expresa, libre, inequívoca y espontánea que le otorgo a la EPS FAMISANAR S.A.S en su calidad de RESPONSABLE del tratamiento de mis datos personales, mi consentimiento previo para recolectar, almacenar, usar, circular, suprimir, reportar y en general para tratar los DATOS PERSONALES, DATOS PERSONALES SENSIBLES y demás información susceptible de tratamiento, registrada a mi nombre y/o de los beneficiarios de mi grupo familiar en sus Bases de Datos, con la finalidad de realizar las actividades propias del aseguramiento en salud y en los términos previstos en su POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE LA INFORMACIÓN y AVISO DE PRIVACIDAD, disponibles en ***www.famisanar.com.co***, todo lo cual conforme lo establecido en la Ley Estatutaria 1581 de 2012 y demás normas que la sustituyan, adicionen, reglamenten, complementen o modifiquen.

Así mismo manifiesto que mis derechos como titular de los datos son los consagrados en la Constitución Nacional y la Ley, especialmente el derecho a conocer, actualizar, rectificar; y, a suprimir mi información personal y revocar el consentimiento otorgado para el tratamiento de datos personales cuando ello fuera procedente (artículo 9° Decreto 1377 de 2013).

*"**Datos sensibles:** Se entiende por datos sensibles aquellos que afectan la intimidad del Titular o cuyo uso indebido puede generar su discriminación, tales como aquellos que revelen el origen racial o étnico, la orientación política, las convicciones religiosas o filosóficas, la pertenencia a sindicatos, organizaciones sociales, de derechos humanos o que promueva intereses de cualquier partido político o que garanticen los derechos y garantías de partidos políticos de oposición, así como los datos relativos a la salud, a la vida sexual, y los datos biométricos." (Numeral 3° artículo 3° Decreto 1377 de 2013).*

Firma del afiliado:

Nombres y Apellidos MANUEL RICARDO PEREZ BERMUDEZ

Identificación: CC 1065591442

AUTORIZACIÓN DONACIÓN DE ORGANOS Y TEJIDOS - LEY 1805 DE 2016

De acuerdo a lo definido en el artículo 4° de la Ley 1805, manifiesto a continuación que mi voluntad de ser donante de órganos y tejidos es:

SI ☐ **NO** X

Firma del afiliado:

Nombres y Apellidos MANUEL RICARDO PEREZ BERMUDEZ

Identificación: CC 1065591442

"ARTÍCULO 15. Los menores de edad podrán ser donantes de órganos y tejidos, siempre y cando sus representantes legales expresen su consentimiento informado para la donación de órganos y/o tejidos dentro de las (8) horas siguientes a la concurrencia de la muerte cerebral. El médico responsable deberá informarles sus derechos y los beneficios de la donación.

FIRMA A RUEGO

A ruego del señor (a) _____ identificado (a) con el documento _____ No. _____ quien manifiesta no poder o no saber firmar, lo hace en su nombre el (la) señor(a) _____ quien es mayor de edad y sin ningún impedimento para dar fe de la información que está recibiendo.

Como testigo, da fe de todo lo anterior y certifica que la huella aquí impuesta pertenece al señor (a) _____

_____

Firmante a Ruego:

_____

Nombres y Apellidos: _____

Identificación: _____

Edad: _____

Dirección de Domicilio: _____

Nombres y Apellidos de quien no sabe o no puede firmar: _____

Huella

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:

MANUEL RICARDO PEREZ BERMUDEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.065.591.442**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 31 de Agosto del 2023.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

LA CAJA COLOMBIANA DE SUBSIDIO FAMILIAR

COLSUBSIDIO

HACE CONSTAR:

Que el(la) señor(a) MANUEL RICARDO PEREZ BERMUDEZ identificado(a) con CC No. 1.065.591.442 , se encuentra afiliado(a) a esta Caja de Compensación Familiar, a través de ANCLA INGENIERIA S.A.S. con NIT 8001131876:

- Fecha de afiliación a la Caja: 02/09/2023.
- Fecha de ingreso a la empresa: 01/09/2023.



JOSÉ LEONARDO GONZÁLEZ VEGA
Jefe de Sección Afiliación y Postulación

Bogotá D.C. 02/09/2023

VIGILADO SuperSubsidio

CONTRATO INDIVIDUAL DE TRABAJO POR OBRA O LABOR CONTRATADA

NOMBRE EMPLEADOR: ANCLA INGENIERIA SAS	**DIRECCIÓN: CRA 26 N° 85 A 32**
NOMBRE TRABAJADOR: **MANUEL RICARDO PEREZ BERMUDEZ**	**CARGO PARA DESEMPEÑAR:** AYUDANTE DE OBRA Y TODAS LAS DEMAS FUNCIONES RELACIONADAS.
FECHA DE NACIMIENTO: 28-0CT-1987	**DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1.065.591.442**
DIRECCION DE NOTIFICACION:	**TELEFONO: 3123540081**
SALARIO: 1200.000 Mensual **Más SUBSIDIO DE TRANSPORTE:** 140.606 $Mensual	**VALOR TOTAL EN LETRAS: UN MILLON TRESCIENTOS CUARENTA MIL SEISCIENTOS SEIS**
FECHA DE INICIACIÓN CONTRATO: 01 DE SEPTIEMBRE DE 2023	**LUGAR DONDE DESEMPEÑARÁ: BOGOTA D.C** En las dependencias o el lugar que la empresa determine

OMAR ENRIQUE SANCHEZ GONZALEZ, mayor y vecino de Bogotá D.C., identificado con cedula de ciudadanía **No. 91.507.981** de Bucaramanga, obrando en mi condición de Representante Legal de **ANCLA INGENIERIA S.A.S,** con **NIT: 800113187-6** que en el presente contrato se denominará **EL EMPLEADOR**, **y MANUEL RICARDO PEREZ BERMUDEZ** con numero de **NUMERO DE DOCUMENTO**: **1.065.591.442**; como quedó registrado en el encabezamiento de este contrato y que en adelante se denominará **EL TRABAJADOR (A)**, celebramos el presente **CONTRATO DE TRABAJO POR OBRA O LABOR CONTRATADA CONTRATO 012-336FDLB** estipulado en las siguientes cláusulas:

CLAUSULA PRIMERA: **EL EMPLEADOR** contrata los servicios personales del TRABAJADOR y este se obliga: **a)** A poner al servicio del EL EMPLEADOR toda su capacidad normal de trabajo, en forma exclusiva en el desempeño de las funciones propias y las labores anexas y complementarias del mismo, de conformidad con las órdenes e instrucciones que le imparta el EMPLEADOR o sus representantes, y **b)** A no prestar directa ni indirectamente servicios laborales a otros EMPLEADORES, ni a trabajar por cuenta propia en el mismo oficio, durante la vigencia de este contrato. **c)** Desarrollar las funciones establecidas en los Manuales de Funciones y Procedimiento de su cargo, las específicas que le informe El EMPLEADOR y en general aquellas que se requieran para el cumplimiento del objeto del presente contrato**,** tales como:

FUNCIONES Y RESPONSABILIDADES DE TIPO GENERAL:

1. Todas aquellas que sean designadas por su superior inmediato o la Gerencia General
2. Deberá custodiar y responsabilizarse por la pérdida de los objetos y documentos entregados y que constan en el inventario de entrega, tales como herramientas y accesorios,

DOCUMENTO CONTROLADO

documentos que firma y hace parte del presente contrato; y que son de importancia para el cumplimiento de sus funciones.

3. Presentación personal: Higiene, debe venir adecuado para el cargo que ocupa, limpio, ordenado y bien presentado, portando el uniforme de la empresa impecable, de igual manera portar en un lugar visible el carnet que lo identifica como empleado.

4. En caso de ser necesario y según las políticas de la Compañía deberá reportarse a través del celular y hacer uso correcto del mismo, por ello deberá procurar que el aparato celular permanezca cargado y presto para recibir y enviar comunicaciones en forma constante y sin interrupciones.

5. Debe reportar inmediatamente a su jefe inmediato ó superior, cualquier problema que surja.

6. Preservar la información por él conocida en relación con el giro propio de la compañía y los proyectos en los cuales se vea involucrado en razón a su cargo.

7. Cumplir con los horarios de descanso establecidos, la política de no alcohol y drogas y las políticas de HSEQ, establecidas en los documentos y manuales de Seguridad y Salud en el trabajo y Seguridad Industrial de la empresa, de sus clientes y terceros donde deba intervenir para el desarrollo de sus funciones.

8. Cumplir con los procedimientos, instructivos, caracterizaciones y todos los demás aplicables al Sistema de Gestión en Control y Seguridad BASC, ISO y/o protocolos asignados por la empresa; y que refiera a certificaciones que obliguen a ciertos protocolos a la empresa.

9. Cumplir con todas y cada una de las exigencias, protocolos, instructivos y demás requerimientos del cliente, al cual se ejecutará las funciones contratadas; sin limitarse una implícita obra.

FUNCIONES ESPECÍFICAS DE OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO DEL CARGO:

EL TRABAJADOR, se compromete a prestar sus servicios para el fin del objeto del presente contrato y que, dentro de sus funciones anexas, complementarias y las relacionadas deberá ser las señaladas en el perfil y funciones del cargo, previamente establecidas por la compañía, documentos que hace parte integral del presente contrato y de relaciona mediante ANEXO No. 1 del mismo.

CLAUSULA SEGUNDA: SALARIO O REMUNERACIÓN: EL EMPLEADOR pagará al TRABAJADOR por la prestación de sus servicios a título de salario la suma equivalente a UN MILLON DOSCIENTOS MIL PESOSM/CTE ($1.200.000), MENSUALMENTE y pagaderos en quincenas vencidas según lo pactado el reglamento interno de trabajo. EL EMPLEADOR pagará a EL TRABAJADOR por la prestación de sus servicios, la suma acá acordada MEDIANTE TRANSFERENCIA ELECTRONICA, realizado en LA CUENTA DE AHORROS SUMINISTRADA POR EL TRABAJADOR ó de NOMINA SUSCRITA EN LA EMPRESA.

CLAUSULA TERCERA: JORNADA DE TRABAJO: EL TRABAJADOR se obliga a laborar la jornada ordinaria en los turnos y dentro de las horas señaladas por EL EMPLEADOR, y establecidas en el reglamento interno de trabajo; pudiendo hacer éste ajustes a cambios de horarios cuando lo estime conveniente. Por el acuerdo expreso o tácito de las partes, podrán repartirse las horas de la jornada ordinaria en la forma prevista en el artículo 164 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado por el artículo 23 de la Ley 50 de 1990, teniendo en cuenta que los tiempos de descanso entre las secciones de la jornada no se computan dentro de la misma, según el artículo 167 ibídem.

DOCUMENTO CONTROLADO

CLAUSULA CUARTA: **DURACION Y PERIODO DE PRUEBA:** El presente contrato se celebra por el tiempo que dure la realización de la obra (o labor contratada), el cual da inicio el día 01 de Septiembre de 2023, por lo tanto, y de acuerdo a la naturaleza del contrato; EL PERIODO DE PRUEBA no podrá ser superior a una quinta (1/5) parte del término pactado en el presente contrato y por consiguiente cualquiera de las partes podrá terminar el contrato unilateralmente, en cualquier momento durante dicho periodo; sin perjuicio de darlo por terminado cumpliendo con las exigencias legales al respecto y en todo caso por incumplimiento de alguna de las obligaciones contractuales pactadas en este documento. En el caso del EMPLEADO a fin de dejar su puesto debidamente entregado a la persona que se designe como reemplazo, deberá comunicar su finalización con anticipación.

CLAUSULA QUINTA: NUEVA OBRA. Si al finalizar la obra contratada o inicialmente ejecutada el empleador desea continuar con el trabajador en otra obra distinta a la que inicialmente dio origen al vínculo, LAS PARTES expresamente aprueban con la firma del presente contrato que NO será necesario un nuevo contrato de trabajo y por lo tanto tampoco se entenderá como prorroga, pues no han desaparecido las causas contractuales que dieron origen a este contrato.

PARAGRAFO PRIMERO: Por tratarse de un contrato de obra o labor contratada, en el presente caso no aplica el preaviso y que de acuerdo a la naturaleza del contrato; no es obligación para el empleador notificar la terminación del mismo, pues el mismo se entiende que la duración de este contrato será «por el tiempo que dure la realización de una obra o labor determinada», de suerte que terminada la obra termina el contrato.

PARAGRAFO SEGUNDO: En el caso de haberse terminado la obra inicialmente pactada y designado una nueva, se entiende que una vez finalice la última obra ejecutada, la duración del contrato se reduce a la duración de la última ejecución de obra.

CLAUSULA SEXTA: **OBLIGACIONES ESPECIALES DEL TRABAJADOR:** El trabajador se obliga además de lo previsto en el presente contrato a: **a)** Cumplir cabalmente con todas y cada una de las funciones descritas en el presente contrato, así como en los reglamentos internos e instructivos **b)** Presentación personal: Higiene, debe venir adecuado para el cargo que ocupa, limpio, ordenado y bien presentado. **c)** En caso de requerirse está obligado a mantenerse al día sus permisos obligatorios por ley, como trabajo en alturas, antecedentes disciplinarios y policivos y demás documentos obligatorios en la normatividad para ejercer su cargo. **d)** Responder por los elementos de trabajo puestos a su disposición por la empresa. **e)** Cumplir el Horario de trabajo asignado en la oficina. **f)** Cumplir con el protocolo de seguridad y demás políticas descritas en la empresa; y preservar con ello la ocurrencia de accidente de trabajo, la integridad propia y de terceros, inclusive gastos extraordinarios de la compañía, **g)** las establecidas en el Código sustantivo de trabajo en su artículo 58**.**

CLAUSULA SEPTIMA: PROHIBICIONES ESPECIALES Y CONTRACTUALES AL TRABAJADOR: Se le prohíbe expresamente al TRABAJADOR además de aquellas contenidas en el Manual de Funciones y Procedimientos correspondiente a su cargo, a:

1. De ser el caso que la empresa haya suministrado equipo celular o plan de celular, le queda prohibido realizar de manera reiterada y continua llamadas personales, incrementando el consumo del celular que le ha sido asignado. En caso de presentarse esta situación el TRABAJADOR autoriza expresamente a la empresa para realizar los descuentos pertinentes, siendo a su cargo los valores adicionales que se generen al plan, sin perjuicio de que la empresa le imponga las sanciones disciplinarias a que haya lugar.

DOCUMENTO CONTROLADO

2. Realizar de manera reiterada y continua actos u omisiones que impliquen sanciones para la compañía, por parte de sus clientes o la perdida de los contratos; para el caso será causal de sanción disciplinaria.

3. Dañar, maltratar, averiar cualquiera de los elementos que le han sido entregados para su trabajo. En caso de presentarse esta situación el TRABAJADOR autoriza expresamente a la empresa para realizar los descuentos pertinentes, siendo de su cargo, los valores correspondientes, sin perjuicio de que la empresa le imponga las sanciones disciplinarias a que haya lugar.

4. Ingerir bebidas alcohólicas, o sustancias alucinógenas, mientras se encuentra prestando el servicio ó ingresar a la compañía, en estado de ingesta o alucinógenos; que alteren su estado físico o mental.

5. No pueden contratar directamente con nadie, ni personas naturales, ni plazas de mercado.

6. Negarse a las ejecuciones de las funciones asignadas por el empleador, siempre que versen sobre la capacidad del trabajador y las funciones sean anexas o complementarias a las inicialmente pactadas.

7. Las enunciadas en el Reglamento Interno de trabajo de la compañía.

8. Las establecidas en el artículo 60 del Código Sustantivo de Trabajo.

CLAUSULA OCTAVA: CAUSALES ESPECIALES DE TERMINACION DEL PRESENTE CONTRATO DE TRABAJO POR JUSTA CAUSA: Las partes pactan como justas las causas para dar por terminado unilateralmente este contrato por cualquiera de las partes, **1)** Las enumeradas en los artículos 7° del Decreto 2351 de 1965, **2)** La ocurrencia de una falta que se califique como grave y/o gravísima, **3)** El incumplimiento de las obligaciones especiales previstas en el presente contrato. **4)** La violación de las prohibiciones especiales y contractuales indicadas en este documento. **5)** Teniendo en cuenta que el objeto del presente contrato es prestar el servicio al empleador, se tiene que el trabajador está en la obligación de contar con la disponibilidad de forma exclusiva. **PARAGRAFO:** Las siguientes faltas se califican como graves: **a)** La inobservancia o violación de los manuales de funciones y procedimientos fijados por la empresa y en especial de las circulares reglamentarias, que además se consideran parte integral del presente contrato. **b)** La violación por parte del trabajador de cualquiera de sus obligaciones legales, contractuales, reglamentarias, así como el incumplimiento de una o más de sus funciones o falta de interés y responsabilidad con ellas, **c)** La no asistencia puntual al trabajo sin excusa suficientes a juicio de la empresa, por dos veces dentro de una misma quincena (comprendida entre dos periodos de pago) **d)** La ejecución por parte del trabajador de labores remuneradas al servicio de terceros sin autorización de la empresa **e)** La revelación de secretos y datos reservados de la empresa **f)** El hecho de que el trabajador llegue embriagado o ingiera bebidas embriagantes en el sitio u horario de trabajo, aún por primera vez **g)** El hecho de que el trabajador abandone el sitio de trabajo sin permiso de sus superiores **h)** La no asistencia a una sección completa de la jornada de trabajo, o más, sin excusa suficiente a juicio del EL EMPLEADOR **i)** La mala atención al público o la mala ejecución de los procedimientos de la empresa, según el caso; y **j)** Todo acto del trabajador que perturbe la disciplina o el buen orden en el lugar de trabajo o que dé lugar a reclamos por parte de los usuarios de la empresa o terceros e inclusive de los compañeros de trabajo **k)** Diligenciar los documentos en forma incompleta o sin atender a las circulares reglamentarias sobre el tema, según el cargo y se le es obligatorio cumplir con dicho acto.

DOCUMENTO CONTROLADO

CLAUSULA NOVENA: ESCALA ADICIONAL DE FALTAS: **LA EMPRESA Y TRABAJADOR** acuerdan como contractualmente las siguientes, conductas como faltas, además de las dispuestas en el régimen laboral y en el reglamento interno de trabajo del EMPLEADOR y en la cláusula anterior:

FALTAS GRAVES

1. Mala presentación o uso de vestidos no apropiados, considerado así por el patrono, para el desempeño de sus funciones.
2. Disminución en la eficiencia de sus funciones, que haya conllevado a dos llamadas de atención verbales o escritas.
3. Encontrarse fuera de su puesto de trabajo sin justa causa.
4. Abstenerse de contestar oportunamente el teléfono celular asignado por la empresa, el teléfono fijo de su puesto de trabajo, mail, fax y/o cualquier otro medio de comunicación, sin justificación a criterio del EL EMPLEADOR
5. Uso indebido de los recursos asignados que cause perjuicios al EL EMPLEADOR.
6. Haber omitido los procedimientos para el desarrollo de sus funciones que ocasione perjuicios a la empresa, tales como pérdida de contratos o negocios con sus clientes.

FALTAS GRAVISIMAS

1. Irrespeto o tratamiento inadecuado a los clientes y/o a los compañeros de trabajo y/o a sus superiores
2. Incumplimiento de las circulares reglamentarias de la empresa, instructivos de funciones
3. Apropiarse de dineros recibidos por el trabajador que sean de propiedad de la empresa o cliente.
4. La incidencia de tres veces o más en conductas tipificadas como faltas graves.

CLAUSULA DECIMA: **ESCALA DE SANCIONES**: Las conductas escritas en el presente contrato, darán derecho al EMPLEADOR de imponer cualquiera de las siguientes sanciones a su discrecionalidad independiente de que las conductas previstas como justa causa para la terminación del contrato, conlleven la terminación del mismo.

Las sanciones establecidas por el EMPLEADOR son las siguientes:

a) Amonestación Verbal: es la aplicación preventiva a la falta, la misma que no reviste gravedad, podrá ser aplicada por el Jefe inmediato del trabajador.

b) Amonestación Escrita: es la sanción correctiva de faltas que revisten regular gravedad, o por reincidencia de faltas leves. Será aplicada por el Gerente General, previa opinión del Jefe inmediato superior del trabajador.

c) Suspensión del Trabajo, de 1 a 8 días o más a criterio del EL EMPLEADOR sin que el mismo pueda exceder de 60 días.

d) Multa o descuentos.

e) Terminación del Contrato de Trabajo con justa causa.

DOCUMENTO CONTROLADO

PARÁGRAFO PRIMERO: PROCEDIMIENTO PARA LA APLICACIÓN DE SANCIONES: para que haya lugar a la aplicación de cualquiera de las sanciones previstas en el presente contrato y/o en el Reglamento interno de trabajo, deberá el EMPLEADOR una vez detectada la posible infracción o falta elevar el respectivo pliego de cargos, al trabajador, en aras de garantizar el derecho de defensa y debido proceso, de igual manera cumplir con el procedimiento establecido en el reglamento interno de trabajo. Una vez evaluado la comisión de la falta el EMPLEADOR comunicará al TRABAJADOR; la sanción impuesta al caso.

CLAUSULA DECIMA PRIMERA: CLÁUSULA DE COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD: En razón a que el cargo y funciones que desempeñará el trabajador, se relacionan en forma directa e inmediata con información confidencial, el trabajador se compromete expresamente a no revelar a persona alguna la información que él **CONOZCA** sobre los temas, pactándose que en caso de establecer violación a éste acuerdo se configurará justa causa, para la terminación de su contrato, **Parágrafo:** Los Acuerdos de Ética y Confidencialidad hacen parte integral del presente contrato. Las partes con la firma del presente contrato se obligan a no revelar, divulgar, exhibir, mostrar, comunicar, participar, anunciar, utilizar y/o emplear la información con persona natural o jurídica, en su favor o en el de terceros, que reciban de la otra parte y en consecuencia a mantenerla de manera confidencial y privada y a proteger dicha información para evitar su divulgación no autorizada, ejerciendo sobre esta el mismo grado de diligencia que utiliza para proteger información confidencial de su propiedad. **Parágrafo Primero**. Por la violación de la confidencialidad o el uso indebido de la información o Imagen Corporativa dará lugar al pago a cargo de la parte incumplida es decir del trabajador de una suma de 10 SMLMV sin perjuicio de que la parte afectada; especialmente la compañía CONTRATANTE, pueda adicionalmente, iniciar las acciones legales Penales y Civiles correspondientes; tendientes a obtener el resarcimiento de sus perjuicios así como las sanciones que establece el código Penal contra la persona natural, que ha cometido el hecho. La aplicación de esta cláusula se sujeta al cumplimiento del procedimiento previsto en el Código de Comercio Colombiano, el código penal y demás normas concordantes. **Parágrafo Segundo.** La vigencia de esta cláusula será por el término que dure el contrato y tres años más.

CLAUSULA DÉCIMA SEGUNDA: FORMA Y LIBERTAD DE ESTIPULACION DE PAGO DE PRESTACIONES SOCIALES: Las partes expresamente convienen que en el eventual caso de terminación de contrato de trabajo; sin importar su causa el EMPLEADOR tendrá el término de un mes calendario para el pago de la liquidación de prestaciones sociales y demás derechos que pudiera tener el TRABAJADOR al momento del finiquito de la relación laboral. Esta cláusula se pacta a fin de no constituirse sanción moratoria a cargo del EMPLEADOR; por estar las partes de común acuerdo en la fecha de pago NO se afecta el honor, la dignidad y los derechos mínimos del trabajador. Para ello el TRABAJOR se obliga a mantener activa la cuenta bancaria que usualmente maneja para el pago de la nómina. En el caso de no ser así el EMPELADOR cuenta con la facultad de realizar el pago a través de DEPOSITO JUDICIAL al Banco Agrario de Colombia, según las normas legales vigentes.

CLAUSULA DÉCIMA TERCERA: **VARIACIONES DEL CONTRATO**. Las partes podrán convenir que el trabajo se preste en lugar distinto del inicialmente contratado, siempre que tales traslados no desmejoren las condiciones laborales o de remuneración del TRABAJADOR, o impliquen perjuicios para él. Los gastos que se originen con el traslado serán cubiertos por el EMPLEADOR de conformidad con el número 8° del artículo 57 del Código Sustantivo de Trabajo. El TRABAJADOR se obliga a aceptar los cambios de oficio que decida el EMPLEADOR dentro de su poder subordinante, siempre que se respeten las condiciones laborales del TRABAJADOR y no se le causen perjuicios. Todo ello sin que se afecte el honor, la dignidad y los derechos mínimos del TRABAJADOR, de conformidad con el artículo 23 del Código Sustantivo de Trabajo, modificado por el artículo 1° de la Ley 50 de 1990.

CLAUSULA DECIMA CUARTA: EFECTOS: El presente contrato remplaza en su integridad y deja sin efecto a cualquiera otro contrato, verbal o escrito, celebrando entre las partes con anterioridad, pudiendo las partes convenir por escrito modificaciones al mismo, las que formarán parte integral de este contrato. Para constancia se firma en dos o más ejemplares del mismo tenor y valor, un ejemplar de los cuales recibe EL TRABAJADOR en este acto, y el otro reposara en las instalaciones de la compañía.

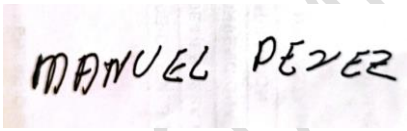
Este contrato ha sido redactado estrictamente de acuerdo con la ley y la jurisprudencia y será interpretado de buena fe y en consonancia con el Código Sustantivo de Trabajo cuyo objeto definido en el artículo 1°, es lograr la justicia en las relaciones entre el EMPLEADOR y los TRABAJADORES dentro de un espíritu de coordinación económica y equilibrio social.

Para constancia se firma en **dos ejemplares del mismo tenor** y valor, ante testigos en la ciudad de Bogotá a los 01 de Septiembre de 2023

EL EMPLEADOR:

OMAR ENRIQUE SANCHEZ GONZALEZ
REPRESENTANTE LEGAL
ANCLA INGENIERIA S.A.S
NIT: 800113187 – 6

EL TRABAJADOR:



MANUEL RICARDO BERMUDEZ
DOCUMENTO:1.065.591.442
AYUDANTE DE OBRA

DOCUMENTO CONTROLADO

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 14.321.162

GAMBOA TRUJILLO

APELLIDOS

JOSE LUBIN

NOMBRES



FIRMA

FECHA DE NACIMIENTO 06-SEP-1968

HONDA
(TOLIMA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1,75 ESTATURA | A+ G.S. RH | M SEXO

22-JUN-1987 HONDA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-1500150-00144507-M-0014321162-20081230 0009158513A 1 1320015687

Medellín, 31 de August de 2023

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de ANCLA INGENIERIA SAS.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo: 0000000002 OBRA			Clase: 5	Porcentaje Cotización: 6.96 %		
C14321162	GAMBOA TRUJILLO JOSE LUBIN	01/09/2023		55245451	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A así como para su desafiliación
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 31/08/2023 23:13:03 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 179.1.192.130, 192.230.90.12, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Famisanar EPS

NIT 830.003.564-7

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

9010366022

9010366022

No. de Radicación: 26733914

Fecha de Radicación: 01 09 2023

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

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

6. Apellidos y nombres			
Primer Apellido: GAMBOA	Segundo Apellido: TRUJILLO	Primer Nombre: JOSE	Segundo Nombre: LUBIN

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CC	14321162	Femenino: Masculino: X	D 06 D M 09 M A 1968 A

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial	15. Administradora de riesgos laborales - ARL	16. Administradora de pensiones
6	Tipo: F N M Condición: T P	0		SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A	PORVENIR S. A.

17. Ingreso base de cotización - IBC	18. Residencia			
$1.160.000	CALLE 66 SUR 80K 40 CASA BOSA JIMENEZ DE QUESADA		NT	3115907719
soporte.josegamboa@gmail.com	BOGOTA	Zona Urbana: X Rural:	Localidad / Comuna	DISTRITO CAPITAL

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

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

20. Tipo de documento de identidad	21. Número del documento de identidad	22. Sexo	23. Fecha de nacimiento
		Femenino: Masculino:	D D M M A A A A

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

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

	25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo Femenino	27. Sexo Masculino	28. Fecha de nacimiento	Datos complementarios 29. Parentesco	Datos complementarios 30. Etnia
B1					D D M M A A A A		
B2					D D M M A A A A		
B3					D D M M A A A A		
B4					D D M M A A A A		
B5					D D M M A A A A		

	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 del afiliado adicional (a registrarpo rla EPS)
B1											
B2											
B3											
B4											
B5											

Selección de la IPS Primaria

	34. Nombre de la institución prestadora de servicios de salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C	CENTRO MEDICO COLSUBSIDIO CHICALA	1765
B		
B		
B		
B		
B		

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
ANCLA INGENIERIA S A S	NT	800113187	

39. Ubicación				
CALLE 47 7 49 Dirección	3214687 Teléfono	gestionancla2020@gmail.	BOGOTA Municipio / Distrito	DISTRITO CAPITAL 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: X 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	Número del documento de identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	42. Fecha novedad
		Femenino: Masculino:	D D M M A A A A	31 08 2023

43. EPS anterior	44. Motivo de traslado	45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones
SALUD TOTAL S.A.	Código: 1	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios o afiliados adicionales.	X
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.	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 vigentes 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.	X

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

IX. ANEXOS

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

Cantidad: Total

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

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

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

70. Datos del funcionario que realiza la validación

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	OBSERVACIONES:

71. Firma del funcionario

CARGO: AYUDANTE DE OBRA

VIGILADO Supersalud

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.

PORTESCO S.A. NIT. 860.515.402 - 8 TEL. (1)324 50 99

07/2016

INTERNET

Famisanar EPS

NIT 830.003.564-7

9010366022

9010366022

CUESTIONARIO ENTREGA 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

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

AUTORIZACIÓN PREVIA PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES Y DATOS PERSONALES SENSIBLES

En mi calidad de cotizante, manifiesto de manera clara, expresa, libre, inequívoca y espontánea que le otorgo a la EPS FAMISANAR S.A.S en su calidad de RESPONSABLE del tratamiento de mis datos personales, mi consentimiento previo para recolectar, almacenar, usar, circular, suprimir, reportar y en general para tratar los DATOS PERSONALES, DATOS PERSONALES SENSIBLES y demás información susceptible de tratamiento, registrada a mi nombre y/o de los beneficiarios de mi grupo familiar en sus Bases de Datos, con la finalidad de realizar las actividades propias del aseguramiento en salud y en los términos previstos en su POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE LA INFORMACIÓN y AVISO DE PRIVACIDAD, disponibles en ***www.famisanar.com.co***, todo lo cual conforme lo establecido en la Ley Estatutaria 1581 de 2012 y demás normas que la sustituyan, adicionen, reglamenten, complementen o modifiquen.

Así mismo manifiesto que mis derechos como titular de los datos son los consagrados en la Constitución Nacional y la Ley, especialmente el derecho a conocer, actualizar, rectificar; y, a suprimir mi información personal y revocar el consentimiento otorgado para el tratamiento de datos personales cuando ello fuera procedente (artículo 9° Decreto 1377 de 2013).

*"**Datos sensibles:** Se entiende por datos sensibles aquellos que afectan la intimidad del Titular o cuyo uso indebido puede generar su discriminación, tales como aquellos que revelen el origen racial o étnico, la orientación política, las convicciones religiosas o filosóficas, la pertenencia a sindicatos, organizaciones sociales, de derechos humanos o que promueva intereses de cualquier partido político o que garanticen los derechos y garantías de partidos políticos de oposición, así como los datos relativos a la salud, a la vida sexual, y los datos biométricos." (Numeral 3° artículo 3° Decreto 1377 de 2013).*

Firma del afiliado:

Nombres y Apellidos JOSE LUBIN GAMBOA TRUJILLO

Identificación: CC 14321162

AUTORIZACIÓN DONACIÓN DE ORGANOS Y TEJIDOS - LEY 1805 DE 2016

De acuerdo a lo definido en el artículo 4° de la Ley 1805, manifiesto a continuación que mi voluntad de ser donante de órganos y tejidos es:

SI ☐ **NO** X

Firma del afiliado:

Nombres y Apellidos JOSE LUBIN GAMBOA TRUJILLO

Identificación: CC 14321162

"ARTÍCULO 15. Los menores de edad podrán ser donantes de órganos y tejidos, siempre y cando sus representantes legales expresen su consentimiento informado para la donación de órganos y/o tejidos dentro de las (8) horas siguientes a la concurrencia de la muerte cerebral. El médico responsable deberá informarles sus derechos y los beneficios de la donación.

FIRMA A RUEGO

A ruego del señor (a) _____ identificado (a) con el documento _____ No. _____ quien manifiesta no poder o no saber firmar, lo hace en su nombre el (la) señor(a) _____ quien es mayor de edad y sin ningún impedimento para dar fe de la información que está recibiendo.

Como testigo, da fe de todo lo anterior y certifica que la huella aquí impuesta pertenece al señor (a) _____

_____

Firmante a Ruego:

_____

Nombres y Apellidos: _____

Identificación: _____

Edad: _____

Dirección de Domicilio: _____

Nombres y Apellidos de quien no sabe o no puede firmar: _____

Huella

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **JOSE LUBIN GAMBOA TRUJILLO** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **14321162,** estuvo afiliado/a al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES** y su estado es *TRASLADADO A OTRO FONDO*.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 31 de agosto de 2023.



Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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.

LA CAJA COLOMBIANA DE SUBSIDIO FAMILIAR

COLSUBSIDIO

HACE CONSTAR:

Que el(la) señor(a) JOSE LUBIN GAMBOA TRUJILLO identificado(a) con CC No. 14321162, se encuentra afiliado(a) a esta Caja de Compensación Familiar, a través de ANCLA INGENIERIA S.A.S. con NIT 8001131876:

- Fecha de afiliación a la Caja: 02/09/2023.
- Fecha de ingreso a la empresa: 01/09/2023.



JOSÉ LEONARDO GONZÁLEZ VEGA
Jefe de Sección Afiliación y Postulación

Bogotá D.C. 02/09/2023

VIGILADO SuperSubsidio

CONTRATO INDIVIDUAL DE TRABAJO POR OBRA O LABOR CONTRATADA

NOMBRE EMPLEADOR: ANCLA INGENIERIA SAS	**DIRECCIÓN: CRA 26 N° 85 A 32**
NOMBRE TRABAJADOR: **JOSE LUBIN GAMBOA TRUJILLO**	**CARGO PARA DESEMPEÑAR:** AYUDANTE DE OBRA Y TODAS LAS DEMAS FUNCIONES RELACIONADAS.
FECHA DE NACIMIENTO: 28-0CT-1987	**DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 14.321.162**
DIRECCION DE NOTIFICACION:	**TELEFONO: 3123540081**
SALARIO: 1200.000 Mensual **Más SUBSIDIO DE TRANSPORTE:** 140.606 $Mensual	**VALOR TOTAL EN LETRAS: UN MILLON TRESCIENTOS CUARENTA MIL SEISCIENTOS SEIS**
FECHA DE INICIACIÓN CONTRATO: 01 DE SEPTIEMBRE DE 2023	**LUGAR DONDE DESEMPEÑARÁ: BOGOTA D.C** En las dependencias o el lugar que la empresa determine

OMAR ENRIQUE SANCHEZ GONZALEZ, mayor y vecino de Bogotá D.C., identificado con cedula de ciudadanía **No. 91.507.981** de Bucaramanga, obrando en mi condición de Representante Legal de **ANCLA INGENIERIA S.A.S,** con **NIT: 800113187-6** que en el presente contrato se denominará **EL EMPLEADOR**, **y JOSE LUBIN GAMBOA TRUJILLO** con numero de **NUMERO DE DOCUMENTO**: **14.321.162**; como quedó registrado en el encabezamiento de este contrato y que en adelante se denominará **EL TRABAJADOR (A)**, celebramos el presente **CONTRATO DE TRABAJO POR OBRA O LABOR CONTRATADA CONTRATO 012-336FDLB** estipulado en las siguientes cláusulas:

CLAUSULA PRIMERA: **EL EMPLEADOR** contrata los servicios personales del TRABAJADOR y este se obliga: **a)** A poner al servicio del EL EMPLEADOR toda su capacidad normal de trabajo, en forma exclusiva en el desempeño de las funciones propias y las labores anexas y complementarias del mismo, de conformidad con las órdenes e instrucciones que le imparta el EMPLEADOR o sus representantes, y **b)** A no prestar directa ni indirectamente servicios laborales a otros EMPLEADORES, ni a trabajar por cuenta propia en el mismo oficio, durante la vigencia de este contrato. **c)** Desarrollar las funciones establecidas en los Manuales de Funciones y Procedimiento de su cargo, las específicas que le informe El EMPLEADOR y en general aquellas que se requieran para el cumplimiento del objeto del presente contrato**,** tales como:

FUNCIONES Y RESPONSABILIDADES DE TIPO GENERAL:

1. Todas aquellas que sean designadas por su superior inmediato o la Gerencia General
2. Deberá custodiar y responsabilizarse por la pérdida de los objetos y documentos entregados y que constan en el inventario de entrega, tales como herramientas y accesorios,

DOCUMENTO CONTROLADO

documentos que firma y hace parte del presente contrato; y que son de importancia para el cumplimiento de sus funciones.

3. Presentación personal: Higiene, debe venir adecuado para el cargo que ocupa, limpio, ordenado y bien presentado, portando el uniforme de la empresa impecable, de igual manera portar en un lugar visible el carnet que lo identifica como empleado.

4. En caso de ser necesario y según las políticas de la Compañía deberá reportarse a través del celular y hacer uso correcto del mismo, por ello deberá procurar que el aparato celular permanezca cargado y presto para recibir y enviar comunicaciones en forma constante y sin interrupciones.

5. Debe reportar inmediatamente a su jefe inmediato ó superior, cualquier problema que surja.

6. Preservar la información por él conocida en relación con el giro propio de la compañía y los proyectos en los cuales se vea involucrado en razón a su cargo.

7. Cumplir con los horarios de descanso establecidos, la política de no alcohol y drogas y las políticas de HSEQ, establecidas en los documentos y manuales de Seguridad y Salud en el trabajo y Seguridad Industrial de la empresa, de sus clientes y terceros donde deba intervenir para el desarrollo de sus funciones.

8. Cumplir con los procedimientos, instructivos, caracterizaciones y todos los demás aplicables al Sistema de Gestión en Control y Seguridad BASC, ISO y/o protocolos asignados por la empresa; y que refiera a certificaciones que obliguen a ciertos protocolos a la empresa.

9. Cumplir con todas y cada una de las exigencias, protocolos, instructivos y demás requerimientos del cliente, al cual se ejecutará las funciones contratadas; sin limitarse una implícita obra.

FUNCIONES ESPECÍFICAS DE OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO DEL CARGO:

EL TRABAJADOR, se compromete a prestar sus servicios para el fin del objeto del presente contrato y que, dentro de sus funciones anexas, complementarias y las relacionadas deberá ser las señaladas en el perfil y funciones del cargo, previamente establecidas por la compañía, documentos que hace parte integral del presente contrato y de relaciona mediante ANEXO No. 1 del mismo.

CLAUSULA SEGUNDA: SALARIO O REMUNERACIÓN: EL EMPLEADOR pagará al TRABAJADOR por la prestación de sus servicios a título de salario la suma equivalente a UN MILLON DOSCIENTOS MIL PESOSM/CTE ($1.200.000), MENSUALMENTE y pagaderos en quincenas vencidas según lo pactado el reglamento interno de trabajo. EL EMPLEADOR pagará a EL TRABAJADOR por la prestación de sus servicios, la suma acá acordada MEDIANTE TRANSFERENCIA ELECTRONICA, realizado en LA CUENTA DE AHORROS SUMINISTRADA POR EL TRABAJADOR ó de NOMINA SUSCRITA EN LA EMPRESA.

CLAUSULA TERCERA: JORNADA DE TRABAJO: EL TRABAJADOR se obliga a laborar la jornada ordinaria en los turnos y dentro de las horas señaladas por EL EMPLEADOR, y establecidas en el reglamento interno de trabajo; pudiendo hacer éste ajustes a cambios de horarios cuando lo estime conveniente. Por el acuerdo expreso o tácito de las partes, podrán repartirse las horas de la jornada ordinaria en la forma prevista en el artículo 164 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado por el artículo 23 de la Ley 50 de 1990, teniendo en cuenta que los tiempos de descanso entre las secciones de la jornada no se computan dentro de la misma, según el artículo 167 ibídem.

DOCUMENTO CONTROLADO

CLAUSULA CUARTA: **DURACION Y PERIODO DE PRUEBA:** El presente contrato se celebra por el tiempo que dure la realización de la obra (o labor contratada), el cual da inicio el día 01 de Septiembre de 2023, por lo tanto, y de acuerdo a la naturaleza del contrato; EL PERIODO DE PRUEBA no podrá ser superior a una quinta (1/5) parte del término pactado en el presente contrato y por consiguiente cualquiera de las partes podrá terminar el contrato unilateralmente, en cualquier momento durante dicho periodo; sin perjuicio de darlo por terminado cumpliendo con las exigencias legales al respecto y en todo caso por incumplimiento de alguna de las obligaciones contractuales pactadas en este documento. En el caso del EMPLEADO a fin de dejar su puesto debidamente entregado a la persona que se designe como reemplazo, deberá comunicar su finalización con anticipación.

CLAUSULA QUINTA: NUEVA OBRA. Si al finalizar la obra contratada o inicialmente ejecutada el empleador desea continuar con el trabajador en otra obra distinta a la que inicialmente dio origen al vínculo, LAS PARTES expresamente aprueban con la firma del presente contrato que NO será necesario un nuevo contrato de trabajo y por lo tanto tampoco se entenderá como prorroga, pues no han desaparecido las causas contractuales que dieron origen a este contrato.

PARAGRAFO PRIMERO: Por tratarse de un contrato de obra o labor contratada, en el presente caso no aplica el preaviso y que de acuerdo a la naturaleza del contrato; no es obligación para el empleador notificar la terminación del mismo, pues el mismo se entiende que la duración de este contrato será «por el tiempo que dure la realización de una obra o labor determinada», de suerte que terminada la obra termina el contrato.

PARAGRAFO SEGUNDO: En el caso de haberse terminado la obra inicialmente pactada y designado una nueva, se entiende que una vez finalice la última obra ejecutada, la duración del contrato se reduce a la duración de la última ejecución de obra.

CLAUSULA SEXTA: **OBLIGACIONES ESPECIALES DEL TRABAJADOR:** El trabajador se obliga además de lo previsto en el presente contrato a: **a)** Cumplir cabalmente con todas y cada una de las funciones descritas en el presente contrato, así como en los reglamentos internos e instructivos **b)** Presentación personal: Higiene, debe venir adecuado para el cargo que ocupa, limpio, ordenado y bien presentado. **c)** En caso de requerirse está obligado a mantenerse al día sus permisos obligatorios por ley, como trabajo en alturas, antecedentes disciplinarios y policivos y demás documentos obligatorios en la normatividad para ejercer su cargo. **d)** Responder por los elementos de trabajo puestos a su disposición por la empresa. **e)** Cumplir el Horario de trabajo asignado en la oficina. **f)** Cumplir con el protocolo de seguridad y demás políticas descritas en la empresa; y preservar con ello la ocurrencia de accidente de trabajo, la integridad propia y de terceros, inclusive gastos extraordinarios de la compañía, **g)** las establecidas en el Código sustantivo de trabajo en su artículo 58**.**

CLAUSULA SEPTIMA: PROHIBICIONES ESPECIALES Y CONTRACTUALES AL TRABAJADOR: Se le prohíbe expresamente al TRABAJADOR además de aquellas contenidas en el Manual de Funciones y Procedimientos correspondiente a su cargo, a:

1. De ser el caso que la empresa haya suministrado equipo celular o plan de celular, le queda prohibido realizar de manera reiterada y continua llamadas personales, incrementando el consumo del celular que le ha sido asignado. En caso de presentarse esta situación el TRABAJADOR autoriza expresamente a la empresa para realizar los descuentos pertinentes, siendo a su cargo los valores adicionales que se generen al plan, sin perjuicio de que la empresa le imponga las sanciones disciplinarias a que haya lugar.

DOCUMENTO CONTROLADO

2. Realizar de manera reiterada y continua actos u omisiones que impliquen sanciones para la compañía, por parte de sus clientes o la perdida de los contratos; para el caso será causal de sanción disciplinaria.

3. Dañar, maltratar, averiar cualquiera de los elementos que le han sido entregados para su trabajo. En caso de presentarse esta situación el TRABAJADOR autoriza expresamente a la empresa para realizar los descuentos pertinentes, siendo de su cargo, los valores correspondientes, sin perjuicio de que la empresa le imponga las sanciones disciplinarias a que haya lugar.

4. Ingerir bebidas alcohólicas, o sustancias alucinógenas, mientras se encuentra prestando el servicio ó ingresar a la compañía, en estado de ingesta o alucinógenos; que alteren su estado físico o mental.

5. No pueden contratar directamente con nadie, ni personas naturales, ni plazas de mercado.

6. Negarse a las ejecuciones de las funciones asignadas por el empleador, siempre que versen sobre la capacidad del trabajador y las funciones sean anexas o complementarias a las inicialmente pactadas.

7. Las enunciadas en el Reglamento Interno de trabajo de la compañía.

8. Las establecidas en el artículo 60 del Código Sustantivo de Trabajo.

CLAUSULA OCTAVA: CAUSALES ESPECIALES DE TERMINACION DEL PRESENTE CONTRATO DE TRABAJO POR JUSTA CAUSA: Las partes pactan como justas las causas para dar por terminado unilateralmente este contrato por cualquiera de las partes, **1)** Las enumeradas en los artículos 7° del Decreto 2351 de 1965, **2)** La ocurrencia de una falta que se califique como grave y/o gravísima, **3)** El incumplimiento de las obligaciones especiales previstas en el presente contrato. **4)** La violación de las prohibiciones especiales y contractuales indicadas en este documento. **5)** Teniendo en cuenta que el objeto del presente contrato es prestar el servicio al empleador, se tiene que el trabajador está en la obligación de contar con la disponibilidad de forma exclusiva. **PARAGRAFO:** Las siguientes faltas se califican como graves: **a)** La inobservancia o violación de los manuales de funciones y procedimientos fijados por la empresa y en especial de las circulares reglamentarias, que además se consideran parte integral del presente contrato. **b)** La violación por parte del trabajador de cualquiera de sus obligaciones legales, contractuales, reglamentarias, así como el incumplimiento de una o más de sus funciones o falta de interés y responsabilidad con ellas, **c)** La no asistencia puntual al trabajo sin excusa suficientes a juicio de la empresa, por dos veces dentro de una misma quincena (comprendida entre dos periodos de pago) **d)** La ejecución por parte del trabajador de labores remuneradas al servicio de terceros sin autorización de la empresa **e)** La revelación de secretos y datos reservados de la empresa **f)** El hecho de que el trabajador llegue embriagado o ingiera bebidas embriagantes en el sitio u horario de trabajo, aún por primera vez **g)** El hecho de que el trabajador abandone el sitio de trabajo sin permiso de sus superiores **h)** La no asistencia a una sección completa de la jornada de trabajo, o más, sin excusa suficiente a juicio del EL EMPLEADOR **i)** La mala atención al público o la mala ejecución de los procedimientos de la empresa, según el caso; y **j)** Todo acto del trabajador que perturbe la disciplina o el buen orden en el lugar de trabajo o que dé lugar a reclamos por parte de los usuarios de la empresa o terceros e inclusive de los compañeros de trabajo **k)** Diligenciar los documentos en forma incompleta o sin atender a las circulares reglamentarias sobre el tema, según el cargo y se le es obligatorio cumplir con dicho acto.

DOCUMENTO CONTROLADO

CLAUSULA NOVENA: ESCALA ADICIONAL DE FALTAS: **LA EMPRESA Y TRABAJADOR** acuerdan como contractualmente las siguientes, conductas como faltas, además de las dispuestas en el régimen laboral y en el reglamento interno de trabajo del EMPLEADOR y en la cláusula anterior:

FALTAS GRAVES

1. Mala presentación o uso de vestidos no apropiados, considerado así por el patrono, para el desempeño de sus funciones.
2. Disminución en la eficiencia de sus funciones, que haya conllevado a dos llamadas de atención verbales o escritas.
3. Encontrarse fuera de su puesto de trabajo sin justa causa.
4. Abstenerse de contestar oportunamente el teléfono celular asignado por la empresa, el teléfono fijo de su puesto de trabajo, mail, fax y/o cualquier otro medio de comunicación, sin justificación a criterio del EL EMPLEADOR
5. Uso indebido de los recursos asignados que cause perjuicios al EL EMPLEADOR.
6. Haber omitido los procedimientos para el desarrollo de sus funciones que ocasione perjuicios a la empresa, tales como pérdida de contratos o negocios con sus clientes.

FALTAS GRAVISIMAS

1. Irrespeto o tratamiento inadecuado a los clientes y/o a los compañeros de trabajo y/o a sus superiores
2. Incumplimiento de las circulares reglamentarias de la empresa, instructivos de funciones
3. Apropiarse de dineros recibidos por el trabajador que sean de propiedad de la empresa o cliente.
4. La incidencia de tres veces o más en conductas tipificadas como faltas graves.

CLAUSULA DECIMA: **ESCALA DE SANCIONES**: Las conductas escritas en el presente contrato, darán derecho al EMPLEADOR de imponer cualquiera de las siguientes sanciones a su discrecionalidad independiente de que las conductas previstas como justa causa para la terminación del contrato, conlleven la terminación del mismo.

Las sanciones establecidas por el EMPLEADOR son las siguientes:

a) Amonestación Verbal: es la aplicación preventiva a la falta, la misma que no reviste gravedad, podrá ser aplicada por el Jefe inmediato del trabajador.

b) Amonestación Escrita: es la sanción correctiva de faltas que revisten regular gravedad, o por reincidencia de faltas leves. Será aplicada por el Gerente General, previa opinión del Jefe inmediato superior del trabajador.

c) Suspensión del Trabajo, de 1 a 8 días o más a criterio del EL EMPLEADOR sin que el mismo pueda exceder de 60 días.

d) Multa o descuentos.

e) Terminación del Contrato de Trabajo con justa causa.

DOCUMENTO CONTROLADO

PARÁGRAFO PRIMERO: PROCEDIMIENTO PARA LA APLICACIÓN DE SANCIONES: para que haya lugar a la aplicación de cualquiera de las sanciones previstas en el presente contrato y/o en el Reglamento interno de trabajo, deberá el EMPLEADOR una vez detectada la posible infracción o falta elevar el respectivo pliego de cargos, al trabajador, en aras de garantizar el derecho de defensa y debido proceso, de igual manera cumplir con el procedimiento establecido en el reglamento interno de trabajo. Una vez evaluado la comisión de la falta el EMPLEADOR comunicará al TRABAJADOR; la sanción impuesta al caso.

CLAUSULA DECIMA PRIMERA: CLÁUSULA DE COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD: En razón a que el cargo y funciones que desempeñará el trabajador, se relacionan en forma directa e inmediata con información confidencial, el trabajador se compromete expresamente a no revelar a persona alguna la información que él **CONOZCA** sobre los temas, pactándose que en caso de establecer violación a éste acuerdo se configurará justa causa, para la terminación de su contrato, **Parágrafo:** Los Acuerdos de Ética y Confidencialidad hacen parte integral del presente contrato. Las partes con la firma del presente contrato se obligan a no revelar, divulgar, exhibir, mostrar, comunicar, participar, anunciar, utilizar y/o emplear la información con persona natural o jurídica, en su favor o en el de terceros, que reciban de la otra parte y en consecuencia a mantenerla de manera confidencial y privada y a proteger dicha información para evitar su divulgación no autorizada, ejerciendo sobre esta el mismo grado de diligencia que utiliza para proteger información confidencial de su propiedad. **Parágrafo Primero**. Por la violación de la confidencialidad o el uso indebido de la información o Imagen Corporativa dará lugar al pago a cargo de la parte incumplida es decir del trabajador de una suma de 10 SMLMV sin perjuicio de que la parte afectada; especialmente la compañía CONTRATANTE, pueda adicionalmente, iniciar las acciones legales Penales y Civiles correspondientes; tendientes a obtener el resarcimiento de sus perjuicios así como las sanciones que establece el código Penal contra la persona natural, que ha cometido el hecho. La aplicación de esta cláusula se sujeta al cumplimiento del procedimiento previsto en el Código de Comercio Colombiano, el código penal y demás normas concordantes. **Parágrafo Segundo.** La vigencia de esta cláusula será por el término que dure el contrato y tres años más.

CLAUSULA DÉCIMA SEGUNDA: FORMA Y LIBERTAD DE ESTIPULACION DE PAGO DE PRESTACIONES SOCIALES: Las partes expresamente convienen que en el eventual caso de terminación de contrato de trabajo; sin importar su causa el EMPLEADOR tendrá el término de un mes calendario para el pago de la liquidación de prestaciones sociales y demás derechos que pudiera tener el TRABAJADOR al momento del finiquito de la relación laboral. Esta cláusula se pacta a fin de no constituirse sanción moratoria a cargo del EMPLEADOR; por estar las partes de común acuerdo en la fecha de pago NO se afecta el honor, la dignidad y los derechos mínimos del trabajador. Para ello el TRABAJOR se obliga a mantener activa la cuenta bancaria que usualmente maneja para el pago de la nómina. En el caso de no ser así el EMPELADOR cuenta con la facultad de realizar el pago a través de DEPOSITO JUDICIAL al Banco Agrario de Colombia, según las normas legales vigentes.

CLAUSULA DÉCIMA TERCERA: **VARIACIONES DEL CONTRATO**. Las partes podrán convenir que el trabajo se preste en lugar distinto del inicialmente contratado, siempre que tales traslados no desmejoren las condiciones laborales o de remuneración del TRABAJADOR, o impliquen perjuicios para él. Los gastos que se originen con el traslado serán cubiertos por el EMPLEADOR de conformidad con el número 8° del artículo 57 del Código Sustantivo de Trabajo. El TRABAJADOR se obliga a aceptar los cambios de oficio que decida el EMPLEADOR dentro de su poder subordinante, siempre que se respeten las condiciones laborales del TRABAJADOR y no se le causen perjuicios. Todo ello sin que se afecte el honor, la dignidad y los derechos mínimos del TRABAJADOR, de conformidad con el artículo 23 del Código Sustantivo de Trabajo, modificado por el artículo 1° de la Ley 50 de 1990.

CLAUSULA DECIMA CUARTA: EFECTOS: El presente contrato remplaza en su integridad y deja sin efecto a cualquiera otro contrato, verbal o escrito, celebrando entre las partes con anterioridad, pudiendo las partes convenir por escrito modificaciones al mismo, las que formarán parte integral de este contrato. Para constancia se firma en dos o más ejemplares del mismo tenor y valor, un ejemplar de los cuales recibe EL TRABAJADOR en este acto, y el otro reposara en las instalaciones de la compañía.

Este contrato ha sido redactado estrictamente de acuerdo con la ley y la jurisprudencia y será interpretado de buena fe y en consonancia con el Código Sustantivo de Trabajo cuyo objeto definido en el artículo 1°, es lograr la justicia en las relaciones entre el EMPLEADOR y los TRABAJADORES dentro de un espíritu de coordinación económica y equilibrio social.

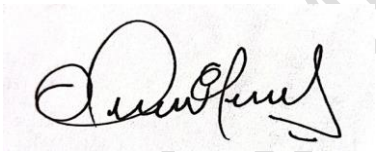
Para constancia se firma en **dos ejemplares del mismo tenor** y valor, ante testigos en la ciudad de Bogotá a los 01 de Septiembre de 2023

EL EMPLEADOR:



OMAR ENRIQUE SANCHEZ GONZALEZ
REPRESENTANTE LEGAL
ANCLA INGENIERIA S.A.S
NIT: 800113187 – 6

EL TRABAJADOR:



JOSE LUBIN GAMBOA TRUJILLO
DOCUMENTO:14.321.162
AYUDANTE DE OBRA

DOCUMENTO CONTROLADO

ANEXO 2

AYM CONSULTORÍA S.A.S
Nit: 901410673 - 4

PAGOS DE SEGURIDAD SOCIAL

SuAporte | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2023-09-08, 07:23:35 PM **Tipo Planilla:** E: PLANILLA EMPLEADOS EMPRESAS. **Numéro Planilla:** 65547775

Periodo Cotización: agosto de 2023 **Periodo Servicio:** septiembre de 2023

PAGADO 08/09/2023 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	JOSE ARGEON MORA SERRANO		
Documento	CC79257016	**Dirección**	CR 15C ESTE #22 - 22
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	5751523
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	30	**ARP**	ARL SURA

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																				Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 1007805234	WILMER JOSE RODRIGUEZ MOZO	01	00		X															0	27	27	27	27	(231001) COLFONDOS	$ 1.044.000	$ 167.100	(EPS037) NUEVA EPS	$ 1.044.000	$ 41.800	6,960	$ 1.044.000	$ 72.700	(CCF22) COLSUBSIDIO	$ 1.044.000	$ 41.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 323.400
CC 1007805237	WILSON DAVID RODRIGUEZ MOZO	01	00		X															0	27	27	27	27	(230201) PROTECCION	$ 1.044.000	$ 167.100	(EPS037) NUEVA EPS	$ 1.044.000	$ 41.800	6,960	$ 1.044.000	$ 72.700	(CCF22) COLSUBSIDIO	$ 1.044.000	$ 41.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 323.400
CC 1012339131	JUAN DAVID BELTRAN OCHOA	01	00	X																0	30	30	30	30	(230301) PORVENIR	$ 1.160.000	$ 185.600	(EPS017) FAMISANAR EPS	$ 1.160.000	$ 46.400	6,960	$ 1.160.000	$ 80.800	(CCF22) COLSUBSIDIO	$ 1.160.000	$ 46.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 359.200
CC 1022957328	PEDRO GERMAN SOTO DIAZ	01	00	X																0	30	30	30	30	(231001) COLFONDOS	$ 1.160.000	$ 185.600	(EPS002) SALUD TOTAL EPS	$ 1.160.000	$ 46.400	6,960	$ 1.160.000	$ 80.800	(CCF22) COLSUBSIDIO	$ 1.160.000	$ 46.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 359.200
CC 1030622345	ESTIBENSON SERRANO REYES	01	00																	0	30	30	30	30	(230201) PROTECCION	$ 1.160.000	$ 185.600	(EPS017) FAMISANAR EPS	$ 1.160.000	$ 46.400	6,960	$ 1.160.000	$ 80.800	(CCF22) COLSUBSIDIO	$ 1.160.000	$ 46.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 359.200
CC 1032455022	CARLOS ANDRES SERNA GALLEGO	01	00																	0	30	30	30	30	(230201) PROTECCION	$ 1.160.000	$ 185.600	(EPS017) FAMISANAR EPS	$ 1.160.000	$ 46.400	6,960	$ 1.160.000	$ 80.800	(CCF22) COLSUBSIDIO	$ 1.160.000	$ 46.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 359.200
CC 1067919250	OSCAR DAVID MEDRANO SUAREZ	01	00																	0	30	30	30	30	(230301) PORVENIR	$ 1.160.000	$ 185.600	(ESSC07) ASOCIACION MUTUAL SER	$ 1.160.000	$ 46.400	6,960	$ 1.160.000	$ 80.800	(CCF22) COLSUBSIDIO	$ 1.160.000	$ 46.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 359.200
CC 1069174298	FABIAN URQUIZA MUÑOZ	01	00		X															0	30	30	30	30	(230301) PORVENIR	$ 1.160.000	$ 185.600	(EPS041) NUEVA EPS S.A. MOVILIDAD	$ 1.160.000	$ 46.400	6,960	$ 1.160.000	$ 80.800	(CCF22) COLSUBSIDIO	$ 1.160.000	$ 46.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 359.200
CC 1069176654	NICOLAS SANCHEZ CANTE	01	00																	0	30	30	30	30	(230301) PORVENIR	$ 1.160.000	$ 185.600	(EPS017) FAMISANAR EPS	$ 1.160.000	$ 46.400	6,960	$ 1.160.000	$ 80.800	(CCF22) COLSUBSIDIO	$ 1.160.000	$ 46.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 359.200
CC 1072006349	EDDY ARMANDO PARRA RODRIGUEZ	01	00																	0	30	30	30	30	(230201) PROTECCION	$ 1.160.000	$ 185.600	(EPS037) NUEVA EPS	$ 1.160.000	$ 46.400	6,960	$ 1.160.000	$ 80.800	(CCF22) COLSUBSIDIO	$ 1.160.000	$ 46.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 359.200
CC 1073673919	SERGIO LUIS BELTRAN MORA	01	00																	0	30	30	30	30	(25-14) COLPENSIONES	$ 1.160.000	$ 185.600	(EPS017) FAMISANAR EPS	$ 1.160.000	$ 46.400	6,960	$ 1.160.000	$ 80.800	(CCF22) COLSUBSIDIO	$ 1.160.000	$ 46.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 359.200
CC 1082410491	DANY SAIR GUTIERREZ RODRIGUEZ	01	00		X															0	27	27	27	27	(230301) PORVENIR	$ 1.044.000	$ 167.100	(EPS037) NUEVA EPS	$ 1.044.000	$ 41.800	6,960	$ 1.044.000	$ 72.700	(CCF22) COLSUBSIDIO	$ 1.044.000	$ 41.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 323.400
CC 11510477	WALTER GERARDO ROJAS SEPULVEDA	01	00																	0	30	30	30	30	(230201) PROTECCION	$ 1.160.000	$ 185.600	(EPS002) SALUD TOTAL EPS	$ 1.160.000	$ 46.400	6,960	$ 1.160.000	$ 80.800	(CCF22) COLSUBSIDIO	$ 1.160.000	$ 46.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 359.200
CC 1233490149	EDWIN STIVEN MALAMBO AROCA	01	00																	0	30	30	30	30	(230301) PORVENIR	$ 1.160.000	$ 185.600	(EPS037) NUEVA EPS	$ 1.160.000	$ 46.400	6,960	$ 1.160.000	$ 80.800	(CCF22) COLSUBSIDIO	$ 1.160.000	$ 46.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 359.200
CC 19473046	DAGOBERTO MONROY PALMA	01	00																	0	30	30	30	30	(230201) PROTECCION	$ 1.160.000	$ 185.600	(EPS002) SALUD TOTAL EPS	$ 1.160.000	$ 46.400	6,960	$ 1.160.000	$ 80.800	(CCF22) COLSUBSIDIO	$ 1.160.000	$ 46.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 359.200
CC 3080739	JOSE HERIBERTO LOPEZ ROJAS	01	00																	0	30	30	30	30	(230201) PROTECCION	$ 1.160.000	$ 185.600	(EPS017) FAMISANAR EPS	$ 1.160.000	$ 46.400	6,960	$ 1.160.000	$ 80.800	(CCF22) COLSUBSIDIO	$ 1.160.000	$ 46.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 359.200
CC 3096187	ALFONSO LOPEZ LEON	01	00																	0	30	30	30	30	(25-14) COLPENSIONES	$ 1.160.000	$ 185.600	(EPS017) FAMISANAR EPS	$ 1.160.000	$ 46.400	6,960	$ 1.160.000	$ 80.800	(CCF22) COLSUBSIDIO	$ 1.160.000	$ 46.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 359.200
CC 4163664	HECTOR JAIME CUBIDES PARADA	01	03																	0	0	30	30	30	(NIN-AF) NINGUNA AFP	$ 0	$ 0	(EPS017) FAMISANAR EPS	$ 1.160.000	$ 46.400	6,960	$ 1.160.000	$ 80.800	(CCF22) COLSUBSIDIO	$ 1.160.000	$ 46.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 173.600
CC 46454654	MARIA GUADALUPE QUINTERO VELANDIA	01	00																	0	30	30	30	30	(230301) PORVENIR	$ 1.160.000	$ 185.600	(EPS017) FAMISANAR EPS	$ 1.160.000	$ 46.400	6,960	$ 1.160.000	$ 80.800	(CCF22) COLSUBSIDIO	$ 1.160.000	$ 46.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 359.200

Enlace Operativo, Línea Expertos en PILA: Barranquilla: 385 24 44 - Bogotá: 485 4485 - Bucaramanga: 697 87 27 - Cali: 485 9444 - Cartagena: 693 77 27 - Pereira: 340 13 27 - Manizales: 892 80 27 - Medellín: 604 2727 - Desde otras ciudades: 018000 51 99 77. Línea Ética: 018000 517806.

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

Pagado: 08/09/2023 **Empresa CC79257016 JOSE ARGEON MORA SERRANO** **Planilla Nro: 65547775** **Periodo Cotización: agosto de 2023** **Periodo Servicio: septiembre de**

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																			Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 4775886	CORPUS TUMBE SALAZAR	01	00	X	X															0	9	9	9	9	(230301) PORVENIR	$ 348.000	$ 55.700	(EPS010) EPS SURA	$ 348.000	$ 14.000	6,960	$ 348.000	$ 24.300	(CCF22) COLSUBSIDIO	$ 348.000	$ 14.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 108.000
CC 5935728	REINEL RIOS ZEA	01	00																	0	30	30	30	30	(25-14) COLPENSIONES	$ 1.160.000	$ 185.600	(EPS005) EPS SANITAS	$ 1.160.000	$ 46.400	6,960	$ 1.160.000	$ 80.800	(CCF22) COLSUBSIDIO	$ 1.160.000	$ 46.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 359.200
CC 7707238	DAVID BELTRAN PEÑA	01	00	X																0	3	3	3	3	(230201) PROTECCION	$ 116.000	$ 18.600	(EPS017) FAMISANAR EPS	$ 116.000	$ 4.700	6,960	$ 116.000	$ 8.100	(CCF22) COLSUBSIDIO	$ 116.000	$ 4.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 36.100
CC 79182716	JOSE ALFREDO QUEVEDO GUIO	01	00	X																0	29	29	29	29	(25-14) COLPENSIONES	$ 1.121.334	$ 179.500	(EPS005) EPS SANITAS	$ 1.121.334	$ 44.900	6,960	$ 1.121.334	$ 78.100	(CCF22) COLSUBSIDIO	$ 1.121.334	$ 44.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 347.400
CC 79309926	AURELIO AYALA HUERTAS	01	00																	0	30	30	30	30	(25-14) COLPENSIONES	$ 1.160.000	$ 185.600	(EPS005) EPS SANITAS	$ 1.160.000	$ 46.400	6,960	$ 1.160.000	$ 80.800	(CCF22) COLSUBSIDIO	$ 1.160.000	$ 46.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 359.200
CC 79547095	JOSE FRANQUIN MORA SERRANO	01	00																	0	30	30	30	30	(230201) PROTECCION	$ 1.160.000	$ 185.600	(EPS017) FAMISANAR EPS	$ 1.160.000	$ 46.400	6,960	$ 1.160.000	$ 80.800	(CCF22) COLSUBSIDIO	$ 1.160.000	$ 46.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 359.200
CC 79547096	OSCAR HERNANDO MORA SERRANO	01	00																	0	30	30	30	30	(230301) PORVENIR	$ 1.160.000	$ 185.600	(EPS002) SALUD TOTAL EPS	$ 1.160.000	$ 46.400	6,960	$ 1.160.000	$ 80.800	(CCF22) COLSUBSIDIO	$ 1.160.000	$ 46.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 359.200
CC 80740757	LISNEL ANTONIO OLAYA MARTINEZ	01	00																	0	30	30	30	30	(25-14) COLPENSIONES	$ 1.160.000	$ 185.600	(EPS017) FAMISANAR EPS	$ 1.160.000	$ 46.400	6,960	$ 1.160.000	$ 80.800	(CCF22) COLSUBSIDIO	$ 1.160.000	$ 46.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 359.200
CC 84082726	LUIS MANUEL PEÑARANDA CAMARGO	01	00																	0	30	30	30	30	(25-14) COLPENSIONES	$ 1.160.000	$ 185.600	(EPS037) NUEVA EPS	$ 1.160.000	$ 46.400	6,960	$ 1.160.000	$ 80.800	(CCF22) COLSUBSIDIO	$ 1.160.000	$ 46.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 359.200
PT 975468	GERMAN TORREALBA TONA	01	00																	0	30	30	30	30	(230301) PORVENIR	$ 1.160.000	$ 185.600	(EPS017) FAMISANAR EPS	$ 1.160.000	$ 46.400	6,960	$ 1.160.000	$ 80.800	(CCF22) COLSUBSIDIO	$ 1.160.000	$ 46.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 359.200
PT 993685	WILMER JOSE PEROZO	01	00																	0	30	30	30	30	(230301) PORVENIR	$ 1.160.000	$ 185.600	(EPS017) FAMISANAR EPS	$ 1.160.000	$ 46.400	6,960	$ 1.160.000	$ 80.800	(CCF22) COLSUBSIDIO	$ 1.160.000	$ 46.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 359.200

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 31.397.334	$ 32.557.334	$ 32.557.334	$ 32.557.334	$ 5.023.900	$ 1.302.600	$ 2.267.800	$ 1.302.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 9.896.900	$ 54.900	$ 9.951.800

Enlace Operativo, Línea Expertos en PILA: Barranquilla: 385 24 44 - Bogotá: 485 4485 - Bucaramanga: 697 87 27 - Cali: 485 9444 - Cartagena: 693 77 27 - Pereira: 340 13 27 - Manizales: 892 80 27 - Medellín: 604 2727 - Desde otras ciudades: 018000 51 99 77. Línea Ética: 018000 517806.

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.