CONTRATO INDIVIDUAL DE TRABAJO POR LA DURACION DE UNA OBRA O LABOR DETERMINADA

EMPLEADOR	**:**	**CLAUDIA ROCIO GOMEZ PERDOMO**
DIRECCION	**:**	**KRA 82 A NO 6B-74**
NOMBRE DEL TRABAJADOR	**:**	**YENNY ALEXANDRA BATIOJA CUASTUMAL**
IDENTIFICACION	**:**	**19.334.836**
CARGO A DESEMPEÑAR	**:**	**AUXILIAR DE CONSTRUCCION.**
SALARIO	**:**	**$ 1.300.000**
SUBSIDIO DE TRANSPORTE	**:**	**$ 43.333**
VALOR EN LETRAS	**:**	**$1.343.333**
PERIODO DE PAGO	**:**	**MES VENCIDO**
LUGAR DE CONTRATACION	**:**	**BOGOTA D.C.**
FECHA INICIAL DE LABORES	**:**	**06-febrero 2023.**

Entre nosotros **CLAUDIA ROCIO GOMEZ PERDOMO**, mayor de edad, con domicilio en la ciudad de Bogotá D.C., identificado como aparece al pie de mi firma, obrando a nombre propio quien en el presente contrato se denominara EL EMPLEADOR, de un lado y del otro, la persona natural determinada en el encabezamiento del presente contrato, quien es mayor de edad, tiene su domicilio en la ciudad de Bogotá D.C., y se identifica como aparece al pie de su firma, quien en adelante se denominara EL TRABAJADOR, hemos acordado celebrar el presente contrato individual de trabajo por el tiempo que dure la obra o labor determinada, (Art. 45 del C.S.T.) regido en lo general por las Normas Laborales aplicables a este tipo de contratos y en lo particular, por las siguientes clausulas:

PRIMERA:OBJETO:EL EMPLEADOR contratara los servicios personales de EL TRABAJADOR y este se obliga a incorporar todo su conocimiento y capacidad laboral al servicio de EL EMPLEADOR en forma exclusiva desempeñando las funciones propias de la labor y/o obra para la que se ha contratado y demás labores conexas asignadas por EL EMPLEADOR, observando principalmente las siguientes conductas: **a)** A no prestar directa o indirectamente servicios laborales a otros EMPLEADORES, ni a trabajar por cuenta propia en el mismo oficio durante la vigencia de este contrato; **b)** A guardar absoluta reserva sobre los hechos, documentos físicos y/o electrónicos, informaciones y en general, sobre todos los asuntos y materias que lleguen a su conocimiento por causa o con ocasión de su contrato de trabajo. **SEGUNDA: REMUNERACION.**EL EMPLEADOR pagara al TRABAJADOR por la prestación de sus servicios el salario arriba indicado, junto con el auxilio de movilización pactado, pagadero en las oportunidades allí mismo señaladas. Dentro de este pago se encuentra incluida la remuneración de los descansos dominicales y festivos de que tratan los capítulos I,II y III del título VIII del C.S.T. **Parágrafo:** Las partes de común acuerdo y de conformidad con los artículos 15 y 16 de la Ley 50/90, en concordancia con el art.17 de la Ley 334/96, establecen que todos los beneficios diferentes a salarios recibidos por EL TRABAJADOR, por concepto de alimentación, habitación o vivienda, transporte, movilización y vestuario no tendrán naturaleza salarial y/o prestacional, y por lo tanto no se tendrán en cuenta como factor salarial para la liquidación de acreencias laborales, ni para la liquidación de los pagos de aportes parafiscales; ni para la liquidación de las cotizaciones a la seguridad social. **TERCERA: DEFINICION DE PAGOS NO SALARIALES:** Las partes de común acuerdo y de conformidad con los art. 15 y 16 de la Ley 50/90, en concordancia con el art.17 de la Ley 344/96, acuerdan que los siguientes beneficios o reconocimientos no tendrán naturaleza salarial y/o prestacional, y por lo tanto no se tendrán en cuenta como factor salarial para la liquidación de acreencias laborales, ni el pago de aportes. **CUARTA: JORNADA DE TRABAJO:** Con fundamento en el literal del art.51 de la Ley 789 del 27 de Diciembre de 2002, EL TRABAJADOR conviene con EL EMPLEADOR a partir de la fecha de su implementación, la realización de una jornada laboral flexible de 48 horas semanales que se desarrollara entre las 7:00 am y las 5:00 pm, de Lunes a Viernes y los Sábados de 7:00am a 12:00 m. según la programación señalada en cada caso por la empresa, dependiendo de las necesidades del servicio sujeto a disponibilidad los días domingos remunerados. **QUINTA: DURACION DEL CONTRATO:** El presente contrato se celebra por el tiempo que dure la realización de la obra o labor contratada, que consiste en el desarrollo de las obras de perforación sin zanja TUNEL LINNER, en la ciudad de Villavicencio, y municipios aledaños, de acuerdo con las condiciones generales que se señalan al inicio de este contrato. **SEXTA: PERIODO DE PRUEBA:** Los primeros dos (2) meses del presente contrato se consideran como periodo de prueba y por consiguiente, cualquiera de las partes podrá darlo por terminado

unilateralmente en cualquier momento durante dicho periodo, sin que se cauce indemnización alguna. SEPTIMA: **OBLIGACIONESY PROHIBICIONES:** En relación con la actividad propia de EL TRABAJADOR, este la ejecutara acatando las siguientes obligaciones y prohibiciones: **a)** Observar rigurosamente las normas que le fije EL EMPLEADOR, para la realización de la labor a que se refiere el presente contrato de trabajo. **b)** Guardar absoluta reserva, salvo autorización expresa de EL EMPLEADOR, a todas aquellas informaciones que lleguen a su conocimiento, en razón a su trabajo, y que sean por naturaleza privadas, en beneficio de los intereses de EL EMPLEADOR. **c)** Ejecutar por sí mismo las funciones asignadas y cumplir estrictamente las instrucciones que le sean dadas por EL EMPLEADOR o por quienes lo representen, respecto al desarrollo de sus actividades. **d)** Conservar y restituir en buen estado, salvo el deterioro normal, los instrumentos, uniformes y útiles que le sean entregados, para el ejercicio de las funciones así como los que posteriormente se le asignen. **e)** No tomar el nombre de EL EMPLEADOR para contraer obligaciones. **f)** Cuidar permanentemente los intereses y bienes de EL EMPLEADOR, así como los equipos asignados para el desempeño de sus funciones. **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 efectué EL EMPLEADOR a las cuales hubiera sido citado. Adicionalmente deberá generar los reportes periódicos de su cargo. **i)** Observar una completa armonía y comprensión con los clientes, con sus superiores y compañeros de trabajo, en sus relaciones personales y en la ejecución de su labor. **j)** Cumplir permanentemente con el espíritu de lealtad, colaboración y disciplina con EL EMPLEADOR y **k)** Deberá avisar a EL EMPLEADOR todo cambio de dirección, teléfono o ciudad de residencia, en forma escrita inmediatamente se verifique el cambio. **OCTAVA: TERMINACION UNILATERAL:** Además del incumplimiento de cualquiera de los compromisos estipulados anteriormente, son también justas causas para dar por terminado unilateralmente este contrato, por considerarse faltas graves: **a)** La violación por parte de EL TRABAJADOR de cualquiera de las obligaciones legales, contractuales y reglamentarias. **b)** La no asistencia puntual al trabajo o a una etapa completa de la jornada de trabajo, sin excusa suficiente a juicio de EL EMPLEADOR. **c)** La revelación de secretos o datos reservados de EL EMPLEADOR. **d)** Las desavenencias con sus compañeros de trabajo; y **e)** El hecho de que EL TRABAJADOR llegue al lugar de trabajo bajo el influjo de bebidas alcohólicas, drogas psicotrópicas, o alucinógenas, o las ingiera en el sitio de trabajo. Adicionalmente son justas causas para dar por terminado unilateralmente este contrato, por cualquiera de las partes, las enumeradas en los arts 62 y 63 del C.S.T., modificados por el art.7 del Decreto 2351/65 y además, por parte de EL EMPLEADOR , las faltas que para el efecto se califiquen como graves en el Reglamento Interno de Trabajo y demás documentos que contengan, ordenes, instrucciones o prohibiciones de carácter general o particular, pactos, convenciones colectivas, laudos arbitrales y las que expresamente convengan calificar así en escritos que formaran parte integrante del presente contrato. Expresamente se califican en este acto como faltas graves la violación a las obligaciones y prohibiciones contenidas en las clausulas PRIMERA y TERCERA del presente contrato. **NOVENA: MODIFICACION DE LAS CONDICIONES LABORALES:** EL TRABAJADOR acepta dese ahora expresamente todas las modificaciones determinadas por EL EMPLEADOR, en ejercicio de su poder subordinante, de las condiciones laborales, tales como los turnos y jornadas de trabajo, el lugar de prestación de servicio, el cargo u oficio y/o funciones y la forma de remuneración, siempre que tales modificaciones no afecten su honor , dignidad o sus derechos mínimos ni impliquen desmejoras sustanciales o graves perjuicios para él, de conformidad con lo dispuesto por el art.23 de C.S.T., modificado por el art.1 de la Ley 50/90. EL TRABAJADOR realizara la gestión o labor encomendada en la zona o región que se le asigne para desempeñar sus funciones, y que inicialmente será la que se dejó plasmada en el encabezamiento de este contrato. EL TRABAJADOR acepta que EL EMPLEADOR se reserva la facultad de trasladarlo a cualquiera de las ciudades, zonas o regiones que tengan establecidas dentro del territorio nacional. La aceptación de este traslado por parte de EL 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 EL EMPLEADOR ordene, no podrá tomarse como modificación de las condiciones laborales pactadas. En todo caso de modificación, variación, cambio, adición o alteración del sitio o lugar donde EL TRABAJADOR vaya inicialmente a prestar sus servicios o los cambios o modificaciones que posteriormente se hagan durante la vigencia del contrato, las hará saber EL EMPLEADOR al TRABAJADOR por escrito. Queda entendido que el traslado no implica modificación del salario, pero EL TRABAJADOR acepta que las condiciones ambientales, tales como ciudades, costos de educación y alimentación, vida social, etc, pueden ser diferentes, lo cual no implica por parte de EL EMPLEADOR modificación alguna de las condiciones de trabajo, pues ello corresponde a un riesgo propio de la actividad laboral o naturaleza del cargo y porque, además son circunstancias que tanto EL EMPLEADOR como EL TRABAJADOR prevén la buena fe, en el momento de suscribir este contrato. **NOVENA: PRESTACION SOCIALES:** EL TRABAJADOR tendrá derecho a las prestaciones sociales reconocidas por la ley en su favor, siempre y cuando cumpla los requisitos establecidos en cada caso. EL TRABAJADOR estará adecuadamente informado que de acuerdo con las normas de Seguridad Social que rigen en Colombia, el pago de ciertas prestaciones económicas derivadas de la enfermedad, de la vejez y de la invalidez, requieren de un mínimo de cotizaciones a la Seguridad Social, pagadas por EL TRABAJADOR y EL EMPLEADOR. Así las cosas, EL TRABAJADOR entiende y acepta que EL EMPLEADOR no tiene ninguna obligación de pagar dichas prestaciones económicas, mientras EL TRABAJADOR no haya completado el mínimo de cotizaciones exigidas por las normas aplicables. **DECIMA: VALIDEZ DEL CONTRATO:** Las partes manifiestan que reconocen validez a las estipulaciones convenidas en el presente contrato de trabajo, que es el único vigente entre ellas, reemplazando y desconociendo cualquier otro verbal o escrito anterior. Las partes convienen que en este contrato se entienden incorporadas todas las disposiciones del Reglamento Interno de Trabajo que rige en la empresa EMPLEADORA. Por ausencia de las labores o el empleado no cumpla con su función para lo que fue contratado, se descontará el valor de los cursos pagados por la empresa.

Para constancia se firma en dos ejemplares del mismo tenor y valor, ante testigos, un ejemplar de los cuales recibe EL TRABAJADOR en este acto, en la ciudad de Bogotá, al 6 de febrero del año 2024.

EL EMPLEADOR **EL TRABAJADOR**

CLAUDIA ROCIO GOMEZ 52854244 **YENNY ALXANDRA BATIOJA CUASTUMAL C.C 52.383.405**

JENNY ALEXANDRA BATIOJA CUASTUMAL
Calle 9A bis No. 8A – 33 - Barrio Vitelma.
Tel: 3919060
Cel.: 3186604459-3194358454
Email: jabc91@ Yahoo .es



PERFIL PROFESIONAL

Persona calificada, con una formación integral, capaz de asumir con idoneidad, profundo sentido ético y de servicio social, las diferentes funciones y tareas asignadas.

OBJETIVO PROFESIONAL

Desarrollar al máximo mis actitudes y capacidades para ejecutar y desempeñar óptimamente las actividades emprendidas, así como mi proyección personal y profesional en beneficio propio y del ente económico.

Establecer relaciones interpersonales que brinden calidad humana y aseguren un buen ambiente laboral, basado en la colaboración y apoyo del trabajo en grupo, para garantizar la optimización en la ejecución de las actividades asignadas y la consecución de las metas propuestas.

INFORMACIÓN PERSONAL

Estado Civil	*Soltera*
Personas a Cargo:	*1 (Uno).*
Nacionalidad	*Colombiana*
Cédula de Ciudadanía	*52’383.405 de Bogotá*
Lugar de Nacimiento	*Bogotá*

EXPERIENCIA Y LOGROS

EMPRESA:	***ENRIQUE BATIOJA MARTINEZ***
JEFE INMEDIATO:	***CALDERISTA ENRIQUE BATIOJA***
CONTACTO:	***3108879634***
CARGO:	***AUXILIAR DE MANTENIMIENTO DE CALDERAS***
FECHA:	***JUN 2023-DIC 2023***

EMPRESA CALORTHER	
JEFE INMEDIATO:	***ING. LUIS HERNAN RAMIREZ***
CONTACTO:	***3132302970***
CARGO:	***AUXILIAR DE MANTENIMIENTO DE CALDERAS***
FECHA:	***MAYO 2022-MAYO 2023***

ESTUDIOS REALIZADOS

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA	***Tecnología en Formulación de Proyectos*** *Jun de 2010-Jun de 2012*
LICEO FEMENINO DE CUNDINAMARCA E ICFES	***Bachiller Académico.*** *Nov 1998*

REFERENCIAS

MILENA BATIOJA	***ANALISTA DE AUTORIZACIONES MEDICAS*** ***3107568313***
XIOMARA PIRAGAUTA	***ASISTENTE ADMINISTRATIVA*** ***3203285976***

JENNY ALEXANDRA BATIOJA CUASTUMAL
C.C No. 52'383.405 de Bogotá
Cel: 3194358454

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Famisanar EPS
NIT 830.003.564-7

9010800871
9010800871

No. de Radicación: 27377356

Fecha de Radicación: 01 02 2024

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: BATIOJA	Segundo Apellido: CUASTUMAL	Primer Nombre: JENNY	Segundo Nombre: ALEXANDRA

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CC	52383405	Femenino [X] Masculino [ ]	D D 08 M M 07 A A A A 1978

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		
$1.300.000	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	Datos complementarios 29. Parentesco	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 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)
TRANSPORTE EMPRESARIAL	NT	901069390	

39. Ubicación	Teléfono	Correo electrónico	Municipio / Distrito	Departamento
AVENIDACALLE 145 101 12 OF	6560443		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 [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 Femenino	Masculino	Fecha de nacimiento	42. Fecha novedad
		[ ]	[ ]	D D M M A A A A	D D 01 M M 02 A A A A 2024

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 OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

JENNY ALEXANDRA BATIOJA CUASTUMAL, identificado(a) con cédula de ciudadanía **52.383.405**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 1 de Febrero del 2024.

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.

AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.
ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
Nit. 860.002.183 – 9

CERTIFICA

Que el afiliado relacionado a continuación se encuentra vinculado con nuestra compañía bajo la afiliación No. 300035 correspondiente a la empresa Transporte Empresarial Turistico Y Asoci.

Nombre	T. I	Número de Identificacion	Fecha de inicio cobertura	Clase de Riesgo	Tasa de Riesgo Centro de trabajo	Centro de trabajo
JENNY ALEXANDRA BATIOJA CUASTUMAL	C.C.	52,383,405	02/02/2024	RIESGO IV	4.350	CENTRO DE TRABAJO 4

Cordialmente,

FREDY CEBALLOS MONTANA
LIDER DE OPERACIONES NO MONETARIOS
AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.

La presente se expide a través de la página de internet www.axacolpatria.co, el jueves 01 de febrero de 2024 a las 03:59:11 p.m.

Cualquier información adicional que requieran sobre el particular, pueden solicitarla a través de nuestra línea nacional 018000-512620 ó en Bogotá 4235757.

ORG TOTAL S.A.S.
1ALTURAS S.A.S.
Nit 901161844-8
Lic. SST No.5162/2018
1alturas.com.co

certifica que:

JENNY ALEXANDRA BATIOJA CUASTUMAL

Identificado con la Cedula de Ciudadanía **No.: 52383405**

Empresa: CLAUDIA ROCIO GOMEZ PERDOMO
NIT o CC: 52854244-4
Contratante: CLAUDIA ROCIO GOMEZ PERDOMO
ARL: POSITIVA

Asistió y Aprobó el programa de formación complementaria para trabajo seguro en alturas en cumplimiento a las Resoluciones 4272 de 2021 y demás normas complementarias.
Certificación **NTC. 6072** de **2014** No. **CO21.01747** de Bureau Veritas.
Acreditado ONAC **09-CPR-008** Bajo la autorización del Ministerio de Trabajo:
No. COR08SE2018220000000034868

TRABAJADOR AUTORIZADO

Realizado en Bogotá Con Una Intensidad de 32 Horas.
Del 29 de Ene. al 1 de Feb. de 2024

Por lo cual se le otorga el presente Certificado de Capacitación y Entrenamiento para Trabajo en Alturas

Dado en Bogotá, D.C. A los (1) días del mes de Febrero de (2024)

cursodealturas.com.co

Jose Orlando Franco Rodriguez
Lic SST No. 5202/Abril 2018
Representante Legal

Fausto Antonio González Gómez
Lic SST No. 4725/septiembre2022
Entrenador

022024-1157
CONSECUTIVO

1ALTURAS

BIOMEDICAL COLOMBIA SAS
LICENCIA SST Res N° 10942/2016 según Res N°2346 MPS
3167835660
info@biomedicalcolombia.com
www.biomedicalcolombia.com

BIO MEDICAL
CENTRO MEDICO LABORAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
27/01/2024			**BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C.)**	**PREOCUPACIONAL OSTEOMUSCULAR CON ENFASIS EN ALTURAS**
Dia	**Mes**	**Año**	Ciudad	

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE	
Nombre de la empresa	Orden medica N°
CLAUDIA ROCIO GOMEZ PERDOMO NIT: 52854244-4	**30751**

Nombres y Apellidos	Genero	Edad	**Documento de Identificación**	
JENNY ALEXANDRA BATIOJA CUASTUMAL	FEMENINO	45 AÑOS	CC	52383405

Cargo a desempeñar:	MANTENIMIENTO DE CALDERAS

CONCEPTO DE APTITUD	**APTO PARA EL CARGO, PUEDE LABORAR EN ALTURAS**
APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS	**SI**

RESTRICCIONES LABORALES	**TIPO**	**RECOMENDACIONES**
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL	✓	PERFIL LIPIDICO-GLICEMIA	✓
PRUEBAS NEUROLOGICAS CLINICAS	✓	PSICOTEST DE ALTURAS	✓
OPTOMETRIA	✓	AUDIOMETRIA	✓

RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	**HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES**
USO DE EPP	HÁBITOS DE ESTILO DE VIDA SALUDABLES
PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
CAPACITACIÓN E INDUCCIÓN	HACER DEPORTE
	DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

NO PRESENTA MORBILIDADES PREEXISTENTES IDENTIFICADAS COMO FACTORES DE RIESGO PARA COVID 19 SEGÚN CIRCULAR 030 DE 2020

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor (a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y prop ósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretaci ón, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realizaci ón de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y ver ídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislaci ón vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislaci ón, igualmente para que remitan la Historia Cl ínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he le ído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Jim Roger Sánchez Benavidez
Medico ocupacional
R.M 79762200 S.S.B

BIO MEDICAL
CENTRO MEDICO LABORAL

JENNY ALEXANDRA BATIOJA CUASTUMAL

FIRMA MEDICO OCUPACIONAL LICENCIA S.O 9211 10/04/16	**D.I:**	**52383405**	**HUELLA**

LA CAJA COLOMBIANA DE SUBSIDIO FAMILIAR

COLSUBSIDIO

HACE CONSTAR:

Que el(la) señor(a) JENNY ALEXANDRA BATIOJA CUASTUMAL identificado(a) con CC No. 52383405, se encuentra afiliado(a) a esta Caja de Compensación Familiar, a través de TRANSPORTE EMPRESARIAL TURISTICO Y ASOCIADOS SAS con NIT 9010693903:

- Fecha de afiliación a la Caja: 01/02/2024.
- Fecha de ingreso a la empresa: 01/02/2024.



JOSÉ LEONARDO GONZÁLEZ VEGA
Jefe de Sección Afiliación y Postulación

Bogotá D.C. 01/02/2024

VIGILADO SuperSubsidio

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **52.383.405**
BATIOJA CUASTUMAL

APELLIDOS
JENNY ALEXANDRA

NOMBRES

Jenny A. Batioja C.

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **08-JUL-1978**
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

26-AGO-1996 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00019301-F-0052383405-20080703 **0000**743823A 1 1380007979