SERVILIMA	CONTRATO DE TRABAJO	CÓDIGO:TH-FM-006
		VERSION: 2
		FECHA: 15-08-2018

POR EL TIEMPO QUE DURE LA OBRA O LABOR CONTRATADA

N° CONTRATO: 20113

Nombre del Empleador SERVILIMA S.A.S. **Domicilio:** calle 98 a # 61-77

Nombre del Trabajador: VALENTINA RAMOS AGUDELO **Cédula:1.001.298.886**

Lugar y fecha de nacimiento: BOGOTA – 23 DE ABRIL 2002

Dirección del TRABAJADOR: *CARRERA 93 D No. 6 A 15* **Teléfono fijo:**N/A

Celular: 3002178492

Labor que desempeñará el Trabajador: AUXILIAR COCINA

Número de días a Trabajar semanalmente: 6 SEMANALES **Horas diarias a trabajar SIETE PUNTO OCHENTA Y CUATRO** (7.84)

Salario Mes $1.160.000. (UN MILLON CIENTO SESENTA MIL PESOS MCTE)

Cargo: AUXILIAR COCINA FUNDACION OTERO LIEVANO

Periodo de Pago: Mensual

Fecha de iniciación de labores: 20/10/2023 Ciudad donde desempeñara las labores: BOGOTÁ, COLOMBIA ACTIVIDAD O LABOR CONTRATADA: El propósito de este contrato a duración de la obra o labor contratada, consiste :**AUXILIAR COCINA FUNDACION OTERO LIEVANO**

La prestación de este servicio será hasta que la empresa o el cliente lo decida.

Entre EL EMPLEADOR y EL TRABAJADOR, de las condiciones ya dichas, identificados como aparece al pie de sus firmas, se ha celebrado el presente contrato, regido a demás por el Reglamento Interno de Trabajo y de la Ley por las siguientes cláusulas:

1ª.EL EMPLEADOR contrata los servicios personales del TRABAJADOR para los efectos que trata el artículo 13 del decreto 2676 de 1971, el TRABAJADOR por lo tanto se obliga: **a)** A poner al servicio de la persona beneficiaria de su trabajo, toda su capacidad normal de trabajo, en el desempeño de las funciones propias arriba mencionadas, así como en las labores anexas y complementarias del mismo, de conformidad con las ordenes e instrucciones que le imparta EL EMPLEADOR o sus representantes y ajustándose a las sugerencias que la empresa beneficiaria del servicio tengan a bien señalarle **y b)** A no prestar directa ni indirectamente servicios laborales a otros EMPLEADORES, ni a trabajar por cuenta propia y bajo cualquier forma contractual en actividades iguales o semejantes, durante sus horas de trabajo, mientras dure la vigencia de este contrato.

2ª.La duración del presente contrato está sujeto al tiempo que dure la actividad o labor contratada por la Empresa beneficiaria del servicio, o por la solicitud de la empresa beneficiaria del servicio, señalada en este documento, de cambio de la persona que presta el servicio, de conformidad con el artículo 45 del código sustantivo de trabajo.

3ª.EL EMPLEADOR pagará al TRABAJADOR el salario indicado arriba, pagadero también en la oportunidad señalada arriba. Dicho salario se liquidará con base en las horas efectivamente laboradas por el trabajador según la Planilla de Horarios que para tal efecto elabora el Supervisor, debidamente aprobada por el Cliente y el Empleador.

4ª. Todo trabajo suplementario o en horas extras y todo trabajo festivo en los que legalmente debe concederse descanso mientras no sea labor que según la Ley o contrato a de ejecutarse así, debe autorizarlo la Empresa Beneficiaria o El Empleador previamente por escrito. Cuando la necesidad de este trabajo se presente de manera imprevista o inaplazable, deberá darse cuenta de el por escrito, a la mayor brevedad, la cual deberá tener firma del Administrador o Responsable del sitio de trabajo en el que se prestó el servicio, en consecuencia, no se reconocerá ningún trabajo suplementario o en día de descanso legalmente obligatorio que no haya sido autorizado previamente o autorizado y avisado, como queda dicho.

5ª.EL TRABAJADOR se obliga a laborar ordinariamente en los turnos y dentro de las horas señaladas por el EMPLEADOR conforme al horario de trabajo vigente en la Empresa Beneficiaria y por lo tanto beneficiaria del trabajo del Trabajador. LA EMPRESA podrá hacer los ajustes o cambios de horarios cuando así lo estime conveniente. Por el acuerdo expreso a tácito de las partes podrán repartirse las horas de jornada ordinaria en la forma prevista en el Articulo 164 del C.S. del T., modificado por el Art. 23 de la Ley 50/90, así mismo podrán acordar el cambio a jornadas diarias flexibles en la forma prevista en el Artículo 51 de la L.789/2002, del C.S. del T., teniendo en cuenta que los tiempos de descanso entre las secciones de la jornada de ocho (08) horas no se computan dentro de la misma, según el Art. 167 del mismo código.

6ª.Son justas causas para dar por terminado unilateralmente este contrato por cualquiera de las partes, las enumeradas en el Art. 7º del 0Decreto 2351 de 1965 y por el Reglamento Interno de Trabajo aprobado por el Ministerio de trabajo y Seguridad Social según Resolución Nº 003525 del 21 de Noviembre de 1996 el cual está expuesto en las instalaciones de EL EMPLEADOR y que el TRABAJADOR declara conocer y aceptar, además se consideran como justas causas para dar termino unilateralmente al presente contrato las siguientes faltas que se califican como graves para tal efecto: 1. La adulteración de cualquier clase de documento de EL EMPLEADOR o Empresa Beneficiaria, tales como Planillas de horario, reembolsos, facturas, cuentas de cobro, certificaciones médicas o incapacidades. 2. Ausentarse en horas laborales del sitio de trabajo e ingresar a los apartamentos de los residentes, sin autorización del cliente y/o beneficiario del servicio 3. Retirar de las instalaciones de la Empresa o de la Empresa Beneficiaria documentos y/o mercancía e implementos del cliente sin autorización expresamente para ello. 4. Rechazar sin causa justificada la realización de trabajos extraordinarios o suplementarios solicitados por EL EMPLEADOR, su representante o persona competente para hacerlo. 5. No acatar órdenes, instrucciones y recomendaciones sobre la Seguridad, Vigilancia y Seguridad Industrial en las instalaciones de la Empresa y en las de la Empresa Beneficiaria. 6. Cualquier violación al Código de Ética de la Empresa Beneficiaria.
7ª.El trabajador acepta desde ahora los traslados de lugar de trabajo y cambios de actividad que decida el EMPLEADOR.

8ª.Los dos (02) primeros meses del presente contrato se consideran como periodo de prueba

9ª. El presente contrato reemplaza en su integridad y deja sin efecto alguno cualquier otro contrato verbal o escrito celebrado entre las partes con anterioridad. Las modificaciones que se acuerden al presente contrato se anotaran a continuación de su texto.

Para constancia se firma en dos ejemplares del mismo tenor y valor en la ciudad de BOGOTA al 12/10/2023

EL EMPLEADOR
NIT: 800246091-9

Valentina Ramos
EL TRABAJADOR
C.C. 1001298886

EPS Sanitas

Nuestro compromiso es contigo

CE-006 - 0000000100 – 2024

CERTIFICA

Que la(s) persona(s) relacionada(s) a continuación está(n) o ha(n) estado afiliada(s) a

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 1001298886
NOMBRES Y APELLIDOS	Ramos Agudelo,Valentina
TIPO DE AFILIADO	Titular
TIPO DE TRABAJADOR	Dependiente
FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN	17/04/2022
ESTADO DE AFILIACIÓN	Vigente
ESTADO DE SERVICIO	Habilitado
REGIMEN	Contributivo

La presente se expide a nombre de Ramos Agudelo,Valentina , a los 15 días del mes de mayo del año 2024.

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

Banny Yeritza Sarmiento Vanegas
Coordinador Gestión de la Afiliación

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

E.P.S. Sanitas
Organización Sanitas Internacional
NIT. 900.251.440-6
CODIGO 005. República de Colombia - SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

200013121

Fecha de Radicación

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 [X]
2. Tipo de Afiliación: A. Individual - Cotizante o Cabeza de Familia [X] B. Colectiva [ ] D. De Oficio [ ] - Beneficiario o Afiliado adicional [ ] C. Institucional [ ]
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			
RAMOS	AGUDELO	VALENTINA	
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CC	1001298886	Femenino [X] Masculino	

III - DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBEN	14. Grupo de población especial
	Tipo: Condición:		

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso Base de Cotización - IBC
SURA		1.160.000

18. Residencia Dirección	Teléfono Fijo	Teléfono Celular	Correo Electrónico
Carrera 93 D No. 6 A 15		3002178492	valentinaramosagudelo@gmail.com

Municipio / Distrito	Zona	Localidad / Comuna	Departamento
BOGOTA	Urbana [X] Rural [ ]		BOGOTA

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 [ ]	

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

Datos complementarios

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

	32. Datos de residencia Municipio / Distrito	Zona Urbana	Zona Rural	Departamento	Teléfono fijo y/o Celular	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (A registrar por la E.P.S.)
B1						
B2						
B3						
B4						
B5						

Selección de la I.P.S. Primaria

	34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS	Código de la IPS (A registrar por la E.P.S.)
C	C M ZONA IN LOCAL 100	
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 (A registrar por la E.P.S.)
SERVILIMA	N T	800246091	

39. Ubicación Dirección	Teléfono Fijo	Correo Electrónico	Municipio / Distrito	Departamento
			BOGOTA	BOGOTA

Powered by CamScanner

200013121

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

- [ ] 1. Modificación datos básicos de identificación
- [ ] 2. Corrección de datos básicos de identificación
- [ ] 3. Actualización del documento de identidad
- [ ] 4. Actualización y corrección de datos complementarios
- [ ] 5. Terminación de la inscripción en la EPS
  - Código [ ]
- [ ] 6. Reinscripción en la EPS
- [ ] 7. Inclusión de beneficiarios o de Afiliados adicionales
- [ ] 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- [x] 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar
- [ ] 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando
- [ ] 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- [ ] 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- [ ] 13. Movilidad
  - [ ] A. Régimen Contributivo
  - [ ] B. Régimen Subsidiado
- [ ] 14. Traslado
  - [ ] A. Mismo Régimen
  - [ ] B. Diferente Regimen
- [ ] 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	Sexo: Masculino	Fecha de Radicación	42. Fecha
[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]		[ ]	[ ]		20 10 2023

43. EPS Anterior	44. Motivo de Traslado	45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones
SANITAS ACTIVO	Codigo [ ]	

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 Excepcion
- [ ] 48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios
- [ ] 49. Declaración de NO internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiario o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud
- [ ] 50. Autorización para que la E.P.S. 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 E.P.S. reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran
- [ ] 52. Autorización para que la E.P.S. 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 E.P.S. envíe información al correo electrónico o al celular como mensaje de texto

VIII. FIRMAS

54. El cotizante, cabaza de familia o beneficiario	55. El Empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio
Valentina Ramos	Viviana Vargas

IX. ANEXOS

- [ ] 56. Anexo copia del documento de identidad — Cantidad: CN [ ] RC [ ] TI [ ] CC [ ] CE [ ] PA [ ] CD [ ] SC [ ] Total [ ]
- [ ] 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente
- [ ] 58. Copia del Registro Civil de Matrimonio o de la Escritura Pública, Acta de Conciliación o Sentencia Judicial que declare la unión marital
- [ ] 59. Copia de la Escritura Pública o Sentencia Judicial que declare el divorcio, Sentencia Judicial que declare la separación de cuerpos y Escritura Pública, Acta de Conciliación o Sentencia Judicial que declare la terminación de 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 que conste la pérdida de la patria potestad o el Certificado de Defunción de los padres o la Declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres
- [ ] 63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud
- [ ] 64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- [ ] 65. Copia del Acto Administrativo o Providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial: Código del Municipio	Código del Departamento	67. Datos del SISBEN: Numero de 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 de documento de identidad	Número del documento de identidad	71. Firma del funcionario
[ ] [ ] [ ] [ ] [ ]		

Observaciones: 01

E.P.S. Sanitas

Nombre y documento de identidad del ejecutivo comercial	Sello de radicación	Sticker procesamiento
JEYSON MORA C.C. No. 1022966550	RECIBIDO PARA VERIFICACIÓN POR EPS FECHA 20/10/2023	

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

Powered by CamScanner

EPS Sanitas

Nuestro compromiso es contigo

CE-006 - 0000000100 – 2023

CERTIFICA

Que la(s) persona(s) relacionada(s) a continuación está(n) o ha(n) estado afiliada(s) a

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 1001298886
NOMBRES Y APELLIDOS	Ramos Agudelo,Valentina
TIPO DE AFILIADO	Titular
TIPO DE TRABAJADOR	Dependiente
FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN	17/04/2022
ESTADO DE AFILIACIÓN	Vigente
ESTADO DE SERVICIO	Habilitado
REGIMEN	Contributivo

La presente se expide a nombre de Ramos Agudelo,Valentina , a los 11 días del mes de octubre del año 2023.

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

Banny Sarmiento

Banny Yeritza Sarmiento Vanegas
Coordinador Gestión de la Afiliación

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:

VALENTINA RAMOS AGUDELO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.001.298.886**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir**.

La presente certificación se expide el 9 de Mayo del 2024.

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.

EPS | sura ARL | sura

Medellín, 13 de Mayo de 2024

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 SERVILIMA 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:	0000000005 SERVILIMA PLANTA ACEGRASAS		Clase: 4	Porcentaje Cotización:	4.35%	
C1001298886	RAMOS AGUDELO VALENTINA	11/05/2024		19016542	DEPENDIENTE	EN COBERTURA

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C10012988862413460529

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 13/05/2024 16:48:49 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 190.146.243.33, 198.143.41.32, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA