TEMPORALES®
UNO-A S.A.
NIT. 809.000.876-1

"Suministro de Trabajadores en Misión"
Ofic. Ppal. Ibagué: Cra. 7a. No. 14 - 26 3er. Piso
PBX: 2633656 Tels: 2616622 - 2616898 Fax: 2623850

Ibagué, Mayo 06 de 2020

Señores(es)
ALCALDIA MUNICIPAL DE IBAGUE
Att: **NATALIA ANDREA QUINTERO GUZMAN**
Supervisora de Contrato
Ibague-Tolima

Asunto: Radicación de Primer 40% Anticipo –Factura N. FE-1179

Teniendo en cuenta los parámetros establecidos en el clausulado celebrado N. 0243-2020 y Acta Modificatoria N. 001 Contrato de Prestación de servicios Urgencia Manifiesta entre el **MUNICIPIO DE IBAGUE-SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL y TEMPORALES UNO A S.A** teniendo en cuenta como información:

NUMERO DE CONTRATO	0243-2020 CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS URGENCIA MANIFIESTA 0243- DEL 31 MARZO DEL 2020
OBJETO	PRESTACION DE SERVICIOS DE EMPLEO TEMPORAL PARA EL MANEJO DE LA ATENCION A LA EMERGENCIA SANITARIA DECLARADA POR EL GOBIERNO NACIONAL POR CAUSA DEL CORONAVIRUS COVID-19, ASI COMO REALIZAR LA RESPECTIVA SUPERVISION DEL PERSONAL CONTRATADO.
VALOR INICIAL	CIENTO OCHENTA Y SEIS MILLONES CUATROCIENTOS DIECIOCHO PESOS($186.439.418) MCTE
VALOR ACTA MODIFICATORIA N. 001-29 DE ABRIL	CIENTO OCHENTA Y CUATRO MILLONES CUATROCIENTOS OCHENTA Y NUEVE MIL DOSCIENTOS OCHENTA PESOS($184.489.280) MCTE
PLAZO DE EJECUCION:	DOS MESES(2) APARTIR DE LA FIRMA DE ACTA DE INICIO

Se realiza la entrega fisica de la factura N. FE-1179 , por el valor de $73.795.712 correspondiente a la forma de pago primer 40% del valor del contrato, dando cumplimiento al clausulado N. 0243-2020 que va soportado con la siguiente documentación:

TEMPORALES
UNO - A S.A.
NIT. 809.000.876 - 1

TEMPORALES ®
UNO-A S.A.
NIT. 809.000.876-1

"Suministro de Trabajadores en Misión"

PRIMER PAGO ANTICIPO DEL 40% Sobre el valor del Contrato.
EMPRESA CONTRATISTA: TEMPORALES UNO A S.A. NIT: 809.000.876-1

Nº	DOCUMENTOS	SI/A	N/A	PAGINA
1	Acta de legalización	x		1
2	Acta de Inicio	X		2
3	Clausulado N. 0243-2020-Ficha Técnica-Anexo-Copia de Estampillas-y Póliza Seguros del Estado.	x		3-4-5-6-7-8-9-10-11-12-12-14-15
4	Acta modificatoria N. 001-29 de Abril-2020.	X		16-17-18
5	Acta Reunión ordinaria auditoria de contrato 0243- del 31 de Marzo. y justificación.	x		19 A LA PAG 31-
6	Cotización N.091-Modificada el 13 de Abril -2020	X		32 A LA PAG 47
7	Fotocopia de Cedula de Representante Legal	x		48
8	Rut	x		49
9	Certificación de Pagos de seguridad social y aportes parafiscales.	X		50
10	Certificación contador-Junta central de contadores	X		51
11	Tarjeta Profesional de Contador	x		52
12	Fotocopia de cedula de contador	X		53
13	Certificado de antecedentes de Procuraduría, contraloría Contador	X		54-55
14	Factura N. FE-1179 y soportes	X		56-57-58
15	Certificación bancaria	X		59
16	Relación de copias seguridad social-Afiliaciones del personal contratado y no contratado. Con especificación de. N. de contrato por obra o labor, examen de ingreso, certificado ARL sura, salud Eps, Pensión, Caja de compensación y cedula de cada trabajador (30 trabajadores contratados y (4) trabajadores que desertaron del proceso.	X		60
16-1	Documentos: Copia de Contrato, examen de ingreso, Certificación Arl sura, Eps, Caja de Compensación, Fotocopia de Cedula de Álvarez Acevedo Marian Natalia	X		61 A LA 68
16-2	Documentos: Copia de Contrato, examen de ingreso, Certificación Arl sura, Eps, Caja de Compensación, Fotocopia de Cedula de Ayala Cortes Luisa Fernanda	X		69- A LA 76
16-3	Documentos: Copia de Contrato, examen de ingreso, Certificación Arl sura, Eps, Caja de Compensación, Fotocopia de Cedula de Cifuentes Cubillos Nilsa Ximena	X		77 ALA 84
16-4	Documentos: Copia de Contrato, examen de ingreso, Certificación Arl sura, Eps, Caja de Compensación, Fotocopia de Cedula De Cortes Torres Ana Maria	X		85 ALA91

TEMPORALES UNO-A S.A.
NIT. 809.000.876-1

16-5	Documentos: Copia de Contrato, examen de ingreso, Certificación Arl sura, Eps, Caja de Compensación, Fotocopia de Cedula de Diaz Monrroy Yeigni	X		92 ALA 99
16-6	Documentos: Copia de Contrato, examen de ingreso, Certificación Arl sura, Eps, Caja de Compensación, Fotocopia de Cedula de Garcia Navarro Nataly	X		100 ALA 107-
16-7	Documentos: Copia de Contrato, examen de ingreso, Certificación Arl sura, Eps, Caja de Compensación, Fotocopia de Cedula de Gonzalez Guzman Erika Patricia	X		108 A LA 116
16-8	Documentos: Copia de Contrato, examen de ingreso, Certificación Arl sura, Eps, Caja de Compensación, Fotocopia de Cedula de Henao Rodriguez GisellTatiana	X		117 A LA 124
16-9	Documentos: Copia de Contrato, examen de ingreso, Certificación Arl sura, Eps, Caja de Compensación, Fotocopia de Cedula de Hernadez Camayo Heidy Carolina	X		125 A LA 131
16-10	Documentos: Copia de Contrato, examen de ingreso, Certificación Arl sura, Eps, Caja de Compensación, Fotocopia de Cedula de Leiva Estrada Germán Enrique.	X		132 A LA139
16-11	Documentos: Copia de Contrato, examen de ingreso, Certificación Arl sura, Eps, Caja de Compensación, Fotocopia de Cedula de Lopera Lozano Maria Carolina	X		140 ALA 147
16-12	Documentos: Copia de Contrato, examen de ingreso, Certificación Arl sura, Eps, Caja de Compensación, Fotocopia de Cedula de Marin Arteaga Yenni Nataly	X		148 ALA 155
16-13	Documentos: Copia de Contrato, examen de ingreso, Certificación Arl sura, Eps, Caja de Compensación, Fotocopia de Cedula de Monrroy Carmona Sandra Milena	X		156 ALA 163
16-14	Documentos: Copia de Contrato, examen de ingreso, Certificación Arl sura, Eps, Caja de Compensación, Fotocopia de Cedula de Morales Ruge Maria Isabel	X		164 ALA 171
16-15	Documentos: Copia de Contrato, examen de ingreso, Certificación Arl sura, Eps, Caja de Compensación, Fotocopia de Cedula de Olvera Andrade Juan Sebastian	X		172 ALA 178
16-16	Documentos: Copia de Contrato, examen de ingreso, Certificación Arl sura, Eps, Caja de Compensación, Fotocopia de Cedula Ortiz Rocio del Pilar	X		179 ALA 186
16-17	Documentos: Copia de Contrato, examen de ingreso, Certificación Arl sura, Eps, Caja de Compensación, Fotocopia de Cedula de Ospina Guzman Harlen Tatiana	X		187 ALA 193
16-18	Documentos: Copia de Contrato, examen de ingreso, Certificación Arl sura, Eps, Caja de Compensación, Fotocopia de Cedula de Oviedo Ferreira Ana Maria	X		194 ALA 201
16-29	Documentos: Copia de Contrato, examen de ingreso, Certificación Arl sura, Eps, Caja de Compensación, Fotocopia de Cedula de Perez Lozada Diana Paulina	X		202 ALA 208
16-20	Documentos: Copia de Contrato, examen de ingreso, Certificación Arl sura, Eps, Caja de Compensación, Fotocopia de Cedula de Ramirez Tovar Marianne	X		209 ALA 215

	Fernanda			
16-21	Documentos: Copia de Contrato, examen de ingreso, Certificación Arl sura, Eps, Caja de Compensación, Fotocopia de Cedula de Ramos Zarta Leidy Yineth	X		216 ALA 224
16-22	Documentos: Copia de Contrato, examen de ingreso, Certificación Arl sura, Eps, Caja de Compensación, Fotocopia de Cedula de Rico Martinez Carol Melisa	X		225 ALA 231
16-23	Documentos: Copia de Contrato, examen de ingreso, Certificación Arl sura, Eps, Caja de Compensación, Fotocopia de Cedula de Rodriguez Devia Luz Angelica	X		232 ALA 239
16-24	Documentos: Copia de Contrato, examen de ingreso, Certificación Arl sura, Eps, Caja de Compensación, Fotocopia de Cedula de Rodriguez Londoño Gina Vanessa	X		240 ALA 246
16-25	Documentos: Copia de Contrato, examen de ingreso, Certificación Arl sura, Eps, Caja de Compensación, Fotocopia de Cedula de Rojas Vera Maria Fernanda	X		247 ALA 254
16-26	Documentos: Copia de Contrato, examen de ingreso, Certificación Arl sura, Eps, Caja de Compensación, Fotocopia de Cedula de Romero Gomez Lina Maria	X		255 ALA 261
16-27	Documentos: Copia de Contrato, examen de ingreso, Certificación Arl sura, Eps, Caja de Compensación, Fotocopia de Cedula de Serrano Acevedo Erika Paola	X		262 ALA 268
16-28	Documentos: Copia de Contrato, examen de ingreso, Certificación Arl sura, Eps, Caja de Compensación, Fotocopia de Cedula de Veloza Tovar Mayori Jauleydy	X		269 ALA 275
16-29	Documentos: Copia de Contrato, examen de ingreso, Certificación Arl sura, Eps, Caja de Compensación, Fotocopia de Cedula de Vivas Morales Mario Alberto	X		276 ALA 283
16-30	Documentos: Copia de Contrato, examen de ingreso, Certificación Arl sura, Eps, Caja de Compensación, Fotocopia de Cedula de Zea Galindo Angelica Maria	X		284 ALA 291
16-31	Documentos: Renuncia ,Copia de Contrato, examen de ingreso, Certificación Arl sura, Eps, Caja de Compensación, Fotocopia de Cedula de caballero Camelo Erika Johanna	X		292 ALA 300
16-32	Documentos: Copia de Contrato, examen de ingreso, Certificación Arl sura, Eps, Caja de Compensación, Fotocopia de Cedula de Bonilla Rodriguez Angie Beatriz	X		301 ALA 309
16-33	Documentos: Renuncia Copia de Contrato, examen de ingreso, Certificación Arl sura, Eps, Caja de Compensación, Fotocopia de Cedula de Álvarez Acevedo Marian Natalia	X		310 ALA 317
16-34	Examen de Ingreso-Gaitán Torres Francedi-No ingreso por resultado medico y Prueba psicotécnica.	x		318
TOTAL PAGINAS				318

TEMPORALES®
UNO-A S.A.
NIT. 809.000.876-1

"Suministro de Trabajadores en Misión"
Ofic. Ppal. Ibagué: Cra. 7a. No. 14 - 26 3er. Piso
PBX: 2633856 Tels: 2616822 - 2616898 Fax: 2623850

CONTRATISTA

TEMPORALES UNO A SA.
Nit. 809.000.876

BELLADITH CARDOSO CARDOSO
Celular: 3004772747

SECRETARIA EJECUTORA
Vo. Bo. SUPERVISOR

NATALIA ANDREA QUINTERO

GUZMAN
Nit: 80113389-7-MUNICIPIO IBAGUE
Directora de Salud Pública
Secretaria de Salud

FIRMA DE QUIEN RECIBE LA RADICACION:
FACTURA N.FE-1179-TEMPORALES UNO A
DOCUMENTOS SOPORTES (308 PAGINAS)
Asunto: Radicación de Primer (40%) Anticipo

NOMBRE Luz Aido Rca M.
CARGO: Secretario Despacho.
FECHA: 07 Mayo 2020.

NIT 800113389

ENTIDAD MUNICIPIO DE IBAGUE

CONCEPTO RELACIÓN DE LO FACTURADO PARA EL COBRO DEL ANTICIPO DEL 40%

ID	NOMORE	CARGO	SUELDO MES	SUELDO BASICO	ANTICIPO	SUBSIDIO DE TRANSPORTE	TOTAL DEVENGADO	TOTAL DEVENGADO + ANTICIPO	EXAMENES MEDICOS DE INGRESO	PRIMA CAUSADA 8,33%	CESANTIAS CAUSADAS 8,33%	INTERESES A LAS CESANTIAS 1.0%	VACACIONES CAUSADAS POR COBRAR 4.55%	BASE SEGURIDAD SOCIAL	PENSIÓN EMPLEADOR 12%	RIESGOS 6,96%	CAJA DE COMPENSACION 4%	SEGURO DE VIDA	BASE PARA ADMON	ADMON 10%	SUBTOTAL SERVICIO	IVA 19%	TOTAL SERVICIO
28549612	ALVAREZ ACEVEDO MARIAN NATALIA	AUXILIAR ENFERMERIA	1.308.800	780.080	454.622	61.712	841.712	1.296.334	28.008	107.985	107.985	12.963	56.175	1.234.622	148.155	85.930	49.385	18.519	1.911.430	191.143	2.102.573	39.949	2.142.522
1110507022	AYALA CORTEZ LUISA FERNANDA	AUXILIAR DE ENFERMER	1.380.000	750.000	454.622	61.712	841.712	1.296.334	28.000	107.985	107.985	12.963	56.175	1.234.622	148.155	85.930	49.385	18.519	1.911.430	191.143	2.102.573	39.949	2.142.522
1110503308	CIFUENTES CUBILLOS NILSA XIMENA	ENFERMERA PROFESION	2.300.000	1.360.000	454.622	0	1.388.800	1.834.622	28.000	152.824	152.824	18.346	83.475	1.834.622	220.155	127.690	73.385	27.519	2.718.840	271.884	2.990.724	56.824	3.047.548
1110443767	CORTES TORRES ANA MARIA	AUXILIAR ENFERMERIA	1.300.000	780.000	454.622	61.712	841.712	1.296.334	28.000	107.985	107.985	12.963	56.175	1.234.622	148.155	85.930	49.385	18.519	1.911.430	191.143	2.102.573	39.949	2.142.522
1110549619	DIAZ MONROY YEIGNI -	AUXILIAR ENFERMERIA	1.300.000	780.000	454.622	61.712	841.712	1.296.334	28.000	107.985	107.985	12.963	56.175	1.234.622	148.155	85.930	49.385	18.519	1.911.430	191.143	2.102.573	39.949	2.142.522
1094907347	GARCIA NAVARRO NATALY -	PROFESIONALES EN ENT	2.300.000	536.667	454.622	8	536.667	991.289	28.000	82.574	82.574	9.913	45.104	991.299	118.955	68.994	39.852	14.669	1.481.924	148.192	1.638.116	30.972	1.661.088
24714386	GONZALEZ GUZMAN ERIKA PATRICIA	AUXILIAR DE ENFERMER	1.300.800	788.888	454.622	61.712	841.712	1.296.334	28.808	107.985	107.985	12.963	56.175	1.234.622	148.155	85.930	49.385	18.519	1.911.438	191.143	2.102.573	39.949	2.142.522
1010246196	HENAO RODRIGUEZ GISELL TATIANA	AUXILIAR ENFERMERIA	1.300.000	788.800	454.622	61.712	841.712	1.296.334	28.008	107.985	107.985	12.963	58.175	1.234.622	148.155	85.938	49.385	18.519	1.911.430	191.143	2.102.573	39.949	2.142.522
1118569715	HERNANDEZ CAMAYO HEIDY CAROLINA	ENFERMERA PROFESION	2.300.800	1.360.000	454.622	8	1.380.000	1.834.622	28.000	152.824	152.824	18.346	83.475	1.834.622	220.155	127.690	73.385	27.519	2.718.848	271.884	2.998.724	56.824	3.047.548
93120253	LEYVA ESTRADA GERMAN ENRIQUE	CONDUCTOR	1.800.080	688.000	454.622	61.712	661.712	1.116.334	28.000	92.991	92.991	11.163	47.985	1.054.622	126.555	73.482	42.185	15.819	1.647.424	164.742	1.812.167	34.431	1.846.598
65552635	LOPERA LOZANO MARIA CAROLINA	AUDITOR	3.000.000	1.608.000	454.622	0	1.888.000	2.254.622	28.000	187.810	187.810	22.546	102.585	2.254.622	270.555	156.922	90.185	33.819	3.334.854	333.485	3.668.339	69.698	3.738.038
1121507243	MARIN ARTEAGA YENNI NATALY	ENFERMERA PROFESION	2.300.000	1.388.000	454.622	0	1.380.000	1.834.622	28.008	152.824	152.824	18.346	83.475	1.834.622	220.155	127.690	73.385	27.519	2.718.840	271.884	2.998.724	56.824	3.047.548
39625910	MONROY CARMONA SANDRA MILENA	AUXILIAR ENFERMERIA	1.300.000	780.000	454.622	51.712	841.712	1.296.334	28.000	107.985	107.985	12.963	56.175	1.234.622	148.155	85.930	49.385	18.519	1.911.438	191.143	2.102.573	39.949	2.142.522
38254986	MORALES RUGE MARIA ISABEL	AUDITORa	3.000.000	1.000.000	454.622	0	1.800.000	2.254.622	28.000	187.818	187.810	22.546	182.585	2.254.622	270.555	156.922	90.185	33.819	3.334.854	333.485	3.668.339	69.698	3.738.038
1118563164	OLIVERA ANDRADE JUAN SEBASTIAN	AUXILIAR ENFERMERIA	1.300.000	780.000	454.622	61.712	841.712	1.296.334	28.000	107.985	107.985	12.963	56.175	1.234.622	148.155	85.938	49.385	18.519	1.911.430	191.143	2.102.573	39.949	2.142.522
39140054	ORTIZ - ROCIO DEL PILAR	AUXILIAR ENFERMERIA	1.300.800	788.000	454.622	61.712	841.712	1.296.334	28.008	107.985	107.985	12.963	56.175	1.234.622	148.155	85.930	49.385	18.519	1.911.430	191.143	2.102.573	39.949	2.142.522
65771506	OSPINA GUZMAN HARLEN TATIANA	AUDITORa	3.008.000	1.800.000	454.622	0	1.800.880	2.254.622	28.000	187.818	187.810	22.546	102.585	2.254.622	270.555	156.922	90.185	33.819	3.334.854	333.485	3.668.339	69.698	3.738.038
1110563470	OVIEDO FERREIRA ANA MARIA	ENFERMERA PROFESION	2.300.800	1.380.800	454.622	0	1.388.000	1.834.622	29.800	152.824	152.824	18.346	83.475	1.834.622	220.155	127.690	73.385	27.519	2.718.848	271.884	2.990.724	56.824	3.047.548
1103419221	PEREZ LOZADA DIANA PAULINA	AUXILIAR ENFERMERIA	1.308.808	788.000	454.622	61.712	841.712	1.296.334	28.808	107.995	107.955	12.963	56.175	1.234.622	148.155	85.938	49.385	18.519	1.911.430	191.143	2.102.573	39.949	2.142.522
1007757864	RAMIREZ TOVAR MARIANNE FERNANDA	AUXILIAR ENFERMERIA	1.300.808	780.000	454.622	61.712	841.712	1.296.334	28.888	107.985	187.985	12.963	56.175	1.234.622	148.155	85.938	49.385	18.519	1.911.438	191.143	2.102.573	39.949	2.142.522
1110471438	RAMOS ZARTA LEIDY YINETH	AUDITORA	3.000.800	1.800.000	454.622	0	1.888.000	2.254.622	26.000	187.810	187.818	22.546	102.585	2.254.622	270.555	156.922	90.185	33.819	3.334.854	333.485	3.668.339	69.898	3.738.838
1110515406	RICO MARTINEZ CAROL MELISA	AUXILIAR ENFERMERIA	1.380.000	563.333	454.672	44.570	607.903	1.062.525	28.888	88.508	88.508	10.625	46.317	1.817.955	122.155	78.858	40.718	15.269	1.573.476	157.348	1.738.823	32.886	1.763.709
65769089	RODRIGUEZ DEVIA LUZ ANGELICA	AUXILIAR ENFERMERIA	1.300.000	780.000	454.622	61.712	841.712	1.296.334	28.000	107.985	187.985	12.963	56.175	1.234.622	148.155	85.930	49.385	18.519	1.911.430	191.143	2.102.573	39.949	2.142.522
1807371967	RODRIGUEZ LONDOÑO GINA VANESSA	AUXILIAR ENFERMERIA	1.300.000	780.000	454.622	61.712	841.712	1.296.334	28.000	107.985	107.985	12.963	56.175	1.234.622	148.155	85.930	49.385	18.519	1.911.430	191.143	2.102.573	39.949	2.142.522
1110494400	ROJAS VERA MARIA FERNANDA	ENFERMERA PROFESION	2.300.000	1.360.000	454.622	0	1.380.008	1.834.622	28.000	152.824	152.824	18.346	83.475	1.834.622	220.155	127.690	73.385	27.519	2.718.840	271.884	2.990.724	56.824	3.047.548
1110568769	ROMERO GOMEZ LINA MARIA	AUXILIAR ENFERMERIA	1.300.000	736.667	454.622	58.284	794.951	1.249.573	28.000	104.089	104.089	12.496	54.284	1.191.289	142.955	82.914	47.652	17.669	1.843.841	184.384	2.028.225	38.536	2.066.761
1118586195	SERRANO ACEVEDO ERIKA PAOLA	AUXILIAR ENFERMERIA	1.300.008	780.000	454.622	61.712	841.712	1.296.334	28.800	107.985	107.985	12.963	56.175	1.234.622	148.155	85.930	49.385	18.519	1.911.430	191.143	2.102.573	39.949	2.142.522
1006007500	VELOZA TOVAR MARYDRI JAULEYDY	AUXILIAR ENFERMERIA	1.300.808	780.080	454.622	61.712	841.712	1.296.334	28.808	107.985	107.965	12.963	56.175	1.234.622	148.155	85.938	49.385	18.519	1.911.430	191.143	2.102.573	39.949	2.142.522
1110485880	VIVAS MORALES MARIO ALBERTO	CONDUCTOR	1.000.088	100.000	454.622	18.285	110.285	564.907	26.000	47.057	47.057	5.649	25.235	554.622	66.555	38.602	22.185	8.319	853.565	85.357	938.822	17.840	956.761
1118455861	ZEA GALINDO ANGELICA MARIA	ENFERMERA PROFESION	2.388.000	1.380.000	454.609	0	1.380.000	1.834.689	28.000	152.823	152.823	18.346	83.475	1.834.689	220.153	127.686	73.384	27.519	2.718.828	271.883	2.990.704	56.823	3.047.527
5966666	RAMIREZ LOZANO WILLIAM JAMIR	NO INGRESO	0	0	0	0	0	0	28.000	8	0	0	0	0	8	8	0	0	28.000	2.800	38.800	585	31.385
1110504193	CABALLERO CAMELO ERIKA JOHANNA	NO INGRESO	0	0	8	0	0	0	28.000	0	0	0	8	0	0	0	0	0	28.000	2.800	38.880	585	31.385
1118547002	RODRIGUEZ BONILLA ANGIE BEATRIZ	NO INGRESO	0	0	0	0	0	0	28.000	0	0	8	0	0	0	0	0	8	28.000	2.880	30.800	585	31.385
1106778270	GAITAN TORRES FRANCEDY	NO INGRESO	0	0	0	0	0	0	28.000	0	0	0	0	0	0	0	8	0	28.000	2.800	30.800	585	31.385
TOTAL			52.200.000	29.716.667	13.630.647	1.180.531	30.817.198	44.455.845	952.000	3.783.172	3.783.172	444.558	1.972.667	43.355.314	5.282.638	3.017.529	1.734.213	650.330	65.836.123	6.583.613	72.419.737	1.375.975	73.795.712

Alcaldía Municipal
Ibagué
NIT.800113389-7

REPUBLICA DE COLOMBIA
ALCALDIA MUNICIPAL DE IBAGUE

ibagué capital musical

CLAUSULADO - CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS
URGENCIA MANIFIESTA
DECRETO No. 1000-0205 del 17 de marzo de 2020

Contrato No.	**0243-2020**	**Fecha**	**31 de Marzo de 2020**
Entidad contratante:	**MUNICIPIO DE IBAGUÉ**		
NIT:	**800113389-7**		
Contratista:	**TEMPORALES UNO-A S.A.**		
NIT:	**809.000.876-1**		
Representante Legal:	**NOLLY MERCEDES BELTRAN GALEANO**		
Identificación:	**38.260.480 de Ibagué**		

Entre los suscritos a saber: ALCALDIA MUNICIPAL DE IBAGUE, con NIT. 800113389-7, representada por **JOHANA XIMENA ARANDA RIVERA** identificada con C.C. **65.775.174** obrando en calidad de Secretaria de Salud, delegada para ejercer la función de Ordenador del Gasto mediante **Decreto 1000-0055 del 17 de Enero de 2020**, quien se denominará **EL MUNICIPIO DE IBAGUÉ**, por una parte y por la otra, **TEMPORALES UNO-A S.A.** identificada con NIT. **809.000.876-1**, representada legalmente por NOLLY MERCEDES BELTRAN GALEANO identificada con C.C. 38.260.480 de Ibagué, quien se denominará **EL CONTRATISTA** y declara que tiene capacidad para celebrar este contrato suscrito bajo la modalidad de contratación directa a través de urgencia manifiesta -Artículos 42 y 43 de la Ley 80 de 1993 y el artículo 2, numeral 4, literal a), en virtud del Decreto Nacional No. 440 del 20 de marzo de 2020 y demás disposiciones nacionales concordantes, y los Decretos No. 1000-200 del 14 de marzo de 2020, No. 1000-204 del 17 de marzo de 2020 y No. 1000-205 del 17 de marzo de 2020 y demás disposiciones municipales concordantes. A su vez, el contratista declara que no incurre en causal de inhabilidad e incompatibilidad de las previstas en las Leyes 80 de 1993, 1150 de 2007, 1474 de 2011 y demás normas constitucionales y legales. En virtud de lo anterior, las partes hemos acordado celebrar el presente contrato, el cual se regirá por las siguientes cláusulas, previa las siguientes:

CONSIDERACIONES:

PRIMERO: Que la Organización Mundial de la Salud informó la ocurrencia de casos de Infección Respiratoria Aguda Grave (IRAG) causada por un nuevo coronavirus (SARS-CoV-2) en Wuhan (China), desde la última semana de diciembre del 2019, y el pasado 30 de enero de 2020 la misma OMS generó la alerta mundial, informando que es inminente la propagación del virus en todo el mundo. **SEGUNDO:** Que, en la actualidad, como consecuencia de la presencia del COVID-19 el territorio Nacional, se enfrenta a un grave riesgo en la salud y vida de todos los integrantes del territorio Nacional y como la información técnica disponible sobre el COVID-19 es escasa hace impredecible su comportamiento, así como sus efectos sobre la salud de la población y sobre las actividades económicas, sociales y culturales. **TERCERO:** Que la Organización Mundial de la Salud, el 11 de marzo del presente año, categorizó el COVID-19 como una pandemia y lo clasificó como una emergencia de salud pública de interés internacional, lo que impone a las diferentes autoridades el deber actuar de manera contundente para evitar la propagación del virus. **CUARTO:** Que el Ministerio de Salud y Protección Social, mediante Resolución 385 del 12 de marzo de 2020, declaró la emergencia sanitaria por causa del coronavirus COVID-19 y adopto medidas para hacer frente al

virus. **QUINTO:** Que la Secretaria de Salud del Tolima, mediante circular 071 del 11 de marzo de 2020, declaro la ALERTA AMARILLA EN LA RED HOSPITALARIA y hasta nueva orden, en tanto se mantenga la fase de contención y mitigación, para las instituciones prestadoras de servicios de salud privadas y públicas de nivel I, II y III de complejidad de todo el Departamento, con el propósito de garantizar una adecuada prestación de los servicios de salud, con motivo de la situación de emergencia generada por el COVID-19. **SEXTO:** Que el 12 de marzo de 2020, el Alcalde de Ibagué adelantó el Consejo Municipal de Gestión del Riesgo, poniendo de presente la Resolución 385 de 2020, expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social, determinándose mantener activado el Consejo Municipal de Gestión del Riesgo y recomienda al señor Alcalde decretar la alerta amarilla en el Municipio de Ibagué. **SÉPTIMO:** Que a través del Decreto No. 1000-0200 del 14 de marzo de 2020, se decretó en la ciudad de Ibagué Alerta amarilla y se adoptaron transitoriamente medidas sanitarias para la preservación de la vida y mitigación del riesgo con ocasión a la epidemia causada por el Coronavirus COVID–19. **OCTAVO:** Que con el Decreto No. 1000-0204 del 17 de marzo de 2020, el Alcalde Municipal de Ibagué declaró la situación de calamidad pública en el municipio de Ibagué por emergencia sanitaria con ocasión a la contingencia epidemiológica causada por el Coronavirus COVID-19, en concordancia con la situación que actualmente vive el país y conforme a la reglamentación expedida por el Gobierno Nacional. **NOVENO:** Que con el Decreto No. 1000-0205 del 17 de marzo de 2020, el alcalde Municipal de Ibagué declaró la urgencia manifiesta, con el objeto de conjurar la crisis que se ha presentado con ocasión a la contingencia epidemiológica causada por el Coronavirus COVID-19, a efectos de prevenir consecuencias que puedan desencadenar una mayor afectación de la población, proteger la salud, la salubridad y el interés público. Como consecuencia de dicha declaración en el parágrafo del artículo primero del decreto antes mencionado, se ordena celebrar los actos y contratos que tengan la finalidad de conjurar, adquirir, reparar, atender, mejorar y preservar el orden público, las necesidades en materia de salubridad, dotación hospitalaria, ayudas alimenticias, nutricionales y demás objetos contractuales pertinentes, a través de la contratación de las obras necesarias y la adquisición de bienes y servicios a que haya lugar para tales efectos. **DÉCIMO:** Que mediante el Decreto No. 440 de marzo 20 el Gobierno Nacional ordena que cuando se trate de adquisición de vienen relacionados con la emergencia, las entidades podrán adquirirlos mediante el instrumento de agregación de demanda de grandes superficies, en cuyo caso el valor de la transacción podrá ser hasta por el monto máximo de la menor cuantía de la respectiva entidad estatal. Con ocasión de la declaratoria de estado de emergencia económica, social y ecológica, y en los términos del artículo 42 de la Ley 80 de 1993, se entiende comprobado el hecho que da lugar a declarar la urgencia manifiesta por parte de las entidades estatales, para la contratación directa de suministro de bienes, la prestación de servicios o la ejecución de obras en el inmediato futuro, con el objetivo de prevenir, contener y mitigar los efectos de la Pandemia del coronavirus COVID 19, así como para realizar las labores necesarias para optimizar el flujo de los recursos al interior del sistema de salud. Las actuaciones contractuales adelantadas con fundamento en la urgencia manifiesta se regirán por la normatividad vigente. **UNDÉCIMO:** Que el Director de la Agencia Nacional de Contratación Pública – COLOMBIA COMPRA EFICIENTE, estableció que a partir del Decreto Legislativo No. 440 de 2020 "a través del cual se modifican leyes de la República en temas contractuales", se le facilita el universo contractual

no solo a las entidades públicas, sino también a los contratistas durante la pandemia del COVID 19, entre las medidas adoptadas se encuentra: la contratación directa para la adquisición de bienes y servicios relacionados con la pandemia – habrá construcción directa de los Acuerdo Marco de Precios de Colombia Compra Eficiente, para la adquisición de bienes y servicios relacionados con la pandemia; contratación por urgencia manifiesta – todos los bienes que se necesiten para mitigar directamente la pandemia se podrán contratar sin proceso licitatorio alguno, a través de la declaratoria de urgencia manifiesta de cada entidad contratante. **DÉCIMO SEGUNDO:** Que el Gobierno Municipal ha venido trabajando en la elaboración del plan de acción que respalda la declaratoria de la calamidad pública y la emergencia sanitaria anteriormente decretada. **DÉCIMO TERCERO:** Que configurado el riesgo de expansión del virus COVID 19 en el territorio colombiano, tolimense e Ibaguereño, se reúnen las condiciones para declarar la Urgencia Manifiesta con el propósito realizar y efectuar acciones que permitan la contención. **DÉCIMO CUARTO**: Que la Contratación Estatal, se encuentra estrechamente ligada con la realización de los fines del Estado, la continua y eficiente prestación de los servicios públicos, siendo los fines esenciales del Estado de manera principal: servir a la comunidad, promover la prosperidad general y garantizar la efectividad de los principios, derechos y deberes consagrados en la Constitución. **DÉCIMO QUINTO**: Que el Estatuto General de la Contratación Pública se encuentra compuesto por reglas cuyo objetivo principal son el alcance de la contratación de los bienes, obras y servicios que se requieran para el cumplimiento de los fines del Estado y la continua y eficiente prestación de los servicios públicos, dentro de parámetros que permiten adelantar una selección enmarcada en los principios de transparencia, economía y responsabilidad, así como en el deber de selección objetiva. **DÉCIMO SEXTO**: Que la Ley 80 de 1993, autoriza al jefe o representante legal de la entidad estatal para hacer la declaración de urgencia, con el carácter de "manifiesta", cuando se presenten situaciones excepcionales relacionadas con calamidades, desastres, hechos de fuerza mayor, guerra exterior o conmoción interior, emergencia económica, social o ecológica o vinculadas a la imperiosa necesidad de impedir la paralización de un servicio público y, como consecuencia, para prescindir del procedimiento de licitación o concurso públicos que es el que ordinariamente rige cuando se trata de escoger al contratista, de manera que pueda hacerlo directamente y de manera inmediata, aunque sin prescindir del cumplimiento del deber de selección objetiva. **DÉCIMO SÉPTIMO**: Que entre las modalidades de selección objetiva de contratistas, el numeral 1, literal f) del artículo 24 de la ley 80 de 1993, señala los casos en que se puede acudir a la contratación directa como excepción a la licitación pública, uno de los cuales es la URGENCIA MANIFIESTA, concebida precisamente para aquellos casos que exigen una respuesta inmediata de la administración. **DÉCIMO OCTAVO**: Que el artículo 42 de la ley 80 de 1993 dispone: "De la urgencia Manifiesta: existe urgencia manifiesta cuando la continuidad del servicio exige el suministro de bienes, o la prestación de servicios, o la ejecución de obras en el inmediato futuro, cuando se presenten situaciones relacionadas con los Estados de Excepción; cuando se trate de conjurar situaciones excepcionales relacionadas con hechos de calamidad o constitutivos de fuerza mayor o desastre que demanden actuaciones inmediatas y, en general cuando se trate de situaciones similares que imposibiliten acudir a los procedimientos de selección o concursos públicos". **DÉCIMO NOVENO**: Que la declaración de una urgencia manifiesta es del todo un evento que origina la utilización de la modalidad de contratación

directa de manera restrictiva, exigiendo su respectiva justificación y declaratoria mediante acto administrativo debidamente motivado, contentivo de los argumentos técnicos que la justifiquen, el cual también hará las veces del acto administrativo de justificación de la contratación misma que de éste se derive. **VIGESIMO:** Que el presente proceso contractual se adelanta en cumplimiento al ordenamiento jurídico aplicable a la figura de contratación directa en el marco de la declaratoria de urgencia manifiesta, con un proveedor de reconocida idoneidad y capacidad para dar cumplimiento a las calidades, cantidad y condiciones del SERVICIOS DE EMPLEO TEMPORAL, requerido por la administración municipal, como lo es la empresa **TEMPORALES UNO-A S.A.** lo cual fue previamente verificado

CLÁUSULAS:

1) Objeto:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE EMPLEO TEMPORAL PARA EL MANEJO DE LA ATENCIÓN A LA EMERGENCIA SANITARIA DECLARADA POR EL GOBIERNO NACIONAL POR CAUSA DEL CORONAVIRUS COVID-19, ASI COMO REALIZAR LA RESPECTIVA SUPERVISIÓN DEL PERSONAL CONTRATADO.
2) Plazo:	El contrato de prestación de servicios tendrá un plazo de Dos (02) Meses, contados a partir de la legalización del Contrato y firma del acta de inicio entre el supervisor y el contratista, previo perfeccionamiento y cumplimiento de requisitos de ejecución del contrato.
3) Lugar de ejecución:	La Alcaldía de Ibagué y donde lo requiera en desarrollo del objeto contractual.
4) Obligaciones:	1. Suministrar personal en misión de enfermeros y auxiliares de enfermería para la realización de las visitas domiciliarias y seguimiento telefónico de los casos probables y confirmados de COVID-19, de acuerdo a la programación de la Secretaria de Salud municipal. 2. Suministrar personal en misión de enfermeros y auxiliares de enfermería para la toma y embalaje de muestra para el diagnóstico del COVID-19 como lo indica el Instituto Nacional de Salud y según programación de la Secretaria de Salud Municipal. 3. Suministrar personal en misión de enfermeros y auxiliares para la realización de las acciones del equipo de respuesta inmediata determinadas por el Instituto Nacional de Salud y Secretaria de Salud Municipal 4. Suministrar el personal en misión especializado para realizar inspección, vigilancia y seguimiento a la implementación de los planes de contingencia y lineamientos definidos por el Ministerio

	de Salud y Protección Social, Instituto Nacional de Salud y Secretaría de Salud Municipal sobre el COVID-19, en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y a las Entidades Administradoras de Planes de Beneficio del municipio. 5. Suministrar el personal en misión para la logística relacionada con el transporte de las acciones de vigilancia epidemiológica y seguimiento a prestadores y aseguradores en el marco de la pandemia COVID-19. 6. Elaborar y entregar los informes, diligenciamiento de formatos y base de datos completas, reportes, notificaciones oportunamente de acuerdo a los lineamientos del Instituto Nacional de Salud y secretaria de salud municipal. 7. Cumplir con las medidas de bioseguridad determinados por el Ministerio de Salud y Protección Social e Instituto Nacional de Salud en la ejecución de acciones relacionadas con el COVID-19. 8. Dar estricto cumplimiento al cronograma de trabajo establecido por la Secretaria de Salud Municipal para el desarrollo de las acciones de vigilancia epidemiológica e inspección, vigilancia y seguimiento de las IPS y EAPB. 9. Disponer del recurso humano, logístico, profesional, técnico y financiero necesario para garantizar el adecuado desarrollo de las actividades. 10. Responder por la calidad del servicio del personal asignado y de aquellos medios que se requieran para la ejecución del contrato. 11. Asumir todos los gastos administrativos necesarios para la celebración del contrato y el proceso de pago, incluyendo los pagos de seguridad social en los términos que exige la ley, así como los impuestos, tasas, contribuciones nacionales departamentales o municipales a los que haya lugar en virtud de la legalización y ejecución del futuro contrato. 12. Contar con los medios necesarios para cumplir con el objeto contractual. 13. Cumplir cabalmente con sus obligaciones frente al Sistema de Seguridad Social Integral y parafiscales (Cajas de

	Compensación Familiar, Sena e ICBF) y entregar los soportes de pago al supervisor del contrato. 14. El contratista se compromete a mantener los precios establecidos en la oferta que acompaña la propuesta presentada. 15. Constituir las pólizas en la forma y condiciones pactadas en el contrato. **OBLIGACIONES DEL MUNICIPIO DE IBAGUÉ** Además de los derechos y deberes contemplados en el artículo 4 de la Ley 80 de 1993 y demás normas concordantes y los convenidos en el presente contrato, EL MUNICIPIO a través de la SECRETARÍA DE SALUD se obliga especialmente a: 1. Determinará las acciones y cronograma de trabajo para el desarrollo de las acciones de vigilancia epidemiológica e inspección, vigilancia y seguimiento de las IPS y EAPB. 2. Definir los lineamientos para la elaboración de los informes, diligenciamiento de formatos y base de datos, reportes y notificaciones.
5) Valor:	CIENTO OCHENTA Y SEIS MILLONES CUATROCIENTOS TREINTA Y NUEVE MIL CUATROCIENTOS DIECIOCHO PESOS **($186.439.418) M/CTE** IVA INCLUIDO
6) Forma de pago:	El valor del contrato resultante del presente proceso contractual en la modalidad de contratación directa será pagado por el Municipio de Ibagué de la siguiente manera: 1. PAGO ANTICIPADO: Correspondiente al cuarenta (40%) por ciento del valor del contrato, previa legalización, suscripción del acta de inicio del acto contractual. 2. PAGOS PARCIALES: a) El contrato se cancelará en pagos parciales un primer (1) pago correspondiente al cuarenta (40 %) del restante del valor del contrato y un pago al finalizar las actividades del contrato cuyo valor será la diferencia entre el valor de las actividades ejecutadas por el contratista menos el valor desembolsado hasta ese momento por el Municipio.

CLAUSULADO - CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS
URGENCIA MANIFIESTA
DECRETO No. 1000-0205 del 17 de marzo de 2020

	El pago estará precedido de la certificación de cumplimiento a satisfacción expedida por el supervisor del contrato, previa presentación del informe correspondiente y acreditación del pago de los aportes al sistema de seguridad social en Salud – Pensión y Riesgos Laborales
7) Imputación Presupuestal:	EL MUNICIPIO DE IBAGUÉ pagará el gasto que ocasione el presente contrato con cargo a la identificación presupuestal No. **217308907582**: **"APOYO A LA EMERGENCIA SANITARIA POR CORONAVIRUS COVID-19 IBAGUÉ-TOLIMA"** según Certificado de Disponibilidad Presupuestal No. 1031-767 del 27 de Marzo de 2020 por valor de CIENTO OCHENTA Y SEIS MILLONES CUATROCIENTOS TREINTA Y NUEVE MIL CUATROCIENTOS DIECIOCHO PESOS **($186.439.418)** M/CTE para efectos de la suscripción del presente contrato. El CDP es expedido por la Dirección de Presupuesto.
8) Cuenta bancaria:	**Ahorros** ( ) **Corriente** (X) **N°** **5751000776** **Banco:** **COLPATRIA**
9) Supervisor:	La vigilancia, seguimiento y verificación técnica, administrativa y contable de la ejecución y cumplimiento del presente contrato será ejercida por **NATALIA ANDREA QUINTERO GUZMAN** en calidad de Directora Salud Publica de la secretaria de Salud Municipal o quien haga sus veces y/o quien designe el Ordenador del Gasto, de conformidad con lo establecido en el Manual de Contratación y las demás normas que lo aclaren, modifiquen o sustituyan. **PARÁGRAFO PRIMERO.** El supervisor tendrá (Además de las establecidas en el Manual de Contratación) las siguientes funciones: **1.** La vigilancia y control de la ejecución del Contrato. **2.** Hacer recomendaciones y sugerencias al CONTRATISTA con respecto a la ejecución del contrato. **3.** Expedir certificación de cumplimiento a satisfacción de los servicios prestados, si fuere el caso. **4.** Corroborar que el CONTRATISTA se encuentre al día y acredite el cumplimiento de las obligaciones del Sistema de Seguridad Social y parafiscales. **5.** Verificar y realizar el cargue del informe de supervisión en la plataforma de SECOP II, así como la demás información que se genere en relación con el contrato en las etapas: Contractual y Postcontractual. **PARAGRAFO SEGUNDO.** Las divergencias que ocurran entre el Supervisor y el Contratista o su representante serán dirimidas por el MUNICIPIO, cuya decisión será definitiva.
10) Idoneidad	Que el presente proceso contractual se adelanta en cumplimiento al ordenamiento jurídico aplicable a la figura de contratación directa en el marco de la declaratoria de urgencia manifiesta, con un proveedor de reconocida idoneidad y capacidad para dar cumplimiento a las calidades, condiciones y

	obligaciones del SERVICIO DE EMPLEO TEMPORAL, requerido por la administración municipal, tal como se evidencia para **TEMPORALES UNO-A S.A.**, lo cual fue previamente verificado.
11) Fundamentos jurídicos que soportan la modalidad de selección:	Contratación directa a través de la urgencia manifiesta (Articulos 42 y 43 de la Ley 80 de 1993 y el artículo 2, numeral 4, literal a) de la Ley 1150 de 2007). Decreto 440 de marzo 20 de 2020, "Por el cual se adoptan medidas de urgencia en materia de contratación estatal, con ocasión del Estado de Emergencia Económica, Social y Ecológica derivada de la Pandemia COV/D-19": "Artículo 7. *Contratación de urgencia. Con ocasión de la declaratoria de estado de emergencia económica, social y ecológica, y en los términos del artículo 42 de la Ley 80 de 1993, se entiende comprobado el hecho que da lugar a declarar la urgencia manifiesta por parte de las entidades estatales, para la contratación directa del suministro de bienes, la prestación de servicios o la ejecución de obras en el inmediato futuro, con el objetivo de prevenir, contener y mitigar los efectos de la Pandemia del coronavirus COVID-19, así como para realizar las labores necesarias para optimizar el flujo de los recursos al interior del sistema de salud .* *Las actuaciones contractuales adelantadas con fundamento en la urgencia manifiesta se regirán por la normatividad vigente.* *Con el mismo propósito, las entidades excluidas de la Ley 80 de 1993 podrán contratar de manera directa esta clase de bienes y servicios."*
12) Causales de Terminación:	El contrato también podrá terminarse por cualquiera de los siguientes eventos: i) por acuerdo de las partes; ii) por vencimiento del plazo; iii) por caso fortuito o fuerza mayor.
13) Multas:	En caso de mora o de incumplimiento parcial de las obligaciones a cargo de EL CONTRATISTA, las partes pactan, mediante el presente documento efectuar la liquidación de multas diarias sucesivas del 1% del valor total del contrato, sin que estas sobrepasen del 10% del valor total del mismo. El pago se ajustará al procedimiento legal establecido para tal fin; si ello no fuere posible, su cobro podrá efectuarse con cargo a la garantía de cumplimiento. De las multas y demás sanciones impuestas por la entidad se informará a la Cámara de Comercio y a la Procuraduría General de la Nación. **PARAGRAFO.** La exigibilidad de las multas no exonerará al CONTRATISTA del cumplimiento de sus obligaciones contractuales hasta la terminación del contrato.
14) Cláusula penal:	En caso de incumplimiento total de las obligaciones a cargo del CONTRATISTA o declaratoria de caducidad, este deberá pagar a título de cláusula penal pecuniaria, un valor equivalente al diez (10%) por ciento del valor del contrato, el cual se podrá cobrar, previo requerimiento, con base en el presente documento, el cual presta mérito ejecutivo.

15) Caducidad y Efectos:	El MUNICIPIO podrá declarar la caducidad cuando se presenten hechos constitutivos de incumplimiento de las obligaciones a cargo del CONTRATISTA, que afecte de manera grave y directa la ejecución del contrato y evidencie que puede conducir a su paralización, previo requerimiento por escrito al CONTRATISTA. EL MUNICIPIO declarará la caducidad del contrato mediante Acto Administrativo debidamente motivado, caso en el cual lo dará por terminado y ordenará su liquidación en el estado en que se encuentre, si se presenta alguno de los hechos constitutivos de incumplimiento del CONTRATISTA que afecte de manera grave y directa la ejecución del mismo, y evidencie que puede conducir a su paralización, conforme a lo estipulado en el artículo 18 de la Ley 80 de 1993, o con ocasión de cualquiera de las causales contenidas en el artículo 90 de la Ley 418 de 1997 y demás disposiciones legales. Las simples declaratorias de caducidad o de incumplimiento serán constitutivas del siniestro de incumplimiento. **PARÁGRAFO PRIMERO:** La declaratoria de caducidad no dará lugar a indemnización para el Contratista, quien se hará acreedor a las sanciones e inhabilidades previstas en la Ley 80 de 1993. **PARÁGRAFO SEGUNDO.** EL MUNICIPIO podrá abstenerse de declarar la caducidad siempre y cuando se adopten las medidas de control e intervención necesarias que garanticen la ejecución del objeto del contrato.
16) Mecanismos de Solución de Controversias Contractuales:	Las Partes buscarán solucionar en forma ágil y directa las controversias que surjan en la actividad contractual mediante el uso de los mecanismos de solución de controversias contractuales previstos en el Estatuto de Contratación Estatal y leyes de conciliación, amigable composición y transacción, de conformidad con el artículo 68 de la Ley 80 de 1993.
17) Liquidación del Contrato:	El presente contrato debe liquidarse de conformidad con lo estipulado en el artículo 11 de la Ley 1150 de 2007. **PARAGRAFO PRIMERO.** De conformidad con el Artículo 60 de la Ley 80 de 1993 y Artículo 11 de la Ley 1150 de 2007, el presente contrato será objeto de liquidación de común acuerdo por las partes contratantes a más tardar dentro de los cuatro (4) meses siguientes a la expiración de la vigencia o de la ejecutoria del acto administrativo que ordene su terminación o a la fecha del acuerdo que la disponga. Vencido dicho término EL MUNICIPIO podrá liquidarlo de forma unilateral dentro de los dos (2) meses siguientes. En esta etapa las partes acordarán los ajustes, revisiones y reconocimientos a que haya lugar. Si vencido el plazo anteriormente establecido, la liquidación podrá ser realizada en cualquier tiempo dentro de los dos (2) años siguientes al vencimiento del término de liquidación bilateral o unilateral. **PARÁGRAFO SEGUNDO.** El supervisor verificará el cumplimiento de las obligaciones impuestas por el artículo 23 de la Ley 1150 de 2007 durante la vigencia del contrato por parte del CONTRATISTA. **PARAGRAFO TERCERO.** Si EL CONTRATISTA no se presenta a la liquidación o las partes no llegan a acuerdo sobre el contenido de la misma dentro del plazo

	establecido en la presente cláusula, la liquidación será practicada directa y unilateralmente por la entidad dentro de los dos (2) meses siguientes y se adoptará por acto administrativo motivado susceptible del recurso de reposición.
18) Garantías	EL CONTRATISTA deberá otorgar para asegurar el cumplimiento de sus obligaciones garantía a favor de la Alcaldía Municipal de Ibagué, expedida por una compañía de seguros legalmente establecida en el país, que ampare los siguientes riesgos: a) CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO: Por una suma equivalente al Diez por ciento (10%) del valor del contrato con una vigencia igual al plazo de ejecución del contrato y seis (06) meses más, hasta su liquidación. Conforme a lo establecido en el Artículo 2.2.1.2.3.1.7 numeral 3 del Decreto 1082 de 2015. b) PAGO DE SALARIOS DE PRESTACIONE SOCIALES E INDEMNIZACIONES LABORALES Por una suma equivalente al Cinco por ciento (5%) del valor del contrato con una vigencia igual al plazo de ejecución del contrato y Tres (03) años más, hasta su liquidación. El Contratista debe presentar dentro de los **tres (3) días hábiles** siguientes a la firma del presente contrato las garantías a favor del MUNICIPIO DE IBAGUÉ.
19) Documentos integrantes del contrato:	Forman parte integrante de este contrato los siguientes documentos: **1.** El CDP y los demás documentos expedidos en la etapa pre-contractual, contractual y postcontractual. **2.** Todas las modificaciones, adiciones o aclaraciones que se expidan con posterioridad. **3.** Los documentos necesarios para la legalización que se elaboren. **4.** Los documentos que soporten la ejecución del mismo.
20) Requisitos de perfeccionamiento y ejecución:	El presente contrato se perfecciona con la suscripción de las partes en la plataforma SECOP II, y para su ejecución se requiere: **1)** Registro presupuestal. **2)** El pago correspondiente a las estampillas de conformidad con las disposiciones vigentes, así: **a)** Un uno punto cinco por ciento (1.5%) por concepto de estampillas **PROCULTURA**; **b)** Dos por ciento (2%) por concepto de **PRO BIENESTAR DEL ADULTO MAYOR.**
21) Declaraciones:	1. Las modificaciones, suspensiones, reinicios, prorrogas, adiciones, terminaciones, cesiones y las demás actuaciones que se generen con ocasión de la ejecución del contrato, deberán adelantarse a través de la plataforma SECOP II, con estricta sujeción a la normatividad legal vigente sobre la materia. 2. Las partes declaran que conocen, comprenden y aceptan todas y cada una de las estipulaciones contenidas en el presente contrato y los demás documentos que forman parte integral del mismo, cuya interpretación se sustentará en el principio de la autonomía de la voluntad de las partes con fundamento en el artículo 1602 del Código Civil Colombiano. 3. El presente contrato será ejecutado por El CONTRATISTA con absoluta

	autonomía e independencia y, en desarrollo del mismo, no se generará vínculo laboral alguno entre el MUNICIPIO DE IBAGUÉ y el CONTRATISTA y/o sus dependientes si los hubiere.
22) Notificaciones:	Los avisos, solicitudes, comunicaciones y notificaciones que las partes deban hacer en virtud de la relación contractual constarán por escrito y se entenderán debidamente efectuadas sólo si son entregadas personalmente o por correo electrónico a la persona y a las direcciones indicadas a continuación: i) Por parte del MUNICIPIO DE IBAGUÉ, la Calle 9 No 2–59 Ibagué - Tolima y por parte del CONTRATISTA será la señalada en su perfil de SECOP II. Las partes manifiestan libremente que han procedido a la lectura total y cuidadosa del presente documento, por lo que, en consecuencia, se obligan a todo lo ordenado y manifestado.
Revisó: Magda Gisela Herrera Jiménez - Jefe Oficina de Contratación	
Proyectó: Aura Natalia Ramirez Rozo. - Abogada Oficina de Contratación	

TEMPORALES UNO-A S.A.	REGISTRO FICHA TECNICA	Revisó:	Profes. Calidad
		Aprobó:	Comité Calidad
		Fecha:	27/08/2019
		Página:	1 / 2
		Código:	RE-VS-05
		Versión	2

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha de Elaboración: 31/03/2020			
Razón Social:	MUNICIPIO DE IBAGUE		
Nit:	800113389-7		
Actividad Económica:	ALCALDIA MUNICIPAL DE IBAGUE-PRESTACION DE SERVICIOS URGENCIA MANIFIESTA DECRETO 1000-0205- DEL 17 MARZO 2020-CONTRATO N. 0243-2020		
Teléfono: 2611182	E-mail:	E-mail:jarandax17@gmai.com	
Dirección:	CALLE 9 N. 2-59	Ciudad: IBAGUE	
Representante Legal:	JOHANA XIMENA ARANDA RIVERA		
Cédula No.	65.775.174 IBAGUE		
Gerente :	JOHANA XIMENA ARANDA RIVERA	Celular:	3123542569
Contacto:	NATALIA QUINTERO	Cargo: Celular:	3212002383

INFORMACIÓN TRIBUTARIA

1) Agente Retenedor de la Retención en la Fuente	SI [ ]	NO [X]
2) Gran Contribuyente	SI [ ]	NO [X]
3) Agente Rete-Iva al Regimen Común	SI [ ]	NO [X]
4) Empresa Estatal	SI [ ]	NO [X]

REFERENCIAS

FINANCIERA

Nombre Entidad:	Teléfono:

COMERCIAL

Nombre Entidad:	Teléfono:

CONDICIONES DE LA NEGOCIACIÓN

VALOR SERVICIO

Total Prestac. Sociales:	22.21%	Total Seguridad Social Integral	20.46%	
Cesantías	8.33%	Salud - EPS	0.00%	Caja Comp. 4.00%
Int. Cesantías	1.00%	Pensión - AFP	12.00%	
Prima Servicios	8.33%	Riesgos Laborales - ARL	6.960%	
Vacaciones	4.55%	Seguro de Vida	1.50%	A.I.U. 10 %

Base para el A.I.U: SOBRE TODO EL 10%. EL VALOR DEL CONTRATO POR DOS MESES ES DE $186.438.214

Otros conceptos:

Dotación: SIN DOTACION

Examenes Médicos Ocupacionales Resolución 2346/07 AUTORIZA LA FACTURACION

Otros: EXAMEN DE OCUPACIONAL Y DOCUMENTO DE IDENTIFICACION.

Facturación:

Fecha límite facturación **Quincenal:** ( ) Fecha: _____ Mensual: (X) Fecha: _____

Elaboración factura: Unica: (X) Por centro de Costo: ( )

Documentos de soportes requeridos: NOMINA, FACTURA, DESPRENDIBLES DE PAGO & informes solicitados x la secretaria

Correo electrónico para el envío de la factura: RADICAR EN LA ALCALDIA DE IBAGUE

Contratado mareso para ARL certificacion examen ocupacional

TEMPORALES UNO-A S.A.	REGISTRO FICHA TECNICA	Revisó:	Profes. Calidad
		Aprobó:	Comité Calidad
		Fecha:	27/08/2019
		Página:	2 / 2
		Código:	RE-VS-05
		Versión	2

Pago de la factura: **Anticipado:** ( ) Día de pago _____ Vencido: (X) Día de pago: _____

Modalidad de pago: Cheque: ( ) Consignación: (X) Transferencia: (X)

Duración Contrato: Un Mes ( ) Dos meses (X) Tres meses ( ) Seis mes ( ) Un año ( )

OBSERVACIONES: EL PAGO DEL PRESENTE CONTRATO SERA: PAGO ANTICIPADO

CORRESPONDIENTE A 40% DEL VALOR DEL CONTRATO, PREVIA LEGALIZACION ACTA DE INICIO. PAGOS PARCIALES

PRIMER PAGO: 40% Y 20% AL FINALIZAR EL CONTRATO.

SERVICIO ACORDADO

Requiere proceso selección de personal: SI (X) NO ( )

Horario de trabajo: 08 HORAS

Forma pago al trabajador: Quincenal ( ) Mensual (X)

Reporte novedades: SI ( ) NO (X) Quincenal ( ) Mensual ( )

Requiere entregar Paz y Salvo al personal retirado: SI (X) NO ( )

Entrega Circular N° 001 Año 2020

Entrega desprendibles de pago de nómina: 1. Empresa Usuaria ( ) Cargo quien rec _____

2. Correo Electrónico ( ) _____

Documentos requeridos al Cliente:

Fotocopia Cámara de Comercio	SI	Fotocopia cédula ciudadanía del Representante Legal	SI
Fotocopia R U T	SI	Otros. Cuál?	

OBSERVACIONES: _____

Clientes referidos:

Razón Social: _____ Contacto: _____

Dirección _____ Tel. _____ Ciudad: _____

Servicio:

NOTA: Para efectos de este documento autorizo que se consulte mi información en la Central de Información de riesgos a la cual he suministrado los datos.

Bolivia Cadro Cadro

RESPONSABLE
TEMPORALES UNO A S.A.

Natalia Ely

FIRMA AUTORIZADA Y
SELLO EMPRESA USUARIA

DOCUMENTO CONTROLADO

15

Alcaldía Municipal
Ibagué
NIT.800113389-7
SECRETARIA DE SALUD

MODIFICATORIA No. 001 CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS URGENCIA MANIFIESTA0243 OEL 31 OE MARZO DEL 2020	
LUGAR Y FECHA DE SUSCRIPCIÓN:	**Ibagué, 29 de abril del 2020**
CONTRATISTA:	TEMPORALES UNO A S.A.
IDENTIFICACIÓN NIT/C.C	809.000.876-1
OBJETO:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE EMPLEO TEMPORAL PARA EL MANEJO DE LA ATENCIÓN A LA EMERGENCIA SANITARIA DECLARADA POR L GOBIERNO NACIONAL POR CAUSA DEL CORONAVIRUS COVID-19, ASÍ COMO REALIZAR LA RESPECTIVA SUPERVISIÓN DEL PERSONAL CONTRATADO
VALOR INICIAL:	CIENTO OCHENTA Y SEIS MILLONES CUATROCIENTOS TREINTA Y NUEVE MIL CUATROCIENTOS DIECIOCHO PESOS ($186.439.418) MCTE
PLAZO DE EJECUCIÓN :	Dos (02) MESES A PARTIR DE LA FIRMA DEL ACTA DEL INICIO

1. Entre los suscritos a saber, JOHANA XIMENA ARANA RIVERA, mayor de edad y vecina de esta ciudad, identificada con la cedula de ciudadanía No. 65.775.174, nombrada mediante Decreto 1000-0940 del 31 de octubre de 2019, ordenadora del Gasto según Decreto 1000-0101 del 08 de febrero de 2019, quien obra en nombre y representación del **MUNICIPIO DE IBAGUÉ**y quien para sus efectos de la presente acta MODIFICATORIA del contrato se denominara EL MUNICIPIO de una parte y de otra parte,TEMPORALES UNO A S.A. identificada con NIT No. 809.000.876-1, representada legalmente por NOLLY MERCEDES BELTRÁN GALEANO, mayor de edad y vecino de esta ciudad, identificado con la cédula de ciudadanía No. 38.260.480 de Ibagué, manifiesta bajo la gravedad del juramento no estar incurso en causal alguna de inhabilidad o de incompatibilidad para celebrar la presente modificaciónal contrato y que para los efectos del mismo se denominara,**EL CONTRATISTA,** que se acuerda celebrar la MODIFICATORIA No. 001 al Contrato de Prestación de Servicios Profesionales No. 0243 del 31 de marzo del 2020 , previas las siguientes consideraciones y cláusulas: **a)** Que el Municipio de Ibagué suscribió el Contratode Prestación de Servicios profesionales No.0243 del 31 de marzo del 2020. b) Que una vez suscrito el contrato entre las partes se establecieron las siguientes obligaciones: *"7. Imputación Presupuestal: EL MUNICIPIO DE IBAGUÉ pagara el gasto que ocasione el presente contrato con cargo a la identificación presupuestal No. 217308907582 "APOYO A LA EMERGENCIA SANITARIA POR CORONAVIRUS COVID-19 IBAGUÉ – TOLIMA", según certificado de disponibilidad presupuestal No. 1031-767 del 27 de marzo del 2020 por valor de CIENTO OCHENTA Y SEIS MILLONES CUATROCIENTOS TREINTA Y NUEVE MIL CUATROCIENTOS DIECIOCHO PESOS ($186.439.418) M/CTE, para efectos de la suscripción del presente contrato. El CDP es expedido por la dirección de Presupuesto de la Alcaldía de Ibagué"*

c) Que la supervisora del contratoNATALYA ANDREA QUINTERO GUZMÁN Directora de Salud Pública de la Secretaria de Salud Municipal, en su calidad de supervisora del Contrato No.0243 del 31 de marzo del 2020,celebro reunión el día 14 de abril del 2020 con la contratista TEMPORALES UNO A S.A, para proceder a la modificatoria del contrato en donde se suscribió Acta de Reunión Ordinaria de Auditoria, estableciendo una nueva cotización por la necesidad de las acciones Misionales para la atención del

Covid-19. *Se soporta cotización de horas dominicales con compensatorio de 4 enfermeras, 2 auxiliares de enfermería y 2 conductores y auxilio telefónico solicitado por la Secretaria de Salud Municipal de Ibagué, debido a la dinámica de acciones misionales para la atención del Covid-19. Con esta propuesta se modificará las condiciones contractuales fijadas dentro del clausulado del contrato No. 0243 del 31 de marzo del 2020. La actuación será documentada en el Secop II el día 15 de abril del 2020 por la Secretaria de Salud Municipal".* **d)** Que en la precitada reunión cuya fecha del acta es 15 de abril del 2020, se estableció que a causa de la renuncia de tres (3) trabajadores en la inducción del 13 de abril y un (1) trabajador que se realizó examen y no ingreso, en la cotización modificada se cotizaron cuatro (4) exámenes de ingreso con la finalidad de reemplazar el personal que no ingreso y que requiere presentar el examen de ingreso para la contratación con la empresa Temporales UNO A S.A. El valor de la cotización No 091 del 26 de marzo del 2020 se modificó el día 13 de abril del mismo año, donde se estipulo que en el primer mes solo se cobran los conceptos de: Examén de Ingreso, Carnet y Auxilio de teléfono, ya para el segundo mes solo se realizara el cobro del Auxilio de Teléfono, adicional al Auxilio de Transporte.

Se anexa cuadro comparativo del valor de la cotización N. 091 presentada el 26 de Marzo del 2020 en relación ala modificada el 13 de abril del 2020. Dando como resultado una diferencia a favor del Municipio por valor de $1.950.138.

COTIZACION N. 091. SUBIDA A SECOP II. INICIALMENTE APROBADA	COTIZACION N. 091 MODIFICADA POR ACCION MISIONAL	DIFERENCIA
PRESENTADA EL 26 DE MARZO 2020-SUBIDA AL SECOP II	PRESENTADA EL 13 DE ABRIL -EN REUNION ORDINARIA EL 14 DE ABRIL 2020	$ 1.950.138
NUMERO DE TRABAJADORES COTIZADOS 31 TRABAJADORES EN MISION	NUMERO DE TRABAJADORES A COTIZADOS . 30 TRABAJADORES EN MISION	
HORARIO DE 08 HORAS LUNES A SABADO SIN TIEMPO SUMPLEMENTARIOS	HORARIO DE LUNES A SABADO, CON AUTORIZACION DE 08 TRABAJADORES PARA LABORAR LOS 08 DOMINGOS DEL PERIODO DEL 13 ABRIL AL 12 DE JUNIO CON COMPENSATORIO PARA LOS CARGOS DE 04 ENFERMERAS-02AUXILIARES DE ENFERMERIA-02 CONDUCTORES-CON AUXILIO DE TELEFONO A TODO EL PERSONAL POR VALOR DE $30.000 POR CADA TRABAJADOR PARA CADA MES	
CON EXAMEN DE INGRESO POR VALOR DE $20.000 Y CARNET POR VALOR DE $10.000 PARA 30 TRABAJADORES	CON EXAMEN DE INGRESO POR VALOR DE $20.000 Y CARNET POR VALOR DE $10.000 PARA 30 TRABAJADORES ,MAS 04 EXAMENES ADICIONALES PARA REMPLAZAR PERSONAL QUE RENUNCIO O NO PASO EXAMEN	
VALOR COTIZACION POR DOS MESES	VALOR COTIZACION POR DOS MESES	
$ 186.439.418	$ 184.489.280	

Para efectos de revisión del presente acta, se anexan soportes de la cotización N. 091 del 26 de marzo del 2020 y la cotización modificada del 13 de abril del 2020 con la respectiva justificación.

Frente al valor del contrato del presente proceso contractual en la modalidad de contratación directa, cabe aclarar que será pagado por parte del Municipio de Ibagué de la siguiente manera:

1. PAGO ANTICIPADO: Primer pago correspondiente al 40% del valor del contrato, previa legalización suscripción del acta de inicio del acto contractual.

2. PAGO PARCIALES: El contrato se cancelara en pagos parciales, en un segundo (2) pago correspondiente al 40% del restante del valor del contrato y un tercer (3) pago al finalizar las actividades del contrato cuyo valor será la diferencia entre el valor de las actividades ejecutadas por el contratista menos el valor desembolsado hasta ese momento por el municipio.

, en su calidad de contratista. **e)** Con fundamento en lo anterior, las partes acuerdan.**CLAUSULA PRIMERA:**Modificar la Cláusula 7: "Imputación Presupuestal" que quedara de la siguiente manera: *EL MUNICIPIO DE IBAGUÉ pagara el gasto que ocasione el presente contrato con cargo a la identificación presupuestal No. 217308907582 "APOYO A LA EMERGENCIA SANITARIA POR CORONAVIRUS COVID-19 IBAGUÉ – TOLIMA", según certificado de disponibilidad presupuestal No. 1031-767 del 27 de marzo del 2020 por valor de CIENTO OCHENTA Y CUATRO MILLONES CUATROCIENTOS OCHENTA Y NUEVE MIL DOSCIENTOS OCHENTA PESOS ($184.489.280) M/CTE, para efectos de la suscripción del presente contrato. El CDP es expedido por la dirección de Presupuesto de la Alcaldía de Ibagué"*del contrato de Prestación de Servicios Urgencia Manifiesta No. 0243 del 31 de marzo del 2020..**CLAUSULA SEGUNDA:PERFECCIONAMIENTO.** La presente acta Modificatoria se perfecciona con la suscripción de las partes. **CLAUSULA TERCERA**: Las demás Cláusulas previstas en el Contrato principal, no sufren ningún tipo de modificación y continúan vigentes. En señal de conformidad y dando fé de lo Convenido, se firma por las partes y por el Supervisor quien se declara enterado del mismo, en la ciudad de Ibagué a los: 29 Abril del 2020.

ORDENADOR DEL GASTO - SUPERVISOR	POR EL CONTRATISTA
JHOANA XIMENA MIRANDA RIVERA Secretaria de Salud Municipal	NOLLY MERCEDES BETRAN GALEANO C.C. No. 38.260.480 de Ibagué, representante legal de **TEMPORALES UNO A S.A.** NIT. 809.000.876-1

SUPERVISOR,

NATALYA ANDREA QUINTERO GUZMÁN
Directora de Salud Publica
Secretaria de Salud Municipal

FUNCIONARIO / CONTRATISTA	NOMBRE Y CARGO / CATEGORÍA	FIRMA	FECHA
Proyectó:	Camilo Caro – Abogada SSMI		
Revisó:	Abogado Oficina de contratación		
Aprobó:	Magda Gisella Herrera Jimenez – Jefe Oficina de Contratación		

Alcaldía Municipal
Ibagué
NIT.800113389-7
SECRETARIA DE SALUD

ALCANCE ACTA MODIFICATORIA No. 001 CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS URGENCIA MANIFIESTA 0243 DEL 31 DE MARZO DEL 2020	
LUGAR Y FECHA DE SUSCRIPCIÓN:	Ibagué, 30 de abril del 2020
CONTRATISTA:	TEMPORALES UNO A S.A.
IDENTIFICACION NIT/C.C	809.000.876-1
OBJETO:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE EMPLEO TEMPORAL PARA EL MANEJO DE LA ATENCIÓN A LA EMERGENCIA SANITARIA DECLARADA POR L GOBIERNO NACIONAL POR CAUSA DEL CORONAVIRUS COVID-19, ASÍ COMO REALIZAR LA RESPECTIVA SUPERVISIÓN DEL PERSONAL CONTRATADO
VALOR INICIAL:	CIENTO OCHENTA Y SEIS MILLONES CUATROCIENTOS TREINTA Y NUEVE MIL CUATROCIENTOS DIECIOCHO PESOS ($186.439.418) MCTE
VALOR MODIFICADO:	CIENTO OCHENTA Y CUATRO MILLONES CUATROCIENTOS OCHENTA Y NUEVE MIL DOSCIENTOS OCHENTA PESOS ($184.489.280) MCTE
PLAZO DE EJECUCIÓN :	DOS (02) MESES A PARTIR DE LA FIRMA DEL ACTA DEL INICIO

Entre los suscritos a saber, JOHANA XIMENA ARANA RIVERA, mayor de edad y vecina de esta ciudad, identificada con la cedula de ciudadanía No. 65.775.174, nombrada mediante Decreto 1000-0940 del 31 de octubre de 2019, ordenadora del Gasto según Decreto 1000-0101 del 08 de febrero de 2019, quien obra en nombre y representación del **MUNICIPIO DE IBAGUÉ** y quien para sus efectos de la presente acta MODIFICATORIA del contrato se denominara EL MUNICIPIO de una parte y de otra parte,TEMPORALES UNO A S.A. identificada con NIT No. 809.000.876-1, representada legalmente por NOLLY MERCEDES BELTRÁN GALEANO, mayor de edad y vecino de esta ciudad, identificado con la cédula de ciudadanía No. 38.260.480 de Ibagué, manifiesta bajo la gravedad del juramento no estar incurso en causal alguna de inhabilidad o de incompatibilidad para celebrar la presente modificación al contrato y que para los efectos del mismo se denominara, EL **CONTRATISTA,** que se acuerda aclarar el ACTA MODIFICATORIA No. 001 al Contrato de Prestación de Servicios Urgencia Manifiesta No. 0243 del 31 de marzo del 2020 , previas las siguientes consideraciones: a) Que el Municipio de Ibagué suscribió el Contrato de Prestación de Servicios Urgencia Manifiesta No.0243 del 31 de marzo del 2020. b) Que el contrato de prestación de servicios urgencias manifiesta No. 0243 del 31 de marzo del 2020, tiene fecha de legalización 03 de abril del 2020. c) Que el contrato de prestación de servicios urgencias manifiesta No. 0243 del 31 de marzo del 2020, tiene fecha de Acta de Inicio 13 de abril del 2020. d) Que una vez suscrito el contrato entre las partes se estableció en la cláusula: "5". Valor: CIENTO OCHENTA Y SEIS MILLONES CUATROCIENTOS TREINTA Y NUEVE MIL CUATROCIENTOS DIECIOCHO PESOS ($186.439.418) MCTE, e) Que mediante Acta Modificatoria 001 del 29 de abril del 2020 se estableció en la cláusula: **"7".** *Imputación Presupuestal: EL MUNICIPIO DE IBAGUÉ pagara el gasto que ocasione el*

presente contrato con cargo a la identificación presupuestal No. 217308907582 "APOYO A LA EMERGENCIA SANITARIA POR CORONAVIRUS COVID-19 IBAGUÉ – TOLIMA", según certificado de disponibilidad presupuestal No. 1031-767 del 27 de marzo del 2020 por valor de CIENTO OCHENTA Y SEIS MILLONES CUATROCIENTOS TREINTA Y NUEVE MIL CUATROCIENTOS DIECIOCHO PESOS ($186.439.418) M/CTE, para efectos de la suscripción del presente contrato. El CDP es expedido por la dirección de Presupuesto de la Alcaldía de Ibagué". **f)** Como consecuencia, el valor a afectar es de CIENTO OCHENTA Y CUATRO MILLONES CUATROCIENTOS OCHENTA Y NUEVE MIL DOSCIENTOS OCHENTA PESOS ($184.489.280) MCTE. **g)** Que la supervisora del contrato NATALIA ANDREA QUINTERO GUZMÁN Directora de Salud Pública de la Secretaria de Salud Municipal, celebró reunión el dia 14 de abril del 2020 con la contratista TEMPORALES UNO A S.A, a efectos de proceder a la modificatoria del contrato en donde se suscribió Acta de Reunión Ordinaria de Auditoria, estableciendo una nueva cotización por la necesidad de las acciones Misionales para la atención del Coronavirus (Covid-19). *Se soporta cotización de horas dominicales con compensatorio de (4) enfermeras, (2) auxiliares de enfermería y (2) conductores y auxilio telefónico solicitado por la Secretaria de Salud Municipal de Ibagué, debido a la dinámica de acciones misionales para la atención del Coronavirus (Covid-19). Con esta propuesta se modificará las condiciones contractuales fijadas dentro del clausulado del contrato No. 0243 del 31 de marzo del 2020. La actuación será documentada en el Secop II el día 15 de abril del 2020 por la Secretaria de Salud Municipal".* **h)** Que en la precitada reunión cuya fecha del acta es 15 de abril del 2020, se estableció que a causa de la renuncia de tres (3) trabajadores en la inducción del 13 de abril y un (1) trabajador que se realizó examen y no ingreso, en la cotización modificada se cotizaron cuatro (4) exámenes de ingreso con la finalidad de reemplazar el personal que no ingresó y que requiere presentar el examen de ingreso para la contratación con la empresa Temporales UNO A S.A. El valor de la cotización No 091 del 26 de marzo del 2020 se modificó el día 13 de abril del mismo año, donde se estipulo que en el primer mes solo se cobran los conceptos de: Examen de Ingreso, Carnet y Auxilio de teléfono, ya para el segundo mes solo se realizara el cobro del Auxilio de Teléfono, adicional al Auxilio de Transporte.

Se anexa cuadro comparativo del valor de la cotización N. 091 presentada el 26 de Marzo del 2020 en relación a la modificada el 13 de abril del 2020. Dando como resultado una diferencia a favor del Municipio por valor de $1.950.138.

COTIZACION N. 091. SUBIDA A SECOP II- INICIALMENTE APROBADA	COTIZACION N. 091 MODIFICADA POR ACCION MISIONAL	DIFERENCIA
PRESENTADA EL 26 DE MARZO 2020-SUBIDA AL SECOP I	PRESENTADA EL 13 DE ABRIL -EN REUNION ORDINARIA EL 14 DE ABRIL 2020	
NUMERO DE TRABAJADORES COTIZADOS: 31 TRABAJADORES EN MISION	NUMERO DE TRABAJADORES A COTIZADOS : 30 TRABAJADORES EN MISION	
HORARIO DE 08 HORAS LUNES A SABADO, SIN TIEMPO SUMPLEMENTARIOS	HORARIO DE LUNES A SABADO, CON AUTORIZACION DE 08 TRABAJADORES PARA LABORAR LOS 08 DOMINGOS DEL PERIODO DEL 13 ABRIL AL 12 DE JUNIO CON COMPENSATORIO PARA LOS CARGOS DE 04 ENFERMERAS-02AUXILIARES DE ENFERMERIA-02 CONDUCTORES-CON AUXILIO DE TELEFONO A TODO EL PERSONAL POR VALOR DE $30.000 POR CADA TRABAJADOR PARA CADA MES	$ 1,950,138
CON EXAMEN DE INGRESO POR VALOR DE $20.000 Y CARNET POR VALOR DE $10.000 PARA 30 TRABAJADORES	CON EXAMEN DE INGRESO POR VALOR DE $20.000 Y CARNET POR VALOR DE $10.000 PARA 30 TRABAJADORES ,MAS 04 EXAMENES ADICIONALES PARA REMPLAZAR PERSONAL QUE RENUNCIO O NO PASO EXAMEN.	
VALOR COTIZACION POR DOS MESES	VALOR COTIZACION POR DOS MESES	
$ 186,439,418	$ 184,489,280	

Para efectos de revisión del presente acta, se anexan soportes de la cotización N. 091 del 26 de marzo del 2020 y la cotización modificada del 13 de abril del 2020 con la respectiva justificación.

Frente al valor del contrato del presente proceso contractual en la modalidad de contratación directa, cabe aclarar que será pagado por parte del Municipio de Ibagué de la siguiente manera:

1. PAGO ANTICIPADO: Primer pago correspondiente al 40% del valor del contrato, previa legalización suscripción del acta de inicio del acto contractual.

2. PAGO PARCIALES: El contrato se cancelará en pagos parciales, en un segundo (2) pago correspondiente al 40% del restante del valor del contrato y un tercer (3) pago al finalizar las actividades del contrato cuyo valor será la diferencia entre el valor de las actividades ejecutadas por el contratista menos el valor desembolsado hasta ese momento por el municipio.

i) Con fundamento en lo anterior, las partes acuerdan, hacer alcance a la Cláusula número cinco (5) del contrato de prestación de servicios urgencia manifiesta 0243 del 31 de marzo del 2020. **CLAUSULA PRIMERA:** Conforme al contrato inicial se hace alcance y se Modifica la Cláusula 5, la cual quedará de la siguiente manera: **"5". Valor**: CIENTO OCHENTA Y CUATRO MILLONES CUATROCIENTOS OCHENTA Y NUEVE MIL DOSCIENTOS OCHENTA PESOS ($184.489.280) MCTE; así mismo, conforme al Acta Modificatoria 001 del 29 de abril del 2020 se estableció en la **cláusula "7": Imputación Presupuestal:** *EL MUNICIPIO DE IBAGUÉ pagara el gasto que ocasione el presente contrato con cargo a la identificación presupuestal No. 217308907582 "APOYO A LA*

EMERGENCIA SANITARIA POR CORONAVIRUS COVID-19 IBAGUÉ – TOLIMA", según certificado de disponibilidad presupuestal No. 1031-767 del 27 de marzo del 2020 por valor de CIENTO OCHENTA Y CUATRO MILLONES CUATROCIENTOS OCHENTA Y NUEVE MIL DOSCIENTOS OCHENTA PESOS ($184.489.280) M/CTE, para efectos de la suscripción del presente contrato. El CDP es expedido por la dirección de Presupuesto de la Alcaldía de Ibagué" del contrato de Prestación de Servicios Urgencia Manifiesta No. 0243 del 31 de marzo del 2020. CLAUSULA SEGUNDA: PERFECCIONAMIENTO. El alcance del acta Modificatoria 001 del 29 de abril del 2020 se perfecciona con la suscripción de las partes. CLAUSULA TERCERA: Las demás Cláusulas previstas en el Contrato principal, no sufren ningún tipo de modificación y continúan vigentes. En señal de conformidad y dando fe de lo Convenido, se firma por las partes y por el Supervisor quien se declara enterado del mismo, en la ciudad de Ibagué a los: 30 abril del 2020.

ORDENADOR DEL GASTO - SUPERVISOR	POR EL CONTRATISTA
JHOANA XIMENA ARANDA RIVERA Secretaria de Salud Municipal	NOLLY MERCEDES BELTRAN GALEANO C.C. No. 38.260.480 de Ibagué, representante legal de TEMPORALES UNO A S.A. NIT. 809.000.876-1

SUPERVISOR,

NATALIA ANDREA QUINTERO GUZMÁN
Directora de Salud Publica
Secretaria de Salud Municipal

FUNCIONARIO / CONTRATISTA	NOMBRE Y CARGO / CATEGORÍA	FIRMA	FECHA
Proyectó:	Camilo Caro – Abogada SSMI		
Revisó:	Abogado Oficina de contratación		21-05-2020
Aprobó:	Magda Gisella Herrera Jimenez – Jefe Oficina de Contratación		

REUNION ORDINARIA AUDITORIA DE CONTRATO 0243 DEL 31 DE MARZO DE 2020

ACTA

FECHA: Ibagué, 14 de abril de 2020

HORA: 4:00 pm

LUGAR: Secretaria de salud municipal

ASISTENTES: Belladith Cardoso Cardoso, Ejecutiva comercial Temporales UNOA
Natalia Andrea Quintero Guzmán, Directora de Salud Pública.

ORDEN DEL DIA: Verificación parcial de las obligaciones contractuales del contrato 0243 del 31 de marzo de 2020.

DESARROLLO:

Se inicia reunión con la empresa Temporales UNOA ejecutor del contrato 0243 del 31 de marzo de 2020, que tiene como objetivo la verificación de la documentación legal frente a la contratación del personal en misión.

1. Se evidencia documento donde se relaciona el personal contratado por la temporal (27 personas con contrato activo, 16 auxiliares de enfermeria, 6 enfermeras, 4 auditores y 1 conductor); así mismo, relacionan personal que inicio proceso contractual, pero desisten de manera voluntaria (3 personas) y una auxiliar de enfermería que no aprueba examen de ingreso.

2. La temporal soporta documentación de cada persona activa:
   a. Contrato.
   b. Examen de Ingreso.
   c. Afiliación a ARL, EPS, Pensión y Caja de compensación.
   d. Fotocopia de la cedula de ciudadanía.

La versión vigente y controlada de este documento, solo podrá ser consultada a través de la plataforma PISAMI y/o de Intranet de la Administración Municipal. La copia o impresión diferente a la publicada, será considerada como documento no controlado y su uso indebido no es responsabilidad de la Alcaldía de Ibagué

e. Entrevista individual.

Dentro de los hallazgos se observa faltante del soporte del contrato de Erika Patricia González Guzmán y María Isabel Morales Ruge; indican que esta será entregada a la secretaria de salud el día 15 de abril de 2020.

3. Se evidencia soporte de carta de renuncia de y soporte de examen de ingreso de Erika Johana Caballero Camelo y Angie Beatriz Bonilla Rodríguez. Se encuentra pendiente documento de renuncia de Wilmar Jamir Ramírez Lozano y el soporte del examen de ingreso de Francedi Gaitán Torres que no lo aprobó, que será entregado en a la supervisora del contrato el día 15 de abril de 2020.

4. Se soporta cotización de horas dominicales con compensatorio de 4 enfermeras, 2 auxiliares de enfermería y 2 conductores y auxilio de telefónico solicitado por la secretaria de salud municipal debido a la dinámica de acciones misionales para la atención del COVID19. Con esta propuesta se modificará las condiciones contractuales fijadas dentro del clausulado del contrato 0243 del 31 de marzo de 2020. La actuación será documentada en la SECOP II el día 15 d abril de 2020 por la secretaria de salud municipal.

La cotización fue revisada por el abogado de la secretaria de salud municipal Hector Camilo Caro Castro y por la supervisora del contrato.

Se solicita a la empresa de servicio temporal UNOA, envio del listado de los empleados en misión con la siguiente información:

- Nombre completo.
- Número de identificación.
- Cargo.
- Automóvil o moto.
- Placa.

Al correo electrónico saludpublica@ibague.gov.co el dia 15 de abril de 2020, con el propósito de emitir circular informativa para garantizar movilidad.

La secretaria de salud municipal se compromete al envío de los formatos de alcaldia para la presentación de las cuentas de cobro al correo electrónico ejecutivacomercial@temporalesunoa.com.co el día 15 de abril de 2020.

La versión vigente y controlada de este documento, solo podrá ser consultada a través de la plataforma PISAMI y/o de Intranet de la Administración Municipal. La copia o impresión diferente a la publicada, será considerada como documento no controlado y su uso indebido no es responsabilidad de la Alcaldía de Ibagué

Se da por terminada la reunión a las 19:00.

Belladith Cardoso Cardoso
Ejecutiva comercial
Temporales UNOA

Natalia Quintero Guzmán
Directora de Salud Publica
Supervisora

Héctor Camilo Caro Castro
Abogado

La versión vigente y controlada de este documento, solo podrá ser consultada a través de la plataforma PISAMI y/o de Intranet de la Administración Municipal. La copia o impresión diferente a la publicada, será considerada como documento no controlado y su uso indebido no es responsabilidad de la Alcaldía de Ibagué

TEMPORALES ®
UNO-A S.A.
NIT. 809.000.876-1

"Suministro de Trabajadores en Misión"

Ibagué, Abril 14 de 2020
CE/RC/2020-007

Señores
ALCALDIA MUNICIPAL DE IBAGUE
SECRETARIA DE SALUD
Entidad Contratante
MUNICIPIO DE IBAGUE
Ciudad.

Asunto: Justificación modificación Valor de la cotización N. 091- Clausulado N. 0243-2020

Respetados señores:

Por medio de la presente me permito informar que en la primera reunión con el personal temporal contratado que inicio labor el día 13 de Abril del presente año en las instalaciones de la secretaria de salud Municipal. Se evidencio la necesidad de que 08 trabajadores en misión, laboren los días domingos turnos diurnos comprendidos de 08 horas lo cuales no estaban contemplados en la cotización Inicial N. 091. Adicional a lo antes mencionado se vio la necesidad en esta reunión de establecer un auxilio de teléfono a todo el personal contratado, en motivo que en la inducción se les indico que el trabajo inicial comprendido son llamadas telefónicas a contactos , seguimiento ,supervisión y salidas donde se requiera la prestación del servicio para la atención de la emergencia Sanitaria COVID-19 y la información antes mencionada se encontraba contemplada en el clausulado 0243-2020 con conocimiento tanto trabajadores en misión contratados , como EST, pero no mencionaba que estas llamadas debían ser asumidas por cada trabajador y no se contemplo en la cotización inicial el auxilio de teléfono, ni los recargos dominicales con anterioridad, por que se desconocía la información. Tanto así que en la cotización inicial N. 091, indica que no tiene tiempo suplementario.

En la reunión de inducción del 13 de abril , 03 trabajadores contratados renunciaron por motivo que no se sentían en capacidad de continuar con el trabajo, ni contaban con los recursos económicos para ejercer la labor. En ocasión a estas respuestas se evaluó la reunión con la Doctora Natalia Quintero y se presento una nueva cotización el 14 de abril del 2020 con el auxilio de teléfono por valor de $30.000 por mes a cada trabajador en misión y se cotizo 04 enfermeras , 02 auxiliares de enfermería y 02 conductores, para

que puedan laborar turnos de 08 horas el domingo con un día de compensatorio.

A causa de la renuncia de 03 trabajadores, en la inducción y 01 trabajador que se realizó el examen y que no ingreso. En la cotización modificada se cotizaron 04 exámenes de ingreso con la finalidad de reemplazar el personal que no ingreso y que requiere presentar el examen de ingreso para la contratación.

En conclusión la cotización N. 091 del 26 de marzo del 2020 por valor de $186.439.418 presenta modificación en su valor, por que el personal a contratar que inicialmente eran 31 trabajadores, cambia a 30 trabajadores con la finalidad de que el recurso económico presupuestado ,no incremente y que el valor del costo presupuestado del trabajador N. 31, pueda asumir el costo de la cotización modificada y presentada en acta el día 14 de abril 2020,con el ánimo de cumplir con nuevas necesidades que se presentaron para la prestación del servicio las cuales son las siguientes:

En la cotización elaborada el 13 de abril del 2020 se evidencia:

1. Se cotiza 30 trabajadores en misión. Con examen de ingreso y documento de identificación de $30.000 por única vez , más un auxilio de teléfono de $30.000 por cada mes para un total de $60.000 por los dos meses. Este valor esta discriminado en otros conceptos por cada trabajador.

2. Se cotiza según autorización de supervisora del contrato la Doctora Natalia Quintero ,08 trabajadores para trabajar los días domingos con un día de compensatorio el siguiente personal.

4 Enfermeras
2 Auxiliares de enfermería
2 Conductores.

Con 08 domingos verificados en los 02 meses de contratación del 13 de abril al 12 de Junio, por cada trabajador con recargo dominical del 75% en la cotización del 13 de abril del 2020. Adicional el costo de 04 exámenes de ingreso para el reemplazo del personal que deserto del proceso cada uno de $33.627.

Información soportada en la cotización final N. 091 el día 13 de abril del 2020

modificada por el valor actual de $184.489.280, la cual no presenta incremento en el valor /precio que establece la propuesta, si no que fija la destinación del recurso según la necesidad del servicio para la ejecución y cumplimiento.

Con la presente justificación, se requiere de un acta modificatoria para realizar la respectiva facturación acorde a lo presentando.

Quedamos en total disposición y atención de lo que se pueda requerir en el proceso.

Belladith Cardoso Cardoso
BELLADITH CARDOSO CARDOSO
Ejecutiva Comercial
TEMPORALES UNO A S.A
Teléfono: 2633856 EXT 101
ejecutivacomercial@temporalesunoa.com
Cell: 3004772747

TEMPORALES UNO-A S.A.
NIT 800.000.876-1

"Suministro de Trabajadores en Misión"

Ibagué, Abril 15 de 2020
CE/RC/2020-006

Señores
ALCALDIA MUNICIPAL DE IBAGUE
SECRETARIA DE SALUD
Entidad Contratante
MUNICIPIO DE IBAGUE
Ciudad.

Asunto: Envió de documentación pendiente Acta 14 de Abril-2020- Contrato N. 0243-2020

Respetados señores:

Por medio de la presente me permito enviar documentación que se encontraba faltante en el acta del 14 de abril -2020.

A continuación relaciono:

1. Copia del contrato N. IB-041978 firmado de Erika Patricia Gonzalez Guzman.

2. Copia del contrato N. IB-041971 firmado de Maria Isabel Morales Ruge.

3. Copia carta de renuncia del señor William Jamir Ramirez Lozano que firmo contrato el 08 de abril para iniciar labor el 13 de abril y desistió de la vacante el mismo día de la labor.

4.Copia del examen de ingreso de la señora Francedi Gaitán Torres ,que no aprobó la contratación por motivo de resultado en las pruebas psicotécnicas.

5. Listado de los empleados en misión con información de: Nombre completo, Número de identificación, Cargo, Vehículo, Placa.

Quedamos en total disposición y atención de lo que se pueda requerir en el proceso.

BELLADITH CARDOSO CARDOSO
Ejecutiva Comercial
TEMPORALES UNO A S A
Teléfono: 2633856 EXT 101
ejecutivacomercial@temporalesuno a.com
Cell: 3004772747

Rdo Datalaboral 21 abril 2020

TEMPORALES UNO-A S.A.

Ejecutiva Comercial Temporales UNO-A <ejecutivacomercial@temporalesunoa.com.co>

Confirmación contratación Auxiliar de Enfermería-Secretaria de salud.

1 mensaje

Ejecutiva Comercial Temporales UNO-A <ejecutivacomercial@temporalesunoa.com.co> 17 de abril de 2020, 14:49
Para: saludpublica@ibague.gov.co, hcamilocaro.abogado@hotmail.com

Buenas tardes.

Respetada Doctora.
NATALIA QUINTERO
Directora Salud ´Publica
SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA

Asunto: Confirmación contratación Auxiliar de Enfermeria -Secretaria de Salud,.

Con la presente me permito adjuntar documentación del nuevo ingreso para el cargo de auxiliar de enfermería que inicia el dia de mañana 17 de Abril del 2020. La trabajadora en misión CAROL MELISA RICO MARTINEZ.
La copia de los documentos adjuntos se entregará en físico el dia lunes 20 de abril del 2020 en sus instalaciones.

Está pendiente en el momento que me envíen dos hojas de vida , una para el cargo de :
CONDUCTOR, ya que el enviado el día de ayer, no paso, por que tiene dos comparendos y no tiene pase vigente de conducción , este se encuentra vencido

La segunda hoja de vida es para AUXILIAR DE ENFERMERIA, para completar toda la contratación del personal.

Mi Doctora Natalia: Estoy pendiente de que me puedan confirmar lo del acta modificatoria para pasar por ella y solicitar la firma de la Gerencia. Además que nos reunamos para hablar de los formatos que se requieren para la supervisión y radicación de las facturas, por que el dia que visite a la señora AIDE ella me explico el proceso y documentación, pero tenía dudas de los formatos de los informes de supervisión de la temporal, que debemos radicar con la factura.

Quedo pendiente de su disponibilidad para tratar los temas mencionados.

Cordial Saludo.
--

Belladith Cardoso Cardoso

Ejecutiva Comercial

Cra 7 N°14-26 piso 3 Edificio Alcalá

Ibagué - Tolima

Tel. 2 633856 Ext 101 Cel. 300 4772747

TEMPORALES UNO-A S.A.

DOCUMENTOS NUEVO INGRESO -AUXILIAR DE ENFERMERIA CAROL MELISA RICO MARTINEZ.pdf
1223K

TEMPORALES UNO A S.A.

"Suministro de trabajadores en Misión"

Ibagué, Abril 17 de 2020
CE/RC/2020-009

Señores
ALCALDIA MUNICIPAL DE IBAGUE
SECRETARIA DE SALUD
Entidad Contratante
MUNICIPIO DE IBAGUE
Ciudad.

Asunto: Envió de documentación Nuevo Ingreso Auxiliar de Enfermería-18 de Abril -2020 pendiente- Contrato N. 0243-2020

Respetados señores:

Por medio de la presente me permito enviar documentación de nuevo ingreso para el cargo de auxiliar de enfermería

A continuación relaciono:

1. Copia del contrato N. IB-042016 firmado de Carol Melisa Rico Martinez.
2. Copia de afiliación ARL-SURA
3. Copia Afiliación EPS-SANITAS
4. Copia Afiliación Comfenalco
5. Copia Afiliación a pensión
6. Copia de la cedula
7. Copia de examen de Ingreso

Quedamos en total disposición y atención de lo que se pueda requerir en el proceso.

Natalia

21/Abril/2020

BELLADITH CARDOSO CARDOSO
Ejecutiva Comercial
TEMPORALES UNO A S.A
Teléfono: 2633856 EXT 101
ejecutivacomercial@temporalesuno-a.com
Cell: 3004772747

TEMPORALES UNO-A S.A.

Ejecutiva Comercial Temporales UNO-A <ejecutivacomercial@temporalesunoa.com.co>

Nuevos Ingresos ´para Auxiliar de Enfermeria y Conductor

1 mensaje

Ejecutiva Comercial Temporales UNO-A <ejecutivacomercial@temporalesunoa.com.co> 27 de abril de 2020, 16:43
Para: saludpublica@ibague.gov.co, HECTOR CAMILO CARO CASTRO <hcamilocaro.abogado@hotmail.com>, ilse_isaacs@hotmail.com

Buen dia.

Respetada Doctora:
NATALIA QUINTERO
Salud Pública
SECRETARÍA DE SALUD.

Asunto: Envío Documentación Nuevos Ingresos . Contrato N. 0243-2020.

Con la presente me permito adjuntar documentación solicitada. El dia de mañana será radicada la información en físico.

Los nuevos ingresos corresponden a una enfermera profesional y un conductor. Ya con este requerimiento quedamos con el personal completo como esta en el requerimiento y cotización.

--

Belladith Cardoso Cardoso

Ejecutiva Comercial

Cra 7 Nº14-26 piso 3 Edificio Alcalá

Ibagué - Tolima

Tel. 2 633856 Ext 101 Cel. 300 4772747

TEMPORALES UNO-A S.A.

3 archivos adjuntos

CARTA ENVIO DE DOCUMENTACION-NUEVOS INGRESOS DE PERSONAL.pdf
681K

DOCUMENTOS CONTRATACION-MARIO ALBERTO VIVAS MORALES-CONDUCTOR.pdf
13113K

DOCUMENTOS CONTRATACION-NATALY GARCIA NAVARRO-ENFERMERA PROFESIONAL.pdf
10173K

Ibagué, 13 de Abril / 2020

Señores
TEMPORALES UNO-A
Contratación
Ciudad

Asunto: Orden de Contratación Personal.

Apreciados señores:

Solicito de la contratación del siguiente personal en mención: El personal Si __x__ NO_____ requiere proceso de selección.

ITEM	NOMBRE	CEDULA	CARGO	SALARIO	FECHA DE INGRESO	CELULAR
1	MARIA CAROLINA LOPERA LOZANO	65552535	AUDITOR	$ 3,000,000	13/04/2020	3112883834
2	MARIA ISABEL MORALES RUGE	38254988	AUDITOR	$ 3,000,000	13/04/2020	3102911231
3	LEIDY YINETH RAMOS ZARTA	1110471430	AUDITOR	$ 3,000,000	13/04/2020	3102829971
4	HARLEN TATIANA OSPINA GUZMAN	65771508	AUDITOR	$ 3,000,000	13/04/2020	5160854-3164194274
5	NILSA XIMENA CIFUENTES CUBILLOS	1110503308	ENFERMERA PROFESIONAL	$ 2,300,000	13/04/2020	2636691
6	ERIKA JHOANA CABALLERO CAMELO	1110504193	ENFERMERA PROFESIONAL	$ 2,300,000	13/04/2020	3168077610
7	LINDA LUCIA MORA MONTAÑEZ	1110587870	ENFERMERA PROFESIONAL	$ 2,300,000	13/04/2020	3212294621
8	ANGELICA MARIA ZEA GALINDO	1110455881	ENFERMERA PROFESIONAL	$ 2,300,000	13/04/2020	3208259041
9	ANGIE BEATRIZ BONILLA	1110547002	ENFERMERA PROFESIONAL	$ 2,300,000	13/04/2020	3156169568
10	ANA MARIA OVIEDO	1110563470	ENFERMERA PROFESIONAL	$ 2,300,000	13/04/2020	3208259041
11	YENNY NATALY MARIN	1121507243	ENFERMERA PROFESIONAL	$ 2,300,000	13/04/2020	3168267685
12	HEIDY CAROLINA HERNANDEZ CAMACHO	1110569715	ENFERMERA PROFESIONAL	$ 2,300,000	13/04/2020	3178799085
13	ANA MARIA CORTES	1110477606	AUXILIAR DE ENFERMERIA	$ 1,300,000	13/04/2020	3223078849
14	JUAN SEBASTIAN OLIVERA ANDRADE	1110563164	AUXILIAR DE ENFERMERIA	$ 1,300,000	13/04/2020	3144825178
15	GISELL TATIANA HENAO RODRIGUEZ	1010248195	AUXILIAR DE ENFERMERIA	$ 1,300,000	13/04/2020	3229088195
16	MARYORI VELOZA TOVAR	1006007500	AUXILIAR DE ENFERMERIA	$ 1,300,000	13/04/2020	3154808828
17	LUISA FERNANDA AYALA	1110507022	AUXILIAR DE ENFERMERIA	$ 1,300,000	13/04/2020	3157824907
18	ERIKA PATRICIA GONZALEZ GUZMAN	24714336	AUXILIAR DE ENFERMERIA	$ 1,300,000	13/04/2020	3203524814
19	DIANA PAULINA PEREZ LOZADA	1105419221	AUXILIAR DE ENFERMERIA	$ 1,300,000	13/04/2020	3138026906
20	ROCIO DEL PILAR ORTIZ	38140054	AUXILIAR DE ENFERMERIA	$ 1,300,000	13/04/2020	3155710884
21	GINA VANESSA RODRIGUEZ LONDOÑO	1007371967	AUXILIAR DE ENFERMERIA	$ 1,300,000	13/04/2020	3108743104

22	SANDRA MILENA MONROY	65785147	AUXILIAR DE ENFERMERIA	$ 1,300,000	13/04/2020	3219010431
23	FRANCEDI GAITAN TORRES	1106778270	AUXILIAR DE ENFERMERIA	$ 1,300,000	13/04/2020	3187392293
24	LUZ ANGELICA RODRIGUEZ DEVIA	65769089	AUXILIAR DE ENFERMERIA	$ 1,300,000	13/04/2020	3142913014
25	ERIKA PAOLA SERRANO	1110586195	AUXILIAR DE ENFERMERIA	$ 1,300,000	13/04/2020	3142913014
26	YEIGNI DIAZ MONRROY	1110599619	AUXILIAR DE ENFERMERIA	$ 1,300,000	13/04/2020	3227412888
27	MARIANE FERNANDA RAMIREZ	1007787884	AUXILIAR DE ENFERMERIA	$ 1,300,000	13/04/2020	3123121351
28	MARIAN NATALIA ALVAREZ ACEVEDO	28549612	AUXILIAR DE ENFERMERIA	$ 1,300,000	13/04/2020	3043382820
29	ADRIANA HERNANDEZ LOZANO	1110509681	AUXILIAR DE ENFERMERIA	$ 1,300,000	13/04/2020	3219983318
30	WILLIAM JAMIR RAMIREZ LOZANO	5966866	CONDUCTOR	$ 1,000,000	13/04/2020	3107686756
31	GERMAN ENRIQUE LEIVA ESTRADA	93120253	CONDUCTOR	$ 1,000,000	13/04/2020	3123375966

OBSERVACIONES: Duración de Contrato 2 meses

HORARIO DE TRABAJO: 08 HORAS LUNES A SABADO

NIVEL DE RIESGO: 6.960%

Se autoriza la facturación de los exámenes médicos ocupacionales del personal en relación, asumiendo su costo total, teniendo en cuenta que si el personal no ingresa del mismo modo serán asumidos por la usuaria.

Atentamente;

Natalia Quintero Guzman

USUARIA: Natalia Q

CELL: 3212002383

Secretaria de Salud Municipal de Ibagué

Ibagué, 14 de Abril / 2020

Señores
TEMPORALES UNO-A
Contratación
Ciudad

Asunto: Orden de Contratación Personal.

Apreciados señores:

Solicito de la contratación del siguiente personal en mención: El personal Si __x__ NO____ requiere proceso de selección.

ITEM	NOMBRE	CEDULA	CARGO	SALARIO	FECHA DE INGRESO	CELULAR
1	LINA MARIA ROMERO GOMEZ	1110568769	AUXILIAR DE ENFERMERIA	$1.300.000	14/04/2020	3209780248
2	CAROL MELISA RICO MARTINE2	1110515406	AUXILIAR DE ENFERMERIA	$1.300.000	18/04/2020	3188650546

OBSERVACIONES: La fecha de terminación de contrato es el 12 de Junio 2020.

HORARIO DE TRABAJO: 08 HORAS LUNES A DOMINGO

NIVEL DE RIESGO: 6.960%

Se autoriza la facturación de los exámenes médicos ocupacionales del personal en relación, asumiendo su costo total, teniendo en cuenta que si el personal no ingresa del mismo modo serán asumidos por la usuaria.

Atentamente;

Natalia

USUARIA: MUNICIPIO DE IBAGUE-SECRETARIA DE SALUD
CELL: 3212002383

TEMPORALES
UNO-A S.A.
NIT 809.060 826-1

"Suministro de Trabajadores en Misión"

TEMPORALES UNO-A S.A.
PROPUESTA ECONOMICA
AÑO 2020- SIN DOTACION

COTIZACION N. 091-MODIFICADA RE-VS-04 V.1
PRESENTADA: ALCALDIA DE IBAGUE
FECHA DE PRESENTACION COTIZACION: 13 ABRIL 2020
IBAGUE-TOLIMA
SERVICIO: CONTRATACION SERVICIO DE EMPLEO TEMPORAL
CANTIDAD: 30 TRABAJADORES
OPCION: 1 SIN ELEMENTOS DE PROTECCION-SIN DOTACION
NIVEL DE RIESGO: 6.960%
TIEMPO DEL SERVICIO REQUERIDO INICIAL: 02 MES PRIMER MES

ITEM	CARGO	SALARIO	CONDICION CONTRATO DE TRABAJO	NUMERO DE EMPLEADOS	NIVEL DE RIESGO	TOTAL SERVICIO POR UN EMPLEADO MENSUAL	TOTAL SERVICIO POR NUMERO DE EMPLEADOS POR UN MES
1	ENFERMERAS PROFESIONALES	$ 2,300,000	NO TRABAJAN DOMINGOS-TIENEN AUXILIO DE TELEFONO	3	6.96	$ 3,848,509	$ 11,545,527
1	ENFERMERAS PROFESIONALES	$ 2,300,000	SI TRABAJAN DOMINGOS CON COMPENSATORIO-TIENE AUXILIO DE TELEFONO	4	6.96	$ 4,226,635	$ 16,906,540
2	AUXILIAR DE ENFERMERIA	$ 1,300,000	NO TRABAJAN DOMINGOS-TIENEN AUXILIO DE TELEFONO	15	6.96	$ 2,340,136	$ 35,102,040
2	AUXILIAR DE ENFERMERIA	$ 1,300,000	SI TRABAJAN DOMINGOS CON COMPENSATORIO-TIENE AUXILIO DE TELEFONO	2	6.96	$ 2,553,859	$ 5,107,718
3	PROFESIONAL CON ESPECIALIZACION EN AUDITORIA	$ 3,000,000	NO TRABAJAN DOMINGOS-TIENEN AUXILIO DE TELEFONO	4	6.96	$ 4,999,326	$ 19,997,304
4	CONDUCTORES	$ 1,000,000	SI TRABAJAN DOMINGOS CON COMPENSATORIO-TIENE AUXILIO DE TELEFONO	2	6.96	$ 2,011,331	$ 4,022,662
5	EXAMEN DE INGRESO Y CARNET	$ 120,000	COSTO DE EXAMEN DE INGRESO PERSONAL ADICIONAL-PARA EL REEMPLAZO DEL PERSONAL QUE NO PASO EXAMEN DE INGRESO O SE RETIRA	4	6.96	$ 33,627	$ 134,508
TOTAL SERVICIO POR UN MES				30			
							$ 92,816,299

TEMPORALES
UNO-A S.A. (R)
NIT 809.008.826-1

"Suministro de trabajadores en Mision"

TEMPORALES UNO-A S.A.
PROPUESTA ECONOMICA
AÑO 2020- SIN DOTACION

COTIZACION N. 091-MODIFICADA RE-VS-04 V.1
PRESENTADA. ALCALDIA DE IBAGUE
FECHA DE PRESENTACION COTIZACION. 13 ABRIL 2020
IBAGUE-TOLIMA
SERVICIO: CONTRATACION SERVICIO DE EMPLEO TEMPORAL
CANTIDAD 30 TRABAJADORES
OPCION 1 SIN ELEMENTOS DE PROTECCION-SIN DOTACION
NIVEL DE RIESGO 6.960%
TIEMPO DEL SERVICIO REQUERIDO INICIAL: 02 MES SEGUNDO MES

ITEM	CARGO	SALARIO	CONDICION CONTRATO DE TRABAJO	NUMERO DE EMPLEADOS	NIVEL DE RIESGO	TOTAL SERVICIO POR UN EMPLEADO MENSUAL	TOTAL SERVICIO POR NUMERO DE EMPLEADOS POR UN MES
1	ENFERMERAS PROFESIONALES	$ 2,300,000	NO TRABAJAN DOMINGOS-TIENEN AUXILIO DE TELEFONO	3	6.96	$ 3,814,882	$ 11,444,646
1	ENFERMERAS PROFESIONALES	$ 2,300,000	SI TRABAJAN DOMINGOS CON COMPENSATORIO-TIENE AUXILIO DE TELEFONO	4	6.96	$ 4,193,008	$ 16,772,032
2	AUXILIAR DE ENFERMERIA	$ 1,300,000	NO TRABAJAN DOMINGOS-TIENEN AUXILIO DE TELEFOND	15	6.96	$ 2,306,509	$ 34,597,635
2	AUXILIAR DE ENFERMERIA	$ 1,300,000	SI TRABAJAN DOMINGOS CON COMPENSATORIO-TIENE AUXILIO DE TELEFONO	2	6.96	$ 2,520,232	$ 5,040,464
3	PROFESIONAL CON ESPECIALIZACION EN AUDITORIA	$ 3,000,000	NO TRABAJAN DOMINGOS-TIENEN AUXILIO DE TELEFONO	4	6.96	$ 4,965,899	$ 19,862,796
4	CONDUCTORES	$ 1,000,000	SI TRABAJAN DOMINGOS CON COMPENSATORIO-TIENE AUXILIO DE TELEFONO	2	6.96	$ 1,977,704	$ 3,955,408
TOTAL SERVICIO POR UN MES				30			$ 91,672,981
TOTAL SERVICIO DOS MESES							$ 184,489,280

LA PRESENTE COTIZACION INCLUYE EXAMEN DE INGRESO OCUPACIONAL Y DOCUMENTO DE IDENTIFICACION POR EL VALOR DE $30000 VALOR DISCRIMADO EN LA PRESENTE COTIZACION, POR UNICA VEZ AL INGRESO DEL TRABAJADOR EBN MISION

LAS COTIZACIONES ADJUNTAS INCLUYEN, RECARGOS DEL 75% CORRESPONDIENTES A 04 DOMINICALES POR CADA MES , SOLO DE 04 ENFERMERAS,02 AUXILIARES DE ENFERMERIA Y 02 CONDUCTORES , PERSONAL AUTORIZADO PARA LABORAR DOMINGOS POR LA SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL

INCLUYE AUXILIO DE TELEFONO PARA EL PERSONAL CONTRATADO POR VALOR MENSUAL DE $30 000

TEMPORALES
UNO-A S.A.
NIT. 805.000.826-1

SOS
"Suministro de Trabajadores en Mision"

TEMPORALES UNO-A S.A.
PROPUESTA ECONOMICA
AÑO 2020- SIN DOTACION

COTIZACION N. 091-MODIFICADA RE-VS-04 V.1
PRESENTADA ALCALDIA DE IBAGUE
FECHA DE PRESENTACION COTIZACION 13 ABRIL 2020
IBAGUE-TOLIMA
SERVICIO CONTRATACION SERVICIO DE EMPLEO TEMPORAL
CANTIDAD 30 TRABAJADORES
OPCION 1 SIN ELEMENTOS DE PROTECCION-SIN DOTACION
NIVEL DE RIESGO 6.960%
TIEMPO DEL SERVICIO REQUERIDO INICIAL: 02 MES PRIMER MES

ITEM	CARGO	SALARIO	CONDICION CONTRATO DE TRABAJO	NUMERO DE EMPLEADOS	NIVEL DE RIESGO	TOTAL SERVICIO POR UN EMPLEADO MENSUAL	TOTAL SERVICIO POR NUMERO DE EMPLEADOS POR UN MES
1	ENFERMERAS PROFESIONALES	$ 2,300,000	NO TRABAJAN DOMINGOS-TIENEN AUXILIO DE TELEFONO	3	6.96	$ 3,848,509	$ 11,545,527
1	ENFERMERAS PROFESIONALES	$ 2,300,000	SI TRABAJAN DOMINGOS CON COMPENSATORIO-TIENE AUXILIO DE TELEFONO	4	6.96	$ 4,226,635	$ 16,906,540
2	AUXILIAR DE ENFERMERIA	$ 1,300,000	NO TRABAJAN DOMINGOS-TIENEN AUXILIO DE TELEFONO	15	6.96	$ 2,340,136	$ 35,102,040
2	AUXILIAR DE ENFERMERIA	$ 1,300,000	SI TRABAJAN DOMINGOS CON COMPENSATORIO-TIENE AUXILIO DE TELEFONO	2	6.96	$ 2,553,859	$ 5,107,718
3	PROFESIONAL CON ESPECIALIZACION EN AUDITORIA	$ 3,000,000	NO TRABAJAN DOMINGOS-TIENEN AUXILIO DE TELEFONO	4	6.96	$ 4,999,326	$ 19,997,304
4	CONDUCTORES	$ 1,000,000	SI TRABAJAN DOMINGOS CON COMPENSATORIO-TIENE AUXILIO DE TELEFONO	2	6.96	$ 2,011,331	$ 4,022,662
5	EXAMEN DE INGRESO Y CARNET	$ 120,000	COSTO DE EXAMEN DE INGRESO PERSONAL ADICIONAL-PARA EL REEMPLAZO DEL PERSONAL, QUE NO PASO EXAMEN DE INGRESO O SE RETIRA	4	6.96	$ 33,627	$ 134,508
TOTAL SERVICIO POR UN MES				30			
							$ 92,816,299

TEMPORALES
UNO-A S.A.
NIT 809.000.876-1

"Suministro de Trabajadores en Misión"

TEMPORALES UNO-A S.A.
PROPUESTA ECONOMICA
SALARID $ 2.300.000
AÑO 2020- SIN DOTACION

RE-VS-04 V.1

ITEM. 1
ALCALDIA DE IBAGUE
CARGO: ENFERMERA PROFESIONAL
FECHA DE PRESENTACION: 13 DE ABRIL 2020
CANTIDAD. 03
NIVEL DE RIESGO: 6.960%
SIN ELEMENTOS DE PROTECCION : LUNES A SABADO 08 HORAS

CONCEPTO	% APLICADO	VR PARCIAL	COSTO LABORAL
SUELDO BASICO			$ 2,300,000
TOTAL DEVENGADO			$ 2,300,000
PRESTACIONES SOCIALES			
CESANTIAS	8.33%	$ 191,590	
INTERESES CESANTIAS	1.00%	$ 23,000	
PRIMA DE SERVICIOS	8.33%	$ 191,590	
VACACIONES *	4.55%	$ 104,650	
TOTAL PREST.SOCIALES	22.21%		$ 510,830
SEGURIDAD SOCIAL			
PENSION	12.000%	$ 276,000	
RIESGOS	6.960%	$ 160,080	
SEGURO DE VIDA	1.50%	$ 34,500	
TOTAL SEGURIDAD SOCIAL	20.46%		$ 470,580
APORTES CCF	4.00%		$ 92,000
OTROS CONCEPTOS			$ 60,000
EXAMEN OCUPACIONAL$20000		$ -	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACION$10000			
AUXILIO DE TELEFONO$30000			
SUBTOTAL COSTO LABORAL	46.67%		$ 3,433,410
A.I.U (AOMON. IMPREV. UTILIDAD)	10.00%		$ 343,341
TOTAL SERVICIO			$ 3,776,751
BASE DE IMPUESTOS PARA LIQUIDAR IVA	10.00%	$ 377,675	
I.V.A SOBRE BASE DE IMPUESTOS	19.00%		$ 71,758
TOTAL SERVICIO MENSUALX1 TRABAJADOR			$ 3,848,509
TOTAL SERVICIO MENSUALX3 TRABAJADORES			$ 11,545,527

Nota importante: El costo de exámenes ocupacionales es asumido por la empresa usuaria y estos se facturan según tarifa de proveedor. Si la empresa requiere que se le realicen otros exámenes adicionales como los de alturas para el ingreso del personal se realizan y se facturan segun requerimiento.

El valor de la presente cotización puede variar segun novedades reportadas por la empresa usuaria como: dominicales, horas, extras, recargos, incapacidades entre otros.

TEMPORALES
UNO-A S.A.
NIT 809.000.826-1

"Suministro de Trabajadores en Misión"

TEMPORALES UNO-A S.A.
PROPUESTA ECONOMICA
SALARIO $ 1.300.000
AÑO 2020- SIN DOTACION

RE-VS-04 V.1

ITEM .1
ALCALDIA DE IBAGUE
CARGO:ENFERMERIA PROFESIONAL
FECHA DE PRESENTACION: 13 DE ABRIL 2020
CANTIDAD. 4
NIVEL DE RIESGO. 6.960%
SIN ELEMENTOS DE PROTECCION

SOPORTE COTIZACION PRIMER MES
LUNES A DOMINGO 08 HORAS
CON COMPENSATORIO

CONCEPTO	% APLICADO	VR PARCIAL	COSTO LABORAL
SUELDO BASICO			$ 2,300,000
DOMINICAL CON COMPENSATORIO 75% 32 H			$ 230.000
TOTAL DEVENGADO			$ 2,530,000
PRESTACIONES SOCIALES			
CESANTIAS	8.33%	$ 210,749	
INTERESES CESANTIAS	1.00%	$ 25,300	
PRIMA DE SERVICIOS	8.33%	$ 210,749	
VACACIONES *	4.55%	$ 115,115	
TOTAL PREST.SOCIALES	22.21%		$ 561,913
SEGURIDAD SOCIAL			
PENSION	12.000%	$ 303,600	
RIESGOS	6.960%	$ 176,088	
SEGURO DE VIDA	1.50%	$ 37,950	
TOTAL SEGURIDAD SOCIAL	20.46%		$ 517,638
APORTES CCF	4.00%		$ 101,200
OTROS CONCEPTOS			$ 60,000
EXAMEN OCUPACIONAL$20000		$ -	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACION$10000			
AUXILIO DE TELEFONO$30000			
SUBTOTAL COSTO LABORAL	46.67%		$ 3,770,751
A.I.U. (ADMON, IMPREV, UTILIDAD)	10.00%		$ 377,075
TOTAL SERVICIO			$ 4,147,826
BASE DE IMPUESTOS PARA LIQUIDAR IVA	10.00%	$ 414,783	
I.V.A SOBRE BASE DE IMPUESTOS	19.00%		$ 78,809
TOTAL SERVICIO MENSUALX1 TRABAJADOR			$ 4,226,635
TOTAL SERVICIO MENSUALX4 TRABAJADORES			$ 16,906,540

Nota importante: El costo de exámenes ocupacionales es asumido por la empresa usuaria y estos se facturan segun tarifa de proveedor. Si la empresa requiere que se le realicen otros exámenes adicionales como los de alturas para el ingreso del personal se realizan y se facturan segun requerimiento.

TEMPORALES
UNO-A S.A.
NIT. 809.009 876-1

"Suministro de Trabajadores en Misión"

TEMPORALES UNO-A S.A.
PROPUESTA ECONOMICA
SALARIO $ 1.300.000
AÑO 2020- SIN DOTACION

RE-VS-04 V.1

ITEM .2
ALCALDIA DE IBAGUE
CARGO: AUXILIAR DE ENFERMERIA
FECHA DE PRESENTACION: 13 DE ABRIL 2020
CANTIDAD: 15
NIVEL DE RIESGO: 6.960% : LUNES A SABADO 08 HORAS
SIN ELEMENTOS DE PROTECCION

CONCEPTO	% APLICADO	VR PARCIAL	COSTO LABORAL
SUELDO BASICO			$ 1,300,000
AUXILIO DE TRANSPORTE			$ 102,854
TOTAL DEVENGADO			$ 1,402,854
PRESTACIONES SOCIALES			
CESANTIAS	8.33%	$ 116,858	
INTERESES CESANTIAS	1.00%	$ 14,029	
PRIMA DE SERVICIOS	8.33%	$ 116,858	
VACACIONES *	4.55%	$ 59,150	
TOTAL PREST.SOCIALES	22.21%		$ 306,895
SEGURIDAD SOCIAL			
PENSION	12.000%	$ 156,000	
RIESGOS	6.960%	$ 90,480	
SEGURO DE VIDA	1.50%	$ 19,500	
TOTAL SEGURIDAD SOCIAL	20.46%		$ 265,980
APORTES CCF	4.00%		$ 52,000
OTROS CONCEPTOS			$ 60,000
EXAMEN OCUPACIONAL$20000		$ -	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACION $10000			
AUXILIO DE TELEFONO $30000			
SUBTOTAL COSTO LABORAL	46.67%		$ 2,087,729
A.I.U (ADMON, IMPREV, UTILIDAD)	10.00%		$ 208,773
TOTAL SERVICIO			$ 2,296,502
BASE DE IMPUESTOS PARA LIQUIDAR IVA	10.00%	$ 229,650	
I.V.A SOBRE BASE DE IMPUESTOS	19.00%		$ 43,634
TOTAL SERVICIO MENSUALX1 TRABAJADOR			$ 2,340,136
TOTAL SERVICIO MENSUALX15 TRABAJADORES			$ 35,102,040

Nota importante: El costo de exámenes ocupacionales es asumido por la empresa usuaria y estos se facturan según tarifa de proveedor. Si la empresa requiere que se le realicen otros examenes adicionales como los de alturas para el ingreso del personal se realizan y se facturan según requerimiento.

El valor de la presente cotización puede variar según novedades reportadas por la empresa usuaria como: dominicales, horas, extras, recargos, incapacidades entre otros.

TEMPORALES
UNO-A S.A.
NIT 809.000.826-1

"Suministro de Trabajadores en Mision"

TEMPORALES UNO-A S.A.
PROPUESTA ECONOMICA
SALARIO $ 1.300.000
AÑO 2020- SIN DOTACION

RE-VS-04 V.1

ITEM .2
ALCALDIA DE IBAGUE
CARGO: AUXILIAR DE ENFERMERIA
FECHA DE PRESENTACION: 13 DE ABRIL 2020
CANTIDAD: 2
NIVEL DE RIESGO 6.960% — LUNES A DOMINGO 08 HORAS
SIN ELEMENTOS DE PROTECCION — CON COMPENSATORIO

CONCEPTO	% APLICADO	VR PARCIAL	COSTO LABORAL
SUELDO BASICO			$ 1,300,000
DOMINICAL CON COMPENSATORIO 75% 32 H			$ 130,000
AUXILIO DE TRANSPORTE			$ 102,854
TOTAL DEVENGADO			$ 1,532,854
PRESTACIONES SOCIALES			
CESANTIAS	8.33%	$ 127,687	
INTERESES CESANTIAS	1.00%	$ 15,329	
PRIMA DE SERVICIOS	8.33%	$ 127,687	
VACACIONES *	4.55%	$ 65,065	
TOTAL PREST.SOCIALES	22.21%		$ 335,768
SEGURIDAD SOCIAL			
PENSION	12.000%	$ 171,600	
RIESGOS	6.960%	$ 99,528	
SEGURO DE VIDA	1.50%	$ 21,450	
TOTAL SEGURIDAD SOCIAL	20.46%		$ 292,578
APORTES CCF	4.00%		$ 57,200
OTROS CONCEPTOS			$ 60,000
EXAMEN OCUPACIONAL$20000		$ -	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACION$10000			
AUXILIO DE TELEFONO$30000			
SUBTOTAL COSTO LABORAL	46.67%		$ 2,278,400
A.I.U. (ADMON. IMPREV. UTILIDAD)	10.00%		$ 227,840
TOTAL SERVICIO			$ 2,506,240
BASE DE IMPUESTOS PARA LIQUIDAR IVA	10.00%	$ 250,624	
I.V.A SOBRE BASE DE IMPUESTOS	19.00%		$ 47,619
TOTAL SERVICIO MENSUAL X1 TRABAJADOR			$ 2,553,859
TOTAL SERVICIO MENSUAL X2 TRABAJADORES			$ 5,107,718

Nota importante: El costo de exámenes ocupacionales es asumido por la empresa usuaria y estos se facturan según tarifa de proveedor. Si la empresa requiere que se le realicen otros exámenes adicionales como los de alturas para el ingreso del personal se realizan y se facturan según requerimiento.

El valor de la presente cotización puede variar según novedades reportadas por la empresa

TEMPORALES
UNO-A S.A.
NIT. 909.090.876-1

"Suministro de Trabajadores en Misión"

TEMPORALES UNO-A S.A.
PROPUESTA ECONOMICA
SALARIO $ 3.000.000
AÑO 2020- SIN DOTACION

RE-VS-04 V.1

ITEM. 3
ALCALDIA DE IBAGUE
CARGO: PROFESIONALES CON ESPECIALIZACION EN AUDITORIA
FECHA DE PRESENTACION. 26 DE MARZO 2020
CANTIDAD 4
NIVEL DE RIESGO: 6.960%
SIN ELEMENTOS DE PROTECCION

CONCEPTO	% APLICADO	VR PARCIAL	COSTO LABORAL
SUELDO BASICO			$ 3,000,000
TOTAL DEVENGADO			$ 3,000,000
PRESTACIONES SOCIALES			
CESANTIAS	8.33%	$ 249,900	
INTERESES CESANTIAS	1.00%	$ 30,000	
PRIMA DE SERVICIOS	8.33%	$ 249,900	
VACACIONES	4.55%	$ 136,500	
TOTAL PREST.SOCIALES	22.21%		$ 666,300
SEGURIDAD SOCIAL			
PENSION	12.000%	$ 360,000	
RIESGOS	6.960%	$ 208,800	
SEGURO DE VIOA	1.50%	$ 45,000	
TOTAL SEGURIDAD SOCIAL	20.46%		$ 613,800
APORTES CCF	4.00%		$ 120,000
OTROS CONCEPTOS			$ 60,000
EXAMEN OCUPACIONAL$20000		$ -	
OOCUMENTO DE IDENTIFICACIONS10000			
AUXILID DE TELEFONO$30000			
SUBTOTAL COSTO LABORAL	46.67%		$ 4,460,100
A.I.U. (ADMON. IMPREV. UTILIDAD)	10.00%		$ 446,010
TOTAL SERVICIO			$ 4,906,110
BASE DE IMPUESTOS PARA LIQUIDAR IVA	10.00%	$ 490,611	
I.V.A SOBRE BASE DE IMPUESTOS	19.00%		$ 93,216
TOTAL SERVICID MENSUALX1 TRABAJADOR			$ 4,999,326
TOTAL SERVICIO MENSUALX4TRABAJADORES			$ 19,997,304

Nota importante: El costo de exámenes ocupacionales es asumido por la empresa usuaria y estos se facturan según tarifa de proveedor. Si la empresa requiere que se le realicen otros exámenes adicionales como los de alturas para el ingreso del personal se realizan y se facturan según requerimiento.

El valor de la presente cotización puede variar según novedades reportadas por la empresa usuaria como: dominicales, horas, extras, recargos, incapacidades entre otros.

TEMPORALES
UNO-A S.A.
NIT 809.000.876-1

"Suministro de Trabajadores en Misión"

TEMPORALES UNO-A S.A.
PROPUESTA ECONÓMICA
SALARIO $ 1.000.000
AÑO 2020- SIN DOTACION

RE-VS-04 V.1

ITEM .4
ALCALDIA DE IBAGUE
CARGO: CONDUCTOR
FECHA DE PRESENTACION: 13 DE ABRIL 2020
CANTIDAD: 2
NIVEL DE RIESGO: 6.960% LUNES A DOMINGO 08 HORAS
SIN ELEMENTOS DE PROTECCION CON COMPENSATORIO

CONCEPTO	% APLICADO	VR PARCIAL	COSTO LABORAL
SUELDO BASICO			$ 1,000,000
DOMINICAL CON COMPENSATORIO 75% 32 H			$ 100,000
AUXILIO DE TRANSPORTE			$ 102,854
TOTAL DEVENGADO			$ 1,202,854
PRESTACIONES SOCIALES			
CESANTIAS	8.33%	$ 100,198	
INTERESES CESANTIAS	1.00%	$ 12,029	
PRIMA DE SERVICIOS	8.33%	$ 100,198	
VACACIONES	4.55%	$ 50,050	
TOTAL PREST.SOCIALES	22.21%		$ 262,475
SEGURIDAD SOCIAL			
PENSION	12.000%	$ 132,000	
RIESGOS	6.960%	$ 76,560	
SEGURO DE VIDA	1.50%	$ 16,500	
TOTAL SEGURIDAD SOCIAL	20.46%		$ 225,060
APORTES CCF	4.00%		$ 44,000
OTROS CONCEPTOS			$ 60,000
EXAMEN OCUPACIONAL$20000		$ -	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACION $10000			
AUXILIO DE TELEFONO$30000			
SUBTOTAL COSTO LABORAL	46.67%		$ 1,794,389
A.I.U. (ADMON. IMPREV. UTILIDAD)	10.00%		$ 179,439
TOTAL SERVICIO			$ 1,973,828
BASE DE IMPUESTOS PARA LIQUIDAR IVA	10.00%	$ 197,383	
I.V.A SOBRE BASE DE IMPUESTOS	19.00%		$ 37,503
TOTAL SERVICIO MENSUALX1 TRABAJADOR			$ 2,011,331
TOTAL SERVICIO MENSUALX 2 TRABAJADORES			$ 4,022,662

Nota importante: El costo de exámenes ocupacionales es asumido por la empresa usuaria y estos se facturan según tarifa de proveedor. Si la empresa requiere que se le realicen otros exámenes adicionales como los de alturas para el ingreso del personal se realizan y se facturan segun requerimiento.

El valor de la presente cotización puede variar según novedades reportadas por la emoresa

TEMPORALES ®
UNO-A S.A.
NIT. 809.000.876 1

"Suministro de Trabajadores en Mision"

TEMPORALES UNO-A S.A.
PROPUESTA ECONOMICA
AÑO 2020- SIN DOTACION

COTIZACION N. 091-MODIFICADA RE-VS-04 V.1
PRESENTADA. ALCALDIA DE IBAGUE
FECHA DE PRESENTACION COTIZACION 13 ABRIL 2020
IBAGUE-TOLIMA
SERVICIO CONTRATACION SERVICIO DE EMPLEO TEMPORAL
CANTIDAD. 30 TRABAJADORES
OPCION 1 SIN ELEMENTOS DE PROTECCION-SIN DOTACION
NIVEL DE RIESGO: 6.960%
TIEMPO DEL SERVICIO REQUERIDO INICIAL: 02 MES SEGUNDO MES

ITEM	CARGO	SALARIO	CONDICION CONTRATO DE TRABAJD	NUMERO DE EMPLEADDS	NIVEL DE RIESGO	TOTAL SERVICIO POR UN EMPLEADO MENSUAL	TOTAL SERVICIO POR NUMERO DE EMPLEADOS POR UN MES
1	ENFERMERAS PROFESIONALES	$ 2.300.000	NO TRABAJAN DOMINGOS-TIENEN AUXILIO DE TELEFONO	3	6 96	$ 3.814 882	$ 11 444,646
1	ENFERMERAS PROFESIONALES	$ 2.300,000	SI TRABAJAN DOMINGOS CON COMPENSATORIO-TIENE AUXILIO DE TELEFOND	4	8 96	$ 4.193.008	$ 16.772.032
2	AUXILIAR DE ENFERMERIA	$ 1 300 000	NO TRABAJAN DOMINGOS-TIENEN AUXILIO DE TELEFONO	15	6 96	$ 2 306.509	$ 34,597,635
2	AUXILIAR DE ENFERMERIA	$ 1.300.000	SI TRABAJAN DOMINGOS CON COMPENSATORIO-TIENE AUXILIO DE TELEFONO	2	6 96	$ 2.520 232	$ 5 040 484
3	PROFESIONAL CON ESPECIALIZACION EN AUDITORIA	$ 3 000 000	NO TRABAJAN DOMINGOS-TIENEN AUXILIO DE TELEFONO	4	6 96	$ 4 965 699	$ 19.862,796
4	CONDUCTORES	$ 1.000 000	SI TRABAJAN DOMINGOS CON COMPENSATORIO-TIENE AUXILIO DE TELEFONO	2	8 96	$ 1.977,704	$ 3.955,406
TOTAL SERVICIO POR UN MES				30			$ 91,672,961
TOTAL SERVICIO DOS MESES							$ 184,469,280

LA PRESENTE COTIZACION INCLUYE EXAMEN DE INGRESO OCUPACIONAL Y DOCUMENTO DE IDENTIFICACION POR EL VALOR DE $30000 VALOR DISCRIMADO EN LA PRESENTE COTIZACION, POR UNICA VEZ AL INGRESO DEL TRABAJADOR EBN MISION

LAS COTIZACIONES ADJUNTAS INCLUYEN. RECARGOS DEL 75% CORRESPONDIENTES A 04 DOMINICALES POR CADA MES , SOLO DE 04 ENFERMERAS,02 AUXILIARES DE ENFERMERIA Y 02 CONDUCTORES , PERSONAL AUTORIZADO PARA LABORAR DOMINGOS POR LA SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL

INCLUYE AUXILIO DE TELEFONO PARA EL PERSONAL CONTRATADO POR VALOR MENSUAL DE $30 000

TEMPORALES
UNO-A S.A.
NIT. 809.000 826-1

"Suministro de Trabajadores en Misión"

TEMPORALES UNO-A S.A.
PROPUESTA ECONOMICA
SALARIO $ 2.300.000
AÑO 2020- SIN DOTACION

RE-VS-04 V.1

ITEM. 1
ALCALDIA DE IBAGUE
CARGO: ENFERMERA PROFESIONAL
FECHA DE PRESENTACION: 13 DE ABRIL 2020
CANTIDAD: 03
NIVEL DE RIESGO: 6.960%
SIN ELEMENTOS DE PRDTECCION | LUNES A SABADO 08 HORAS

CONCEPTO	% APLICADO	VR PARCIAL	COSTO LABORAL
SUELOO BASICO			$ 2.300.000
TOTAL DEVENGADO			$ 2,300,000
PRESTACIONES SOCIALES			
CESANTIAS	8.33%	$ 191,590	
INTERESES CESANTIAS	1.00%	$ 23,000	
PRIMA DE SERVICIOS	8.33%	$ 191,590	
VACACIONES *	4.55%	$ 104,650	
TOTAL PREST.SOCIALES	22.21%		$ 510,830
SEGURIDAD SOCIAL			
PENSION	12.000%	$ 276,000	
RIESGOS	6.960%	$ 160,080	
SEGURO DE VIDA	1.50%	$ 34,500	
TOTAL SEGURIDAD SOCIAL	20.46%		$ 470,580
APORTES CCF	4.00%		$ 92,000
OTRDS CONCEPTOS			$ 30,000
		$ -	
AUXILIO DE TELEFONO			
SUBTOTAL COSTO LABORAL	46.67%		$ 3,403,410
A.I.U. (ADMON. IMPREV. UTILIDAD)	10.00%		$ 340,341
TOTAL SERVICIO			$ 3,743,751
BASE DE IMPUESTOS PARA LIQUIDAR IVA	10.00%	$ 374,375	
I.V.A SOBRE BASE DE IMPUESTOS	19.00%		$ 71,131
TOTAL SERVICIO MENSUALX1 TRABAJADOR			$ 3,814,882
TOTAL SERVICIO MENSUALX3 TRABAJADORES			$ 11,444,646

Nota importante: El costo de exámenes ocupacionales es asumido por la empresa usuaria y estos se facturan según tarifa de proveedor. Si la empresa requiere que se le realicen otros exámenes adicionales como los de alturas para el ingreso del personal se realizan y se facturan según requerimiento.

El valor de la presente cotización puede variar según novedades reportadas por la empresa usuaria como: dominicales, horas extras, recargos, incapacidades entre otros.

TEMPORALES
UNO-A S.A.
NIT. 809.000.876-1

"Suministro de Trabajadores en Misión"

TEMPORALES UNO-A S.A.
PROPUESTA ECONOMICA
SALARIO $ 1.300.000
AÑO 2020- SIN DOTACION

RE-VS-04 V.1

ITEM .1
ALCALDIA DE IBAGUE
CARGO:ENFERMERIA PROFESIONAL
FECHA DE PRESENTACION: 13 DE ABRIL 2020
CANTIDAD 4 SOPORTE COTIZACION SEGUNDO YES
NIVEL DE RIESGO: 6.960% LUNES A DOMINGO 08 HORAS
SIN ELEMENTOS DE PROTECCION CON COMPENSATORIO

CONCEPTO	% APLICADO	VR PARCIAL	COSTO LABORAL
SUELDO BASICO			$ 2,300,000
DOMINICAL CON COMPENSATORIO 75% 32 H			$ 230,000
TOTAL DEVENGADO			$ 2,530,000
PRESTACIDNES SOCIALES			
CESANTIAS	8.33%	$ 210,749	
INTERESES CESANTIAS	1.00%	$ 25,300	
PRIMA DE SERVICIOS	8.33%	$ 210,749	
VACACIONES *	4.55%	$ 115,115	
TOTAL PREST.SOCIALES	22.21%		$ 561,913
SEGURIDAD SOCIAL			
PENSION	12.000%	$ 303,600	
RIESGOS	6.960%	$ 176,088	
SEGURO DE VIDA	1.50%	$ 37,950	
TOTAL SEGURIDAD SOCIAL	20.46%		$ 517,638
APORTES CCF	4.00%		$ 101,200
OTROS CONCEPTOS			$ 30,000
		$ -	
AUXILIO DE TELEFONO$30000			
SUBTOTAL COSTO LABORAL	46.67%		$ 3,740,751
A.I.U. (ADMON, IMPREV, UTILIDAD)	10.00%		$ 374,075
TOTAL SERVICIO			$ 4,114,826
BASE DE IMPUESTOS PARA LIQUIDAR IVA	10.00%	$ 411,483	
I.V.A SOBRE BASE DE IMPUESTOS	19.00%		$ 78,182
TOTAL SERVICIO MENSUALX1 TRABAJADOR			$ 4,193,008
TOTAL SERVICIO MENSUALX4 TRABAJADORES			$ 16,772,032

Nota importante: El costo de exámenes ocupacionales es asumido por la empresa usuaria y estos se facturan según tarifa de proveedor. Si la empresa requiere que se le realicen otros exámenes adicionales como los de alturas para el ingreso del personal se realizan y se facturan según requerimiento.

El valor de la presente cotización puede variar según novedades reportadas por la empresa

TEMPORALES
UNO-A S.A.
NIT. 809.000.876-1

"Suministro de Trabajadores en Misión"

TEMPORALES UNO-A S.A.
PROPUESTA ECONOMICA
SALARIO $ 1.300.000
AÑO 2020- SIN DOTACION

RE-VS-04 V.1

ITEM .2
ALCALDIA DE IBAGUE
CARGO: AUXILIAR DE ENFERMERIA
FECHA DE PRESENTACION: 13 DE ABRIL 2020
CANTIDAD: 14
NIVEL DE RIESGO: 6,960% : LUNES A SABADO 08 HORAS
SIN ELEMENTOS DE PROTECCION

CONCEPTO	% APLICADO	VR PARCIAL	COSTO LABORAL
SUELDO BASICO			$ 1,300,000
AUXILIO DE TRANSPORTE			$ 102,854
TOTAL DEVENGADO			$ 1,402,854
PRESTACIONES SOCIALES			
CESANTIAS	8.33%	$ 116,858	
INTERESES CESANTIAS	1.00%	$ 14,029	
PRIMA DE SERVICIOS	8.33%	$ 116,858	
VACACIONES *	4.55%	$ 59,150	
TOTAL PREST.SOCIALES	22.21%		$ 306,895
SEGURIDAD SOCIAL			
PENSION	12.000%	$ 156,000	
RIESGOS	6.960%	$ 90,480	
SEGURO DE VIDA	1.50%	$ 19,500	
TOTAL SEGURIDAD SOCIAL	20.46%		$ 265,980
APORTES CCF	4.00%		$ 52,000
OTROS CONCEPTOS			$ 30,000
		$ -	
AUXILIO DE TELEFONO			
SUBTOTAL COSTO LABORAL	46.67%		$ 2,057,729
A.I.U. (ADMON, IMPREV, UTILIDAD)	10.00%		$ 205,773
TOTAL SERVICIO			$ 2,263,502
BASE DE IMPUESTOS PARA LIQUIDAR IVA	10.00%	$ 226,350	
I.V.A SOBRE BASE DE IMPUESTOS	19.00%		$ 43,007
TOTAL SERVICIO MENSUALX1 TRABAJADOR			$ 2,306,509
TOTAL SERVICIO MENSUALX15 TRABAJADORES			$ 34,597,635

Nota Importante: El costo de exámenes ocupacionales es asumido por la empresa usuaria y estos se facturan según tarifa de proveedor Si la empresa requiere que se le realicen otros exámenes adicionales como los de alturas para el ingreso del personal se realizan y se facturan según requerimiento.

El valor de la presente cotización puede variar según novedades reportadas por la empresa usuaria como: dominicales, horas, extras, recargos, incapacidades entre otros.

TEMPORALES
UNO-A S.A.
NIT. 809.000.826-1

"Suministro de Trabajadores en Misión"

TEMPORALES UNO-A S.A.
PROPUESTA ECONOMICA
SALARIO $ 1.300.000
AÑO 2020- SIN DOTACION

RE-VS-04 V.1

ITEM .2
ALCALDIA DE IBAGUE
CARGO: AUXILIAR DE ENFERMERIA
FECHA DE PRESENTACION: 13 DE ABRIL 2020
CANTIDAD: 2
NIVEL DE RIESGO: 6.960% LUNES A DOMINGO 08 HORAS
SIN ELEMENTOS DE PROTECCION CON COMPENSATORIO

CONCEPTO	% APLICADO	VR PARCIAL	COSTO LABORAL
SUELDO BASICO			$ 1,300,000
DOMINICAL CON COMPENSATORIO 75% 32 H			$ 130,000
AUXILIO DE TRANSPORTE			$ 102,854
TOTAL DEVENGADO			$ 1,532,854
PRESTACIONES SOCIALES			
CESANTIAS	8.33%	$ 127,687	
INTERESES CESANTIAS	1.00%	$ 15,329	
PRIMA DE SERVICIOS	8.33%	$ 127,687	
VACACIONES *	4.55%	$ 65,065	
TOTAL PREST.SOCIALES	22.21%		$ 335,768
SEGURIDAD SOCIAL			
PENSION	12.000%	$ 171,600	
RIESGOS	6.960%	$ 99,528	
SEGURO DE VIDA	1.50%	$ 21,450	
TOTAL SEGURIDAD SOCIAL	20.46%		$ 292,578
APORTES CCF	4.00%		$ 57,200
OTROS CONCEPTOS			$ 30,000
		$ -	
AUXILIO DE TELEFONO			
SUBTOTAL COSTO LABORAL	46.67%		$ 2,248,400
A.I.U. (ADMON, IMPREV, UTILIDAD)	10.00%		$ 224,840
TOTAL SERVICIO			$ 2,473,240
BASE DE IMPUESTOS PARA LIQUIDAR IVA	10.00%	$ 247,324	
I.V.A SOBRE BASE DE IMPUESTOS	19.00%		$ 46,992
TOTAL SERVICIO MENSUALX1 TRABAJADOR			$ 2,520,232
TOTAL SERVICIO MENSUALX2TRABAJADORES			$ 5,040,464

Nota importante: El costo de exámenes ocupacionales es asumido por la empresa usuaria y estos se facturan según tarifa de proveedor. Si la empresa requiere que se le realicen otros exámenes adicionales como los de alturas para el ingreso del personal se realizan y se facturan según requerimiento.

El valor de la prestación asumida puede variar según novedades reportadas por la empresa

TEMPORALES
UNO-A S.A. ®
NIT. 809.000.876-1

"Suministro de Trabajadores en Misión"

TEMPORALES UNO-A S.A.
PROPUESTA ECONOMICA
SALARIO $ 3.000.000
AÑO 2020- SIN DOTACION

RE-VS-04 V.1

ITEM. 3
ALCALDIA DE IBAGUE
CARGO. PROFESIONALES CON ESPECIALIZACION EN AUDITORIA
FECHA DE PRESENTACION: 26 DE MARZO 2020
CANTIDAD 4
NIVEL DE RIESGO: 6.960%
SIN ELEMENTOS DE PROTECCION

CONCEPTO	% APLICADO	VR PARCIAL	COSTO LABORAL
SUELDO BASICO			$ 3,000,000
TOTAL DEVENGADO			$ 3,000,000
PRESTACIONES SOCIALES			
CESANTIAS	8.33%	$ 249,900	
INTERESES CESANTIAS	1.00%	$ 30,000	
PRIMA DE SERVICIOS	8.33%	$ 249,900	
VACACIONES	4.55%	$ 136,500	
TOTAL PREST.SOCIALES	22.21%		$ 666,300
SEGURIDAD SOCIAL			
PENSION	12.000%	$ 360,000	
RIESGOS	6.960%	$ 208,800	
SEGURO DE VIDA	1.50%	$ 45,000	
TOTAL SEGURIOAD SOCIAL	20.46%		$ 613,800
APORTES CCF	4.00%		$ 120,000
OTROS CONCEPTOS			$ 30,000
		$ -	
AUXILIO DE TELEFONO			
SUBTOTAL COSTO LABORAL	46.67%		$ 4,430,100
A.I.U. (ADMON, IMPREV, UTILIDAD)	10.00%		$ 443,010
TOTAL SERVICIO			$ 4,873,110
BASE DE IMPUESTOS PARA LIQUIDAR IVA	10.00%	$ 487,311	
I.V.A SOBRE BASE DE IMPUESTOS	19.00%		$ 92,589
TOTAL SERVICIO MENSUALX1 TRABAJADOR			$ 4,965,699
TOTAL SERVICIO MENSUALX4TRABAJADORES			$ 19,862,796

Nota importante: El costo de exámenes ocupacionales es asumido por la empresa usuaria y estos se facturan según tarifa de proveedor. Si la empresa requiere que se le realicen otros exámenes adicionales como los de alturas para el ingreso del personal se realizan y se facturan según requerimiento.

El valor de la presente cotización puede variar según novedades reportadas por la empresa usuaria como: dominicales, horas extras, recargos, incapacidades entre otros.

TEMPORALES
UNO-A S.A.
NIT. 809.000.826-1

"Suministro de Trabajadores en Misión"

TEMPORALES UNO-A S.A.
PROPUESTA ECONOMICA
SALARIO $ 1.000.000
AÑO 2020- SIN DOTACION

RE-VS-04 V.1

ITEM ,4
ALCALDIA DE IBAGUE
CARGO: CONDUCTOR
FECHA DE PRESENTACION: 13 DE ABRIL 2020
CANTIDAD: 2
NIVEL DE RIESGO: 6,960%
SIN ELEMENTOS DE PROTECCION

LUNES A DOMINGO 08 HORAS
CON COMPENSATORIO

CONCEPTO	% APLICADO	VR PARCIAL	COSTO LABORAL
SUELDO BASICO			$ 1.000.000
DOMINICAL CON COMPENSATORIO 75% 32 H			$ 100,000
AUXILIO DE TRANSPORTE			$ 102,854
TOTAL DEVENGADO			$ 1,202,854
PRESTACIONES SOCIALES			
CESANTIAS	8.33%	$ 100,198	
INTERESES CESANTIAS	1.00%	$ 12,029	
PRIMA DE SERVICIOS	8.33%	$ 100,198	
VACACIONES *	4.55%	$ 50,050	
TOTAL PREST.SOCIALES	22.21%		$ 262,475
SEGURIDAD SOCIAL			
PENSION	12.000%	$ 132,000	
RIESGOS	6.960%	$ 76,560	
SEGURO DE VIDA	1.50%	$ 16,500	
TOTAL SEGURIDAD SOCIAL	20.46%		$ 225,060
APORTES CCF	4.00%		$ 44,000
OTROS CONCEPTOS			$ 30,000
AUXILIO DE TELEFONO		$ -	
SUBTOTAL COSTO LABORAL	46.67%		$ 1,764,389
A.I.U. (ADMON. IMPREV. UTILIDAD)	10.00%		$ 176,439
TOTAL SERVICIO			$ 1,940,828
BASE DE IMPUESTOS PARA LIQUIDAR IVA	10.00%	$ 194,083	
I.V.A SOBRE BASE DE IMPUESTOS	19.00%		$ 36,876
TOTAL SERVICIO MENSUALX1 TRABAJADOR			$ 1,977,704
TOTAL SERVICIO MENSUALX 2 TRABAJADORES			$ 3,955,408

Nota importante: El costo de exámenes ocupacionales es asumido por la empresa usuaria y estos se facturan según tarifa de proveedor. Si la empresa requiere que se le realicen otros exámenes adicionales como los de alturas para el ingreso del personal se realizan y se facturan según requerimiento.

El valor de la presente cotización puede variar según novedades reportadas por la empresa usuaria como: dominicales horas extras recargos incapacidades entre otros.

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 38.260.480
BELTRAN GALEANO

APELLIDOS
MOLLY MERCEDES

NOMBRES





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 22-ABR-1963
IBAGUE
(TOLIMA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.62 ESTATURA | B+ G.S. RH | F SEXO

18-OCT-1982 IBAGUE
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-2300100-00078341-F-0038260480-20080825 0003705844A 2 8410004610

DIAN® Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

Modelo Único de Ingreso, Servicio y Control Automatizado

001

2. Concepto [1][3] Actualización de oficio

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 14673861863

(415)7707212489984(8020) 000001467386186 3

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
8 0 9 0 0 0 8 7 6	1	Impuestos y Aduanas de Ibagué [9]	

IDENTIFICACION

24. Tipo de contribuyente:	25. Tipo de documento:	26. Número de Identificación:	27. Fecha expedición:
Persona jurídica [1]			

Lugar de expedición	28. País:	29. Departamento:	30. Ciudad/Municipio:

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres

35. Razón social:
TEMPORALES UNO A S.A.

36. Nombre comercial:	37. Sigla:

UBICACION

38. País:	39. Departamento:	40. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA [1 6 9]	Tolima [7 3]	Ibagué [0 0 1]

41. Dirección principal
CR 7 14 26 P 3 BRR CENTRO

42. Correo electrónico:	43. Código postal	44. Teléfono 1:	45. Teléfono 2:
gerencia@temporalesunoa.com.co		2 6 3 3 8 5 6	2 6 1 6 8 2 2

CLASIFICACION

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		Ocupación	
46. Código:	47. Fecha inicio actividad:	48. Código:	49. Fecha inicio actividad:	50. Código: 1	2	51. Código	52. Número establecimientos
7 8 2 0	1 9 9 6 0 2 0 2						3

Responsabilidades, Calidades y Atributos

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código:	5	7	9	1	4	1	5	4	2	4	8	5	2													

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar
07- Retención en la fuente a título de rent
09- Retención en la fuente en el impuesto
14- Informante de exogena
15- Autorretenedor
42- Obligado a llevar contabilidad
48 - Impuesto sobre las ventas - IVA
52 - Facturador electrónico

Obligados aduaneros

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54. Código:										
	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadoras

55. Forma	56. Tipo

Servicio	1	2	3
57. Modo			
58. CPC			

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: [0] 61. Fecha: 2 0 1 9 1 2 0 5

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso.
Parágrafo del artículo 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016
Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada:

984. Nombre ACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA
985. Cargo:

Fecha generación documento PDF: 05-12-2019 05:15:04PM

TEMPORALES®
UNO-A S.A.
NIT. 809.000.876-1

ISO 9001:2008 SGS

"Suministro de Trabajadores en Misión"
Ofic. Ppal. Ibagué: Cra. 7a. No. 14 - 26 3er. Piso
PBX: 2633856 Tels: 2616822 - 2616898 Fax: 2623850

CERTIFICACIÓN DE PAGOS DE SEGURIDAD SOCIAL Y APORTES PARAFISCALES

(ARTICULO 50 LEY 789 DE 2002)

Yo, DIANA MARYURI DIAZ DELGADO, identificada con cédula de ciudadanía Nro. 65.774.011 de Ibagué, y con Tarjeta Profesional No. 134168-T de la Junta Central de Contadores de Colombia, en mi condición de **Revisor Fiscal** de la empresa TEMPORALES UNO-A S.A. identificada con Nit. 809.000.876-1, debidamente inscrita en la Cámara de Comercio de Ibagué, certifico que la empresa se encuentra a paz y salvo con los pagos de nómina, los aportes de seguridad social (pensión, salud y riesgos profesionales) y los aportes parafiscales (Caja de Compensación Familiar, Sena e ICBF), correspondiente al mes de Marzo de 2020, de todo el personal que labora, según lo dispuesto en el artículo 50 de la ley 789 de 2002.

Se expide a solicitud de la **SECRETARIA DE SALUD DE IBAGUÉ,** a los treinta (30) días del mes de Abril de 2020.

DIANA MARYURI DIAZ DELGADO
REVISOR FISCAL T.P. 134168-T

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL **JUNTA CENTRAL DE CONTADORES**

Certificado No:

A0A7F21B3F5A9EFB

LA REPUBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE COMERCIO, INDUSTRIA Y TURISMO

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL

JUNTA CENTRAL DE CONTADORES

CERTIFICA A:
QUIEN INTERESE

Que el contador público **DIANA MARYURI DIAZ DELGADO** identificado con CÉDULA DE CIUDADANÍA No 65774011 de IBAGUE (TOLIMA) Y Tarjeta Profesional No 134168-T SI tiene vigente su inscripción en la Junta Central de Contadores y desde la fecha de Inscripción.

NO REGISTRA ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS ********************************
****
****

EL CONTADOR PUBLICO NO HA CUMPLIDO CON LA OBLIGACION DE ACTUALIZAR EL REGISTRO

Dado en BOGOTA a los 10 días del mes de Febrero de 2020 con vigencia de (3) Meses, contados a partir de la fecha de su expedición.

DIRECTOR GENERAL

ESTE CERTIFICADO DIGITAL TIENE PLENA VALIDEZ DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTICULO 2 DE LA LEY 527 DE 1999, DECRETO UNICO REGLAMENTARIO 1074 DE 2015 Y ARTICULO 6 PARAGRAFO 3 DE LA LEY 962 DEL 2005

Para confirmar los datos y veracidad de este certificado, lo puede consultar en la página web www.jcc.gov.co digitando el número del certificado

República de Colombia
Ministerio de Comercio Industria y Turismo

JUNTA CENTRAL DE CONTADORES
TARJETA PROFESIONAL
DE CONTADOR PUBLICO

134168-T



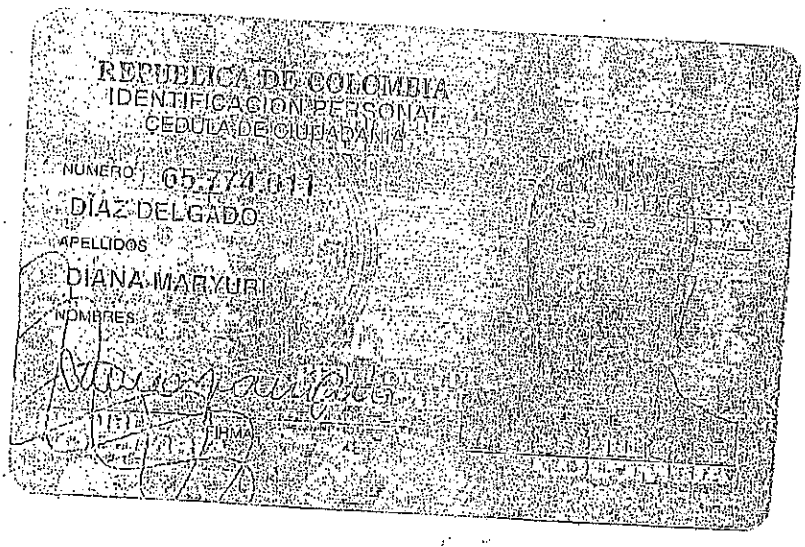
DIANA MARYURI
DIAZ DELGADO
C.C. 65774011
RESOLUCION INSCRIPCION 127 FECHA 08/05/2008
UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA

PRESIDENTE

LUIS ALONSO COLMENARES RODRIGUEZ 144060

FIRMA DEL TITULAR 56009

Esta tarjeta es el único documento que lo acredita como CONTADOR PUBLICO de acuerdo con lo establecido en la Ley 43 de 1990.
Agradecemos a quien encuentre esta tarjeta devolverla al Ministerio de Comercio Industria y Turismo - Junta Central de Contadores.



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 65.774.011

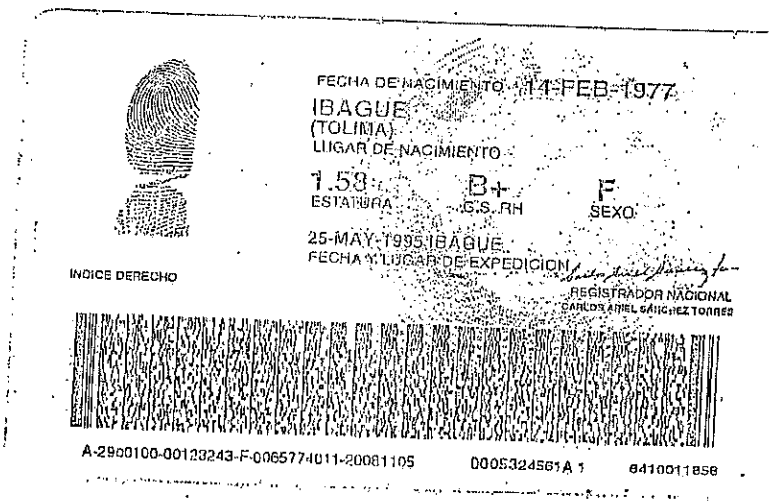
DIAZ DELGADO

APELLIDOS

DIANA MARYURI

NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 14-FEB-1977

IBAGUE
(TOLIMA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.53 ESTATURA

B+ G.S. RH

F SEXO

25-MAY-1995 IBAGUE
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-2900100-00123243-F-0065774011-20081105 0005324561A 1 8410011858

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 144916497

WEB
16:41:00

Bogotá DC, 06 de mayo del 2020

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) DIANA MARYURI DIAZ DELGADO identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 65774011:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

ADVERTENCIA: La certificación de antecedentes deberá contener las anotaciones de providencias ejecutoriadas dentro de los cinco (5) años anteriores a su expedición y, en todo caso, aquellas que se refieren a sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes en dicho momento.Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figuren en el registro. (Artículo 174 Ley 734 de 2002).

NOTA: El certificado de antecedentes disciplinarios es un documento que contiene las anotaciones e inhabilidades generadas por sanciones penales, disciplinarias, inhabilidades que se deriven de las relaciones contractuales con el estado, de los fallos con responsabilidad fiscal, de las decisiones de pérdida de investidura y de las condenas proferidas contra servidores, ex servidores públicos y particulares que desempeñen funciones públicas en ejercicio de la acción de repetición o llamamiento en garantía. **Este documento tiene efectos para acceder al sector público, en los términos que establezca la ley o demás disposiciones vigentes.** Se integran al registro de antecedentes solamente los reportes que hagan las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información que presente el aspirante en la página web: http://www.procuraduria.gov.co/portal/antecedentes.html

MARIO ENRIQUE CASTRO GONZALEZ
Jefe División Centro de Atención al Público (CAP)

ATENCIÓN :
ESTE CERTIFICADO CONSTA DE 01 HOJA(S), SOLO ES VALIDO EN SU TOTALIDAD. VERIFIQUE QUE EL NUMERO DEL CERTIFICADO SEA EL MISMO EN TODAS LAS HOJAS.

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

LA CONTRALORÍA DELEGADA PARA RESPONSABILIDAD FISCAL , INTERVENCIÓN JUDICIAL Y COBRO COACTIVO

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy miércoles 06 de mayo de 2020, a las 16:39:08, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	65774011
Código de Verificación	657740112005061639O8

Esta Certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

De conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la Resolución 220 del 5 de octubre de 2004, la firma mecánica aquí plasmada tiene plena validez para todos los efectos legales.

SORAYA VARGAS PULIDO
CONTRALORA DELEGADA

Digitó y Revisó: WEB

TEMPORALES UNO-A S.A.
NIT 809.000.876-1

Factura Electrónica de Venta
NUM.DOC.: FE1179
FECHA EMISIÓN: 2020-04-30 17:23:25
FECHA VALIDACIÓN: 2020-05-04 17:23:29-05:00
FEC.VENC: 2020-04-30

N°.Resolución: 18763002421256 **Prefijo:** FE **Consecutivo:** 1 hasta 5000 **Fecha:** 2019-12-05 **hasta** 2021-12-05

Datos del Emisor	Datos del Adquiriente
Razón social/Nombre: TEMPORALES UNO A SA	**Razón social/Nombre:** MUNICIPIO DE IBAGUE
NIT: 809000876-1	**NIT:** 800113389-7
Actividad Económica: 7820	**Actividad Económica:** 8412
Dirección: Cra 7 #14-26 piso 3 Edif. Alcalá - IBAGUÉ - - Tolima - CO	**Dirección:** ALCALDIA DE IBAGUE - IBAGUÉ - - Tolima - CO
Teléfonos: 3002663503	**Teléfonos:** 3212002383
Contacto: TEMPORALES UNO A SA	**Contacto:** NATALIA QUINTERO
E-mail: facturacionelectronica@temporalesunoa.com.co	**E-mail:** prestacionesociales@temporalesunoa.com.co
Nota: .	

#	Código	Cant.	Medida	Descripción	Valor Unitario	Tipo Impuesto	% Impuesto	Impuesto	Descuento	Valor Total
1	S01	1.00	94	SERVICIO DE EMPLEO TEMPORAL - NOMINA MES DE ABRIL 2020	44,455,845.00					44,455,845.00
2	S14	1.00	94	EXAMENES	952,000.00					952,000.00
3	Z90	1.00	94	Prestaciones Sociales	9,823,569.00					9,823,569.00
4	Z91	1.00	94	SEGURIDAD SOCIAL	10,604,710.00					10,604,710.00
5	Z92	1.00	94	ADMINISTRACION	6,583,613.00	IVA	19.00	1,375,975.00		7,959,588.00

Totales	
TOTAL Base Imponible:	7,241,974.00
TOTAL Descuento Global:	0.00
TOTAL Recargo Global:	0.00
IVA	1,375,975.00
TOTAL:	73,795,712.00

TOTAL en letras: Setenta Y Tres Millones Setecientos Noventa Y Cinco Mil Setecientos Doce Con Cero COP

Campos Extras

Medios de Pago

Método de Pago	Medio de Pago	Fecha de Vencimiento	Número de Referencia	Código Referencia	Número de Días	Código Banco	Banco	Número de Transferencia	Código del Canal de Pago
Crédito	Transferencia Crédito Bancario	2020-04-30	Referencia de pago 1		1				

REGIMEN COMUN - ACTIVIDAD ECONOMICA 7820, TARIFA 10X1000 SOBRE BASE GRAVABLE ESPECIAL.

NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES RESOLUCION 041 DE ENERO 30 DE 2014, SOMOS AUTORRETENEDORES RESOLUCION 001241 DE 20 FEBRERO DE 2014.

AGENCIA NEIVA, Carrera 9 9-29 centro, PBX 8713305, oficinaneiva@temporalesunoa.com.co.

AGENCIA GIRARDOT, Carrera 11 18-36 Local 2 CC Plazoleta 11, PBX 8351385, oficinagirardot@temporalesunoa.com.co.

CUFE: e408c0d04c9dbdac50079ebc9b3044bafddd6aaf8b7548bc07ff23618e36d1b3ee69cc1406dad0cd9517b3dd6c6bc7b8

Representación impresa de Factura Electrónica de Venta electrónica

NIT 800113389
ENTIDAD MUNICIPIO DE IBAGUE
CONCEPTO RELACIÓN DE LO FACTURADO PARA EL COBRO DEL ANTICIPO DEL 40%

ID	NOMBRE	CARGO	SUELDO MES	SUELDO BASICO	ANTICIPO	SUBSIBIO DE TRANSPORTE	TOTAL DEVENGADO	TOTAL DEVENGADO + ANTICIPO	EXAMENES MEDICOS DE INGRESO	PRIMA CAUSADA 8,33%	CESANTIAS CAUSADAS 8,33%	INTERESES A LAS CESANTIAS 1,8%	VACACIONES CAUSADAS POR COBRAR 4,55%	BASE SEGURIDAD SOCIAL	PENSIÓN EMPLEADOR 12%	RIESGOS 6,35%	CAJA DE COMPENSACION 4%	SEGURO DE VIDA	BASE PARA ADMON	ADMON 18%	SUBTOTAL SERVICIO	IVA 13%	TOTAL SERVICIO
28549612	ALVAREZ ACEVEDO MARIAN NATALIA	AUXILIAR ENFERMERIA	1.300.088	750.000	454.622	61.712	841.712	1.296.334	28.000	187.985	187.985	12.963	56.175	1.234.622	148.155	85.938	49.395	18.519	1.911.430	191.143	2.182.573	39.949	2.142.522
1118507822	AYALA CORTEZ LUISA FERNANDA	AUXILIAR DE ENFERMER	1.308.080	780.000	454.622	61.712	841.712	1.296.334	28.000	107.985	107.965	12.963	56.175	1.234.622	148.155	85.930	49.385	18.519	1.911.430	191.143	2.182.573	39.949	2.142.522
1110503308	CIFUENTES CUBILLOS NILSA XIMENA	ENFERMERA PROFESION	2.300.000	1.380.000	454.622	0	1.380.000	1.834.622	28.000	152.824	152.824	18.346	83.475	1.634.622	220.155	127.690	73.385	27.519	2.718.840	271.884	2.990.724	56.824	3.047.548
1110443767	CORTES TORRES ANA MARIA	AUXILIAR ENFERMERIA	1.300.800	780.080	454.622	61.712	841.712	1.296.334	28.080	107.985	107.985	12.963	56.175	1.234.822	148.155	85.930	49.395	18.519	1.911.430	191.143	2.182.573	39.949	2.142.522
1110549619	DIAZ MONROY YEIGNI -	AUXILIAR ENFERMERIA	1.300.008	750.008	454.622	61.712	841.712	1.296.334	28.000	107.985	107.985	12.963	56.175	1.234.622	148.155	85.930	49.385	18.519	1.911.430	191.143	2.102.573	39.949	2.142.522
1094907347	GARCIA NAVARRO NATALY -	PROFESIONALES EN ENF	2.300.000	536.667	454.622	0	536.667	991.289	28.888	82.574	82.574	9.913	45.184	991.289	118.955	68.994	39.652	14.869	1.481.924	148.192	1.830.116	30.972	1.661.888
24714386	GONZALEZ GUZMAN ERIKA PATRICIA	AUXILIAR DE ENFERMER	1.300.000	788.808	454.622	61.712	841.712	1.296.334	28.080	107.985	187.985	12.963	56.175	1.234.822	148.155	85.930	49.395	18.519	1.911.438	191.143	2.182.573	39.949	2.142.522
1010248196	HENAO RODRIGUEZ GISELL TATIANA	AUXILIAR ENFERMERIA	1.300.000	750.000	454.622	61.712	841.712	1.296.334	28.000	107.985	107.985	12.963	56.175	1.234.622	148.155	85.930	49.386	18.519	1.911.430	191.143	2.102.573	39.949	2.142.522
1110569715	HERNANDEZ CAMAYO HEIDY CAROLINA	ENFERMERA PROFESION	2.300.008	1.380.800	454.622	0	1.380.008	1.834.622	28.000	152.824	152.824	18.346	83.475	1.834.622	220.155	127.690	73.395	27.519	2.718.846	271.884	2.998.724	56.924	3.047.548
93120253	LEYVA ESTRADA GERMAN ENRIQUE	CONDUCTOR	1.080.008	600.808	454.622	61.712	661.712	1.116.334	28.000	92.991	92.991	11.163	47.985	1.854.622	126.555	73.482	42.185	15.819	1.647.424	184.742	1.812.167	34.431	1.846.598
65552635	LOPERA LOZANO MARIA CAROLINA	AUDITOR	3.000.080	1.800.000	454.622	0	1.808.800	2.254.622	28.000	187.818	187.810	22.546	102.585	2.254.622	278.555	156.922	90.185	33.819	3.334.654	333.495	3.668.339	69.698	3.738.838
1121587243	MARIN ARTEAGA YENNI NATALY	ENFERMERA PROFESION	2.300.000	1.380.008	454.822	8	1.380.000	1.834.622	28.800	152.824	152.824	18.346	83.475	1.834.622	228.155	127.690	73.385	27.519	2.718.848	271.384	2.990.724	56.824	3.047.548
39625910	MONROY CARMONA SANDRA MILENA	AUXILIAR ENFERMERIA	1.380.000	780.000	454.622	61.712	841.712	1.296.334	28.080	107.965	107.965	12.963	56.175	1.234.622	148.155	85.938	49.385	18.519	1.911.438	191.143	2.102.573	39.849	2.142.522
38254988	MORALES RUGE MARIA ISABEL	AUDITORA	3.000.000	1.800.000	454.622	0	1.800.000	2.254.622	28.000	187.910	197.918	22.546	102.585	2.254.622	278.555	156.922	90.185	33.819	3.334.854	333.485	3.668.339	69.698	3.738.038
1118563164	OLIVERA ANDRADE JUAN SEBASTIAN	AUXILIAR ENFERMERIA	1.300.000	780.800	454.622	61.712	841.712	1.296.334	28.000	107.985	107.985	12.953	56.175	1.234.622	148.155	85.930	49.385	18.519	1.911.438	191.143	2.102.573	39.949	2.142.522
38140054	ORTIZ - ROCIO DEL PILAR	AUXILIAR ENFERMERIA	1.300.800	780.000	454.822	61.712	841.712	1.296.334	28.000	107.985	107.985	12.963	56.175	1.234.622	148.155	85.938	49.385	18.519	1.911.430	191.143	2.182.573	39.949	2.142.522
65771508	OSPINA GUZMAN HARLEN TATIANA	AUDITORA	3.080.000	1.800.000	454.622	0	1.800.880	2.254.622	28.008	187.910	187.810	22.546	102.595	2.254.622	270.555	156.922	98.185	33.819	3.334.854	333.485	3.668.339	69.698	3.738.838
1110563470	QUIEDD FERREIRA ANA MARIA	ENFERMERA PROFESION	2.380.000	1.388.008	454.622	0	1.380.800	1.834.622	28.000	152.824	152.824	18.348	83.475	1.834.822	228.155	127.898	73.385	27.519	2.719.840	271.864	2.990.724	56.824	3.047.548
1109419221	PEREZ LOZADA DIANA PAULINA	AUXILIAR ENFERMERIA	1.300.000	780.000	454.622	61.712	841.712	1.296.334	28.000	107.985	187.985	12.963	56.175	1.234.622	148.155	85.938	49.385	18.519	1.911.438	191.143	2.102.573	39.949	2.142.522
1007787884	RAMIREZ TOVAR MARIANNE FERNANDA	AUXILIAR ENFERMERIA	1.308.000	780.000	454.622	61.712	841.712	1.296.334	25.090	187.985	107.985	12.963	56.175	1.234.622	149.155	85.930	49.385	18.519	1.811.438	191.143	2.182.573	39.949	2.142.522
1110471430	RAMOS ZARTA LEIDY VINETH	AUDITORA	3.080.000	1.800.000	454.622	0	1.800.800	2.254.622	28.000	187.818	187.810	22.546	182.585	2.254.622	278.565	156.922	90.165	33.819	3.334.854	333.485	3.668.339	69.698	3.738.838
1110515406	RICO MARTINEZ CAROL MELISA	AUXILIAR ENFERMERIA	1.308.008	563.333	454.622	44.578	687.983	1.062.525	28.008	88.588	89.505	10.625	46.317	1.017.955	122.155	78.850	48.718	15.269	1.573.476	157.348	1.730.323	32.886	1.763.709
65769889	RODRIGUEZ OEVIA LUZ ANGELICA	AUXILIAR ENFERMERIA	1.300.000	780.008	454.622	61.712	841.712	1.296.334	28.000	107.985	107.985	12.963	56.175	1.234.822	148.155	85.930	49.365	19.519	1.911.430	191.143	2.102.573	39.949	2.142.522
1007371967	RODRIGUEZ LONGONO GINA VANESSA	AUXILIAR ENFERMERIA	1.308.080	780.000	454.622	61.712	841.712	1.296.334	28.800	187.985	187.985	12.963	56.175	1.234.622	148.155	85.938	49.385	18.519	1.911.438	191.143	2.102.573	39.949	2.142.522
1110494480	ROJAS VERA MARIA FERNANDA	ENFERMERA PROFESION	2.300.008	1.380.000	454.622	0	1.380.000	1.834.622	25.080	152.924	152.824	18.346	93.475	1.634.622	220.155	127.690	73.385	27.519	2.718.840	271.884	2.990.724	56.824	3.047.548
1110566769	ROMERO GOMEZ UNA MARIA	AUXILIAR ENFERMERIA	1.300.000	736.667	454.622	58.284	794.951	1.249.573	28.000	104.889	104.089	12.496	54.284	1.191.289	142.955	82.914	47.652	17.669	1.843.841	184.384	2.028.225	33.536	2.066.761
1110586195	SERRANO ACEVEDO ERIKA PAOLA	AUXILIAR ENFERMERIA	1.300.000	780.000	454.622	61.712	841.712	1.296.334	29.000	187.985	107.985	12.963	56.175	1.234.622	148.155	85.938	49.385	18.519	1.911.430	191.143	2.182.573	39.949	2.142.522
1006007500	VELOZA TOVAR MARYORI JAULEYDY	AUXILIAR ENFERMERIA	1.388.000	780.000	454.622	61.712	841.712	1.296.334	28.008	107.985	107.985	12.953	56.175	1.234.622	145.155	85.930	49.385	18.519	1.911.438	191.143	2.182.573	39.949	2.142.522
1110485880	VIVAS MORALES MARIO ALBERTO	CONDUCTOR	1.000.000	100.000	454.622	18.265	110.265	564.907	28.000	47.857	47.057	5.649	25.235	554.622	66.555	38.882	22.185	8.319	959.565	85.357	938.922	17.848	956.761
1110455881	ZEA GALINDO ANGELICA MARIA	ENFERMERA PROFESION	2.300.000	1.380.800	454.609	0	1.380.000	1.834.609	28.000	152.823	152.823	18.346	83.475	1.834.689	228.153	127.688	73.384	27.519	2.718.820	271.883	2.990.704	56.823	3.047.527
5868866	RAMIREZ LOZANO WILLIAM JAMIR	NO INGRESO	8	0	0	0		8	28.800	8	8	0	0	0	0	0	0	0	28.888	2.888	38.800	595	31.385
1110504193	CABALLERO CAMELO ERIKA JOHANNA	NO INGRESO	0	0	0	0		0	28.000	8	8	8	8	8	8	8	0	8	28.008	2.800	38.600	585	31.385
1110547002	RODRIGUEZ BONILLA ANGIE BEATRIZ	NO INGRESO	0	8	0	0		0	29.000	0	0	8	0	8	8	8	0	8	28.088	2.888	38.900	585	31.385
1106778270	GAITAN TORRES FRANCEDY	NO INGRESO	0	0	8	0		0	28.000	8	8	8	8	8	8	0	8	8	28.088	2.888	30.880	585	31.385
TOTAL			52.200.088	29.716.667	13.638.647	1.180.531	30.817.198	44.455.845	952.000	3.783.172	3.783.172	444.558	1.972.867	43.355.314	5.202.838	3.817.529	1.734.213	650.338	65.836.123	6.533.613	72.419.737	1.375.875	73.795.712

NIT 888113389
ENTIDAD MUNICIPIO DE IBAGUE
CONCEPTO RELACIÓN DE LO FACTURADO PARA EL COBRO DEL ANTICIPO DEL 40%

Id	NOMBRE	CARGO	SUELDO MES	SVELDO BASICO	ANTICIPO	SUBSIDIO DE TRANSPORTE	TOTAL DEVENGADO	TOTAL DEVENGADO + ANTICIPO	EXAMENES MEDICOS SE INGRESO	PRIMA CAUSADA 8,39%	CESANTIAS CAUSADAS 8,33%	INTERESES A LAS CESANTIAS 1,6%	VACACIONES CAUSADAS POR COBRAR 4,55%	BASE SEGURIDAD SOCIAL	PENSIÓN EMPLEADOR 12%	RIESGOS 6,96%	CAJA DE COMPENSACION 4%	SEGURO DE VIDA	BASE PARA ASMON	ADMON 14%	SUBTOTAL SERVICIO	IVA 19%	TOTAL SERVICIO
28549612	ALVAREZ ACEVEDO MARIAN NATALIA	AUXILIAR ENFERMERIA	1.388.880	788.088	454.622	61.712	841.712	1.296.334	28.888	187.985	187.985	12.963	56.175	1.234.622	148.155	85.938	49.385	18.519	1.811.438	181.143	2.182.573	39.948	2.142.522
1118507022	AYALA CORTEZ LUISA FERNANDA	AUXILIAR DE ENFERMER	1.388.888	780.888	454.622	61.712	841.712	1.296.334	28.800	107.985	187.985	12.963	56.175	1.234.622	148.155	85.930	49.385	18.519	1.811.430	191.143	2.182.573	39.949	2.142.522
1118503388	CIFUENTES CUBILLOS NILSA XIMENA	ENFERMERA PROFESIONI	2.388.000	1.388.888	454.622	8	1.388.888	1.834.622	28.888	152.824	152.824	18.346	93.475	1.834.622	228.155	127.698	73.385	27.518	2.718.848	271.884	2.998.724	56.824	3.847.548
1118443767	CORTES TORRES ANA MARIA	AUXILIAR ENFERMERIA	1.300.000	788.888	454.622	61.712	841.712	1.296.334	28.008	187.985	187.985	12.963	56.175	1.234.622	148.155	85.938	49.385	18.519	1.811.438	191.143	2.182.573	39.948	2.142.522
1118549618	DIAZ MONROY YEIGNI -	AUXILIAR ENFERMERIA	1.388.000	788.088	454.622	61.712	841.712	1.296.334	28.000	107.985	107.985	12.963	56.175	1.234.622	148.155	85.938	49.385	18.519	1.811.438	191.143	2.182.573	39.948	2.142.522
1894907347	GaRCIA NAVARRO NATALY -	PROFESIONALES EN ENF	2.300.888	536.667	454.622	8	536.667	991.289	28.068	82.574	82.574	9.913	45.104	991.289	118.955	68.984	39.652	14.869	1.481.824	148.192	1.638.116	38.872	1.861.888
24714386	GONZALEZ GUZMAN ERIKA PATRICIA	AUXILIAR DE ENFERMER	1.388.880	788.000	454.622	61.712	841.712	1.296.334	28.000	187.985	187.985	12.963	56.175	1.234.622	148.155	85.938	49.385	18.519	1.811.438	181.143	2.182.573	39.949	2.142.522
1818248196	HENAO RODRIGUEZ GISELL TATIANA	AUXILIAR ENFERMERIA	1.388.888	788.888	454.622	61.712	841.712	1.296.334	28.888	187.985	107.985	12.963	56.175	1.234.622	148.155	85.938	49.385	18.519	1.811.438	191.143	2.182.573	39.848	2.142.522
1118588715	HERNANDEZ CAMAYO HEIDY CAROLINA	ENFERMERA PROFESIONI	2.300.888	1.388.880	454.622	8	1.388.888	1.834.622	28.088	152.824	152.824	18.346	83.475	1.834.622	228.155	127.698	73.385	27.518	2.718.848	271.884	2.990.724	56.824	3.847.548
93128253	LEYVA ESTRADA GERMAN ENRIQUE	CONDUCTOR	1.888.888	608.000	454.622	61.712	661.712	1.116.334	28.000	92.991	92.931	11.163	47.985	1.854.622	126.555	73.482	42.185	15.819	1.647.424	164.742	1.812.167	34.431	1.846.598
65552635	LOPERA LOZANO MARIA CAROLINA	AUDITOR	3.800.888	1.888.008	454.622	8	1.888.800	2.254.622	28.888	187.818	187.818	22.546	102.595	2.254.622	278.555	156.322	98.185	33.819	3.334.854	333.485	3.668.339	69.698	3.738.838
1121587243	MARIN ARTEAGA YENNI NATALY	ENFERMERA PROFESIONI	2.308.888	1.388.008	454.622	8	1.388.000	1.834.622	28.888	152.824	152.824	18.346	83.475	1.834.622	228.155	127.698	73.385	27.519	2.718.848	271.884	2.998.724	56.824	3.847.548
3952518	MONROY CARMONA SANDRA MILENA	AUXILIAR ENFERMERIA	1.300.888	788.008	454.622	61.712	841.712	1.296.334	28.008	187.985	187.985	12.963	56.175	1.234.622	148.155	85.938	49.385	18.519	1.811.438	191.143	2.182.573	39.948	2.142.522
38254988	MORALES RUGE MARIA ISABEL	AUDITORA	3.800.008	1.888.000	454.622	8	1.888.800	2.254.622	28.888	187.818	187.818	22.546	182.585	2.254.622	278.555	156.922	98.185	33.819	3.334.854	333.485	3.668.338	69.698	3.738.838
1118563164	OLIVERA ANDRADE JUAN SEBASTIAN	AUXILIAR ENFERMERIA	1.300.800	788.000	454.622	61.712	841.712	1.296.334	28.800	187.985	187.985	12.963	56.175	1.234.622	148.155	85.938	49.385	18.519	1.811.438	191.143	2.182.573	38.949	2.142.522
38140054	ORTIZ - ROCIO DEL PILAR	AUXILIAR ENFERMERIA	1.300.888	788.008	454.622	61.712	841.712	1.296.334	28.000	187.985	187.985	12.963	56.175	1.234.622	148.155	85.938	49.385	18.519	1.811.438	191.143	2.182.573	39.848	2.142.522
65771588	OSPINA GUZMAN HARLEN TATIANA	AUDITORA	3.808.888	1.888.808	454.622	0	1.888.888	2.254.622	28.888	187.818	187.818	22.546	182.585	2.254.622	278.555	156.822	98.185	33.819	3.334.854	333.485	3.668.339	69.698	3.738.838
1118563478	OVIEDO FERREIRA ANA MARIA	ENFERMERA PROFESIONI	2.388.880	1.388.088	454.622	8	1.388.888	1.834.622	28.888	152.824	152.824	18.346	83.475	1.834.622	228.155	127.698	73.385	27.519	2.718.840	271.884	2.990.724	56.824	3.847.548
1189419221	PEREZ LOZADA DIANA PAULINA	AUXILIAR ENFERMERIA	1.388.888	788.888	454.622	61.712	841.712	1.296.334	28.888	187.985	187.985	12.963	56.175	1.234.622	148.156	85.938	49.385	18.519	1.811.438	191.143	2.182.573	38.848	2.142.522
1887787884	RAMIREZ TOVAR MARIANNE FERNANDA	AUXILIAR ENFERMERIA	1.308.888	788.888	454.622	61.712	841.712	1.296.334	28.888	187.985	187.985	12.963	56.176	1.234.622	148.156	85.938	49.385	18.518	1.811.438	191.143	2.182.573	39.849	2.142.522
1118471438	RAMOS ZARTA LEIDY YINETH	AUDITORA	3.888.880	1.888.088	454.622	8	1.888.888	2.254.622	28.880	187.810	187.818	22.546	182.585	2.254.622	278.555	156.822	98.185	33.819	3.334.854	333.485	3.668.339	69.698	3.738.838
1118515486	RICO MARTINEZ CAROL MELISA	AUXILIAR ENFERMERIA	1.388.888	563.333	454.622	44.570	687.983	1.062.525	28.800	88.588	88.508	10.625	48.317	1.017.955	122.156	70.858	48.718	15.269	1.573.476	157.348	1.730.823	32.886	1.763.788
65769889	RODRIGUEZ OVIA LUZ ANGELICA	AUXILIAR ENFERMERIA	1.300.800	788.800	454.622	61.712	841.712	1.296.334	28.000	187.985	187.985	12.963	56.175	1.234.622	148.155	85.938	49.385	18.519	1.811.438	191.143	2.182.573	39.949	2.142.522
1887371967	RODRIGUEZ LONDOÑO GINA VANESSA	AUXILIAR ENFERMERIA	1.388.880	788.008	454.622	61.712	841.717	1.296.334	28.800	187.985	187.985	12.963	56.175	1.234.622	148.155	85.938	49.385	18.519	1.811.430	191.143	2.182.573	39.949	2.142.522
1118494488	ROJAS VERA MARIA FERNANDA	ENFERMERA PROFESIONI	2.388.800	1.388.888	454.622	8	1.388.800	1.834.622	28.800	152.824	152.824	18.346	83.475	1.834.622	228.155	127.698	73.385	27.518	2.718.848	271.884	2.998.724	56.824	3.047.548
1118568769	ROMERO GOMEZ LINA MARIA	AUXILIAR ENFERMERIA	1.300.000	736.667	454.622	58.264	794.951	1.245.573	28.000	104.888	104.889	12.496	54.204	1.191.289	142.955	82.914	47.652	17.868	1.843.841	184.384	2.828.225	38.536	2.066.761
1118586195	SERRANO ACEVEDO ERIKA PAOLA	AUXILIAR ENFERMERIA	1.300.000	788.888	454.622	61.712	841.712	1.296.334	28.000	187.985	187.985	12.963	56.175	1.234.622	148.155	85.938	49.385	18.519	1.811.438	191.143	2.182.573	39.949	2.142.522
1806007588	VELOZA TOVAR MARYORI JAULEYOV	AUXILIAR ENFERMERIA	1.388.000	788.888	454.622	61.712	841.712	1.296.334	28.800	187.985	187.985	12.963	56.175	1.234.622	148.155	85.938	49.395	18.518	1.811.438	191.143	2.182.573	39.949	2.142.522
1118485888	VIVAS MORALES MARIO ALBERTO	CONDUCTOR	1.008.808	108.880	454.622	18.285	118.285	564.887	28.808	47.857	47.857	5.649	25.235	554.622	66.555	38.682	22.185	8.319	853.565	85.357	938.922	17.848	956.761
1118458881	ZEA GALINDO ANGELICA MARIA	ENFERMERA PROFESIONI	2.388.888	1.388.880	454.689	8	1.388.888	1.634.685	28.808	152.823	152.823	18.346	83.475	1.834.689	228.153	127.688	73.384	27.519	2.718.828	271.883	2.998.784	56.823	3.047.527
5966866	RAMIREZ LOZANO WILLIAM JAMIR	NO INGRESO	8	8	8	8		8	28.008	8	8	8	8	8	8	8	8	8	28.888	2.888	38.888	585	31.385
1118584193	CABALLERO CAMELO ERIKA JOHANNA	NO INGRESO	8	0	8	8		8	28.800	8	8	8	8	8	8	8	8	8	28.000	2.800	38.800	585	31.385
1118547002	RODRIGUEZ BONILLA ANGIE BEATRIZ	NO INGRESO	8	8	8	8		8	28.800	8	8	8	8	8	8	8	8	8	28.000	2.800	38.800	585	31.385
1106778278	GAITAN TORRES FRANCEDY	NO INGRESO	8	0	8	8		8	28.800	8	8	8	8	8	8	8	8	8	28.008	2.888	38.888	585	31.385
TOTAL			52.200.888	29.716.667	13.638.647	1.100.531	38.817.198	44.455.845	952.800	3.783.172	3.783.172	444.558	1.872.667	43.355.314	5.282.638	3.817.529	1.734.213	656.338	65.836.123	6.583.613	72.419.737	1.375.975	73.795.712

Scotiabank COLPATRIA

SCOTIABANK COLPATRIA S.A
860.034.594-1

CERTIFICA QUE:

La Empresa ***TEMPORALES UNO A SA*** *identificada con* ***Nit 809.000.876-1*** *se encuentra vinculada en nuestra entidad con la* ***Cuenta Corriente Nro. 5751000776*** *con fecha de apertura del 27 de Septiembre del año 2001.*

Este producto se encuentra activo, vigente y cumple satisfactoriamente con las políticas y procedimientos del Banco.

Se firma en Pereira a los (11) días del mes de Marzo del 2020 a solicitud del titular.

YANETH ARANGO GARCIA
Profesional I Pyme
Carrera 18 No. 12-75 Local 206
Megacentro Pinares – Pereira Tel. 3402265 EXT 9543

RELACION DE COPIAS DE AFILIACION A SEGUIADD SOCIAL
CONTRATACION PERSONAL TEMPORAL MUNICIPIO DE IBAGUE CONTRATO 0243-2020
EJECUTORA: SECRETARIA DE SALUD

ITEM	NOMBRE DE TRABAJADOR	ID	CARGO	SALARIO	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO	NUMERO DE CONTRATO	EXAMEN DE INGRESO SEROLOGIA	EXAMEN DE INGRESO OCUPACIONAL	DOCUMENTO IDENTIFICACION	AFILIACION A SALUD	AFILIACION A CAJA	AFILIACION A PENSION	CIUDAD	DIRECCION	BARRIO	TELEFONO	ARL	BANCO	CUENTA BANCARIA	CORREO
1	ALVAREZ ACEVEDO MARIAN NATALIA	28549612	AUXILIAR ENFERMERIA	$ 1,300,000	20200413	20200612	IB-041992	CUMPLE SIN RESTRINCCIONES	CUMPLE SIN RESTRINCCIONES	ENTREGADO	SANITAS EPS	COMFENALCO TOLIMA	COLFONDOS S.A	IBAGUE	MZA A CASA 3 URBANIZACION TIERRA GRATA	BARRIO UNI	3043382520	ARP - RIESGO 5	Av Villas /Ahorros	405962148	manannatalias@hotmail.com
2	ATALA CORTEZ LUISA FERNANDA	1110507022	AUXILIAR DE ENFERMERIA	$ 1,300,000	20200413	20200612	IB-041990	CUMPLE SIN RESTRINCCIONES	CUMPLE SIN RESTRINCCIONES	ENTREGADO	SALUD TOTAL EPS	COMFENALCO TOLIMA	PORVENIR S.A.	IBAGUE	CALLE 65 NO 22-125	AMBALA	3157824907	ARP - RIESGO 5	COLPATRIA	2142088318	alejacortez_2981@hotmail.com
3	CIFUENTES CUBILLOS NILSA XIMENA	1110503308	ENFERMERA PROFESIONAL	$ 2,300,000	20200413	20200612	IB-041976	CUMPLE SIN RESTRINCCIONES	CUMPLE SIN RESTRINCCIONES	ENTREGADO	MEDIMAS	COMFENALCO TOLIMA	PORVENIR S.A.	IBAGUE	MZA 24 CASA 25	JORDAN II	3153107706	ARP - RIESGO 5	COLPATRIA	2142088267	ximeciu@gmail.com
4	CORTES TORRES ANA MARIA	1110443767	AUXILIAR ENFERMERIA	$ 1,300,000	20200413	20200612	IB-041985	CUMPLE SIN RESTRINCCIONES	CUMPLE SIN RESTRINCCIONES	ENTREGADO	MEDIMAS	COMFENALCO TOLIMA	COLPENSION ES (I.S.S.)	IBAGUE	CRA 2 NO 2A104	LIBERTADOR	3223078849	ARP - RIESGO 5	COLPATRIA	5752930472	anamaria.ct@hotmail.com
5	DIAZ MONROY YEIGNI -	1110549619	AUXILIAR ENFERMERIA	$ 1,300,000	20200413	20200612	IB-041991	CUMPLE SIN RESTRINCCIONES	CUMPLE SIN RESTRINCCIONES	ENTREGADO	SALUD TOTAL EPS	COMFENALCO TOLIMA	PORVENIR S.A.	IBAGUE	CRA 36 NO 19-57	GAITAN PAR	3227412888	ARP - RIESGO 5	COLPATRIA	2142088347	yeimty0502@hotmail.com
6	GARCIA NAVARRO NATALY -	1094907347	PROFESIONALES EN ENFERMERIA	$ 2,300,000	20200424	20200612	IB-042030	CUMPLE SIN RESTRINCCIONES	CUMPLE SIN RESTRINCCIONES	ENTREGADO	SANITAS EPS	COMFENALCO TOLIMA	PORVENIR S.A	IBAGUE	CIUDADELA COMFENALCO	CIUDADELA	3217242275	ARP - RIESGO 5	COLPATRIA	2142088341	ngn.humanansalud@gmail.com
7	GONZALEZ GUZMAN ERIKA PATRICIA	24714386	AUXILIAR DE ENFERMERIA	$ 1,300,000	20200413	20200612	IB-042030	CUMPLE SIN RESTRINCCIONES	CUMPLE SIN RESTRINCCIONES	ENTREGADO	SALUD TOTAL EPS	COMFENALCO TOLIMA	PROTECCION S.A	IBAGUE	CRA 7 NO 27-10	BELALCAZAR	3203524814	ARP - RIESGO 5	PAGO EN CHEQUE		junworandres0101@gmail.com
8	NENAO RODRIGUEZ GISELL TATIANA	1010248196	AUXILIAR ENFERMERIA	$ 1,300,000	20200413	20200612	IB-041988	CUMPLE SIN RESTRINCCIONES	CUMPLE SIN RESTRINCCIONES	ENTREGADO	SALUD TOTAL EPS	COMFENALCO TOLIMA	COLPENSION ES (I.S.S.)	IBAGUE	MZA E CASA 20 JARDIN COMUNEROS	JARDIN ETA	3229088195	ARP - RIESGO 5	COLPATRIA	2142088281	totis502@gmail.com
9	HERNANDEZ CAMATO HEIDY CAROLINA	1110569715	ENFERMERA PROFESIONAL	$ 2,300,000	20200413	20200612	IB-041997	CUMPLE SIN RESTRINCCIONES	CUMPLE SIN RESTRINCCIONES	ENTREGADO	NUEVA EPS	COMFENALCO TOLIMA	PORVENIR S.A	IBAGUE	ALBANIA II MZA B CASA 3 PISO 3	BARRIO UNI	3178799083	ARP - RIESGO 5	COLPATRIA	5752034362	h.c.h.c.17@hotmail.com
10	LEYVA ESTRADA GERMAN ENRIQUE	93120253	CONDUCTOR	$ 1,000,000	20200413	20200612	IB-041966	CUMPLE SIN RESTRINCCIONES	CUMPLE SIN RESTRINCCIONES	ENTREGADO	SALUD TOTAL EPS	COMFENALCO TOLIMA	COLPENSION ES (I.S.S.)	IBAGUE	CALLE 86 NO 2-100 CONJ AGUAS VERDES	JARDIN ETA	3123375966	ARP - RIESGO 5	COLPATRIA	2142088298	garmanloyva1962@gmail.com
11	LOPERA LOZANO MARIA CAROLINA	65552635	AUDITOR	$ 3,000,000	20200413	20200612	IB-041986	CUMPLE SIN RESTRINCCIONES	CUMPLE SIN RESTRINCCIONES	ENTREGADO	SANITAS EPS	COMFENALCO TOLIMA	COLPENSION ES (I.S.S.)	IBAGUE	CRA 9 NO 60-50 BL A5 APTO 301	PRADOS DEL	3112883834	ARP - RIESGO 5	PAGO EN CHEQUE		carguamo@hotmail.com
12	MARIN ARTEAGA TENNI NATALY	1121507243	ENFERMERA PROFESIONAL	$ 2,300,000	20200413	20200612	IB-041977	CUMPLE SIN RESTRINCCIONES	CUMPLE SIN RESTRINCCIONES	ENTREGADO	SANITAS EPS	COMFENALCO TOLIMA	PORVENIR S.A	IBAGUE	TORREON SANTA ANA TORRE 6 APTO 404	BARRIO UNI	3168267665	ARP - RIESGO 5	COLPATRIA	2142088337	nabs_717@hotmail.com
13	MONROT CARMONA SANDRA MILENA	39625919	AUXILIAR ENFERMERIA	$ 1,300,000	20200413	20200612	IB-041982	CUMPLE SIN RESTRINCCIONES	CUMPLE SIN RESTRINCCIONES	ENTREGADO	SANITAS EPS	COMFENALCO TOLIMA	PORVENIR S.A.	IBAGUE	CRA 4B BIS NO 29-22	PRIMAVERA	3219010431	ARP - RIESGO 5	COLPATRIA	5752034413	sandra39625919@gmail.com
14	MORALES RUGE MARIA ISABEL	38254988	AUDITORA	$ 3,000,000	20200413	20200612	IB-041971	CUMPLE SIN RESTRINCCIONES	CUMPLE SIN RESTRINCCIONES	ENTREGADO	NUEVA EPS	COMFENALCO TOLIMA	COLPENSION ES (I.S.S.)	IBAGUE	FARO DE BELEN CRA 9 NO. 9-35	BELÉN	3102911231	ARP - RIESGO 5	COLPATRIA	2742012522	mvmrasesora@gmail.com
15	OLIVERA ANDRADE JUAN SEBASTIAN	1110563164	AUXILIAR ENFERMERIA	$ 1,300,000	20200413	20200612	IB-041996	CUMPLE SIN RESTRINCCIONES	CUMPLE SIN RESTRINCCIONES	ENTREGADO	NUEVA EPS	COMFENALCO TOLIMA	PROTECCION S.A.	IBAGUE	CRA 4 PRIMERA NORTE NO. 3-68	LA POLA	3016027830-3144825 17	ARP - RIESGO 5	COLPATRIA	2142088312	oliverajys@gmail.com
16	ORTIZ - ROCIO_DEL PILAR	38140054	AUXILIAR ENFERMERIA	$ 1,300,000	20200413	20200612	IB-041993	CUMPLE SIN RESTRINCCIONES	CUMPLE SIN RESTRINCCIONES	ENTREGADO	SANITAS EPS	COMFENALCO TOLIMA	PROTECCION S.A	IBAGUE	MZA B CASA 41	JORDAN IX	3155710864	ARP - RIESGO 5	COLPATRIA	1652017127	rociodelpilarortiz@hotmail.com
17	OSPINA GUZMAN HARLEN TATIANA	65111508	AUDITORA	$ 3,000,000	20200413	20200612	IB-041973	CUMPLE SIN RESTRINCCIONES	CUMPLE SIN RESTRINCCIONES	ENTREGADO	NUEVA EPS	COMFENALCO TOLIMA	PROTECCION S.A	IBAGUE	CASA 29	PORTAL DEL	3164194274	ARP - RIESGO 5	COLPATRIA	2742012466	htospina@gmail.com
18	OVIEDO FERREIRA ANA MARIA	1110563478	ENFERMERA PROFESIONAL	$ 2,300,000	20200413	20200612	IB-041975	CUMPLE SIN RESTRINCCIONES	CUMPLE SIN RESTRINCCIONES	ENTREGADO	SANITAS EPS	COMFENALCO TOLIMA	COLPENSION ES (I.S.S.)	IBAGUE	MZA 23 CASA 7 ETAPA II	VILLA CAFE	3005984527	ARP - RIESGO 5	COLPATRIA	2142088308	ana.oviedoferreira@gmail.com
19	PEREZ LOZADA DIANA PAULINA	1109419221	AUXILIAR ENFERMERIA	$ 1,300,000	20200413	20200612	IB-041980	CUMPLE SIN RESTRINCCIONES	CUMPLE SIN RESTRINCCIONES	ENTREGADO	NUEVA EPS	COMFENALCO TOLIMA	PORVENIR S.A.	IBAGUE	CONJ SANTELMO CALLE 145 NO.9-25 T 1 APT	EL SALADO	3138026906	ARP - RIESGO 5	COLPATRIA	2142088311	delduca079@gmail.com
20	RAMIREZ TOVAR MARIANNE FERNANDA	1007707884	AUXILIAR ENFERMERIA	$ 1,300,000	20200413	20200612	IB-041989	CUMPLE SIN RESTRINCCIONES	CUMPLE SIN RESTRINCCIONES	ENTREGADO	SALUD TOTAL EPS	COMFENALCO TOLIMA	PORVENIR S.A.	IBAGUE	CALLE 40 N8 9-30	ANCON	3123121351	ARP - RIESGO 5	COLPATRIA	5752030467	fernandaramirez.26mc@hotmail.com
21	RAMOS ZARTA LEIDY YINETH	1110471430	AUDITORA	$ 3,000,000	20200413	20200612	IB-041972	CUMPLE SIN RESTRINCCIONES	CUMPLE SIN RESTRINCCIONES	ENTREGADO	SALUD TOTAL EPS	COMFENALCO TOLIMA	PORVENIR S.A	IBAGUE	LA HACIENDA TORRE 2 APTO. 107	BARRIO UNI	3102629971	ARP - RIESGO 5	COLPATRIA	2742006456	yineth_59@hotmail.com
22	RICO MARTINEZ CAROL MELISA	1110515406	AUXILIAR ENFERMERIA	$ 1,300,000	20200413	20200612	IB-042016	CUMPLE SIN RESTRINCCIONES	CUMPLE SIN RESTRINCCIONES	ENTREGADO	SANITAS EPS	COMFENALCO TOLIMA	PROTECCION S.A	IBAGUE	MZA G CASA 16 URB EL UMON	EL SALADO	3186650546	ARP - RIESGO 5	COLPATRIA	2142088309	melisa99122@outlook.com
23	RODRIGUEZ DEVIA LUZ ANGELICA	65769089	AUXILIAR ENFERMERIA	$ 1,300,000	20200413	20200612	IB-041981	CUMPLE SIN RESTRINCCIONES	CUMPLE SIN RESTRINCCIONES	ENTREGADO	SALUD TOTAL EPS	COMFENALCO TOLIMA	PROTECCION S.A.	IBAGUE	MZA B CS 4 URB LOS LAGO	EL SALADO	3142913014	ARP - RIESGO 5	Av Villas /Ahorros	405962122	angylomax.mc@hotmail.com
24	RODRIGUEZ LONDOÑO GINA VANESSA	1007371967	AUXILIAR ENFERMERIA	$ 1,300,000	20200413	20200612	IB-041979	CUMPLE SIN RESTRINCCIONES	CUMPLE SIN RESTRINCCIONES	ENTREGADO	NUEVA EPS	COMFENALCO TOLIMA	PORVENIR S.A	IBAGUE	SMZA 7 MZA 3 CASA 13	LAS AMERIC	3108743104	ARP - RIESGO 5	COLPATRIA	5752034383	gina.vane.rodri@gmail.com
25	ROJAS VERA MARIA FERNANDA	1110494400	ENFERMERA PROFESIONAL	$ 2,300,000	20200413	20200612	IB-041995	CUMPLE SIN RESTRINCCIONES	CUMPLE SIN RESTRINCCIONES	ENTREGADO	SALUD TOTAL EPS	COMFENALCO TOLIMA	PORVENIR S.A	IBAGUE	MZA B CASA 43 SAN LUIS GONZAGA	BARRIO UNI	3185730815	ARP - RIESGO 5	COLPATRIA	2142088322	mariafernandarojasvera905@gmail.com
26	ROMERO GOMEZ LINA MARIA	1110568769	AUXILIAR ENFERMERIA	$ 1,300,000	20200414	20200612	IB-042000	CUMPLE SIN RESTRINCCIONES	CUMPLE SIN RESTRINCCIONES	ENTREGADO	SALUD TOTAL EPS	COMFENALCO TOLIMA	PORVENIR S.A	IBAGUE	MZA 123 CASA 1 PISO 1	MODELIA II	3209780248	ARP - RIESGO 5	COLPATRIA	2142088787	linamariaromerogomez030719 96@gmail.com
27	SERRANO ACEVEDO ERIKA PAOLA	1110586195	AUXILIAR ENFERMERIA	$ 1,300,000	20200413	20200612	IB-041983	CUMPLE SIN RESTRINCCIONES	CUMPLE SIN RESTRINCCIONES	ENTREGADO	NUEVA EPS	COMFENALCO TOLIMA	PROTECCION S.A	IBAGUE	CALLE 29 S BIS NO 4C19	HIPODROMO	3155023484	ARP - RIESGO 5	COLPATRIA	2142088307	erikasa1197@gmail.com
28	VELOZA TOVAR MARYORI JAULET DV	1006007500	AUXILIAR ENFERMERIA	$ 1,300,000	20200413	20200612	IB-041984	CUMPLE SIN RESTRINCCIONES	CUMPLE SIN RESTRINCCIONES	ENTREGADO	NUEVA EPS	COMFENALCO TOLIMA	COLFONDOS S.A.	IBAGUE	CRA 4C NO. 40-47	MACARENA I	3154506826	ARP - RIESGO 5	COLPATRIA	5752034374	velozamaryori@gmail.com
29	VIVAS MORALES MARIO ALBERTO	1110485880	CONDUCTOR	$ 1,000,000	20200428	20200612	IB-042033	CUMPLE SIN RESTRINCCIONES	CUMPLE SIN RESTRINCCIONES	ENTREGADO	SALUD TOTAL EPS	COMFENALCO TOLIMA	PORVENIR S.A	IBAGUE	MZ A CASA 09 URBANIZACION OVIEDO SALADO	OVIEDO	3155808097	ARP - RIESGO 5	COLPATRIA	5752034424	herreralleidy197@gmail.com
30	ZEA GALINDO ANGELICA MARIA	1110455881	ENFERMERA PROFESIONAL	$ 2,300,000	20200413	20200612	IB-041987	CUMPLE SIN RESTRINCCIONES	CUMPLE SIN RESTRINCCIONES	ENTREGADO	MEDIMAS	COMFENALCO TOLIMA	COLPENSION ES (I.S.S.)	IBAGUE	CONJ. ALTA GRACIA CRA B SUR NO.93-65	BARRIO UNI	3208259041	ARP - RIESGO 5	COLPATRIA	1652017188	tecananeca@hotmail.com

ITEM	NOMBRE DE TRABAJADOR	ID	CARGO	SALARIO	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO	NUMERO DE CONTRATO	SEROLOGIA	OCUPACIONAL	DOCUMENTO IDENTIFICACION	SALUD	CAJA	PENSION	CIUDAD	DIRECCION	BARRIO	TELEFONO	ARL	BANCO	CUENTA BANCARIA	CORREO
1	ERIKA JOHANA CABALLERO CAMELO	1110504193	ENFERMERA PROFESIONAL	$ 2,300,000	20200413	ANULO CONTRATO POR QUE DESISTIO DEL PROCESO	IB-041994	CUMPLE SIN RESTRINCCIONES	CUMPLE SIN RESTRINCCIONES	ENTREGADO											
2	ANGIE BEATRIZ BONILLA RODRIGUEZ	1110547002	ENFERMERA PROFESIONAL	$ 2,300,000	20200413	ANULO CONTRATO POR QUE DESISTIO DEL PROCESO	IB-041999	CUMPLE SIN RESTRINCCIONES	CUMPLE SIN RESTRINCCIONES	ENTREGADO											
3	WILMAR JAMIR RAMIREZ	5966866	CONDUCTOR	$ 1,000,000	20200413	ANULO CONTRATO DESISTIO DEL PROCESO	IB-041998	CUMPLE SIN RESTRINCCIONES	CUMPLE SIN RESTRINCCIONES	ENTREGADO											
4	FRANCEDI GAITAN TORRES	1106778270	AUXILIAR DE ENFERMERIA	$ 1,300,000	20200413	PRESENTO PROCESO Y EXAMEN NO INGRESO		CUMPLE SIN RESTRINCCIONES	CUMPLE SIN RESTRINCCIONES	ENTREGADO											

TEMPORALES UNO-A S.A.

R60707

SGS
"suministro de trabajadores en misión"

CONTRATO INDIVIDUAL DE TRABAJO DE DURACION POR LA OBRA O LABOR CONTRATADA

IB-041992

DATOS DE LA E.S.T. EMPLEADORA

NOMBRE DE LA EMPRESA	:TEMPORALES UNO-A S.A.
DOMICILIO SOCIAL Y DIRECCION	:IBAGUE, CRA 7 # 14-26 PISO 3
NIT	:809.000.876-1
REPRESENTANTE LEGAL	:NOLLY MERCEDES BELTRAN GALEANO
C.C.	:38.260.480 DE IBAGUE

DATOS DEL TRABAJADOR

NOMBRE	ALVAREZ ACEVEDO MARIAN NATALIA
No. IDENTIFICACION	28,549,612 , IBAGUE Tel: 3043382820 Contrato:03
DOMICILIO Y RESIDENCIA	MZA A CASA 3 URBANIZACION TIERRA GRATA BARRIO
LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO	BOGOTA, 01 DE FEBRERO DE 1980

EPS: SANITAS EPS AFP: COLFONDOS S.A. ARP: ARL SURA CTA: 2742010822 COLPATRIA

DATOS PARA LA CONTRATACION

LUGAR DE TRABAJO	IBAGUE	
LUGAR DONDE HA SIDO CONTRATADO	IBAGUE	
SALARIO	1,300,000	Mensual
AUXILIO LEGAL DE TRANSPORTE	102,854	
OTROS PAGOS SALARIALES	0.00	
OTROS PAGOS NO SALARIALES	0.00	
PERIODOS DE PAGO DEL SALARIO	MENSUAL	
CARGO PARA EL CUAL ES CONTRATADO	AUXILIAR ENFERMERIA	
OBRA O LABOR DETERMINADA PARA LA CUAL SE CONTRATA	PLAN APOYO CRETARIA DE SALUD	
MOTIVO QUE DA ORIGEN A LA OBRA O LABOR	PLAN APOYO OPERATIVO	
USUARIA A DONDE SE REMITE EL TRABAJADOR	MUNICIPIO DE IBAGUE	
FECHA DE INICIO DE LABORES	13 DE ABRIL DE 2020	
FECHA FIRMA DEL CONTRATO	08 DE ABRIL DE 2020	

Servicompetentes S.A.S

Certificado de Aptitud Laboral
Ingreso



Fecha: 08/Abr/2020, **Hora:** 08:10:47 a.m.
Apellido: ALVAREZ ACEVEDO **Nombre:** MARIAN NATALIA
Tipo Doc: CC **Nro Identidad:** 28549612
Empresa: TEMPORALES UNO A S.A.
Cargo: AUX. DE ENFERMERIA
Lugar:
Direccion: MZ A CASA 9 URB TIERRA GRATA
Telefono: **Celular:** 3043382820 **Email:** MARIAMNATALIAALVAREZ@HOTMAIL.COM **Estado Civil:** Soltero
Ciudad: Tolima - Ibagué

HC: # 9937
Edad: 40 años
Sexo: Femenino
Nacim: 02/Ene/1980
Rh: O-

Examenes Realizados
Serologia II, Examen Medico Ocupacional de Ingreso, Osteomuscular

Concepto Medico para Examen de Ingreso
Cumple sin restricciones ☑ Cumple con restricciones ☐
Cual:

Concepto Medico para Examen de Alturas
Apto ☐ Aplazado ☐ No Apto ☐

Concepto Medico para Examen de Periodico
Puede continuar con su labor ☐ Requiere reubicación ☐
Incluir en SVE:

Concepto Medico para Examen de Retiro
Retiro sin Patologia aparente ☐ Retiro con Patologia para seguimiento en EPS ☐ ARL ☐
Cual:

Concepto Medico para Examen Especial

Observaciones y Recomendaciones
1.Inducción En El Cargo, 2. Se Dan Recomendaciones Sobre Realización De Pausas Activas 3.Ejercicio Físico 3 Veces Por Semana. 4. Utilizar Epp Según **La Exposición, Higiene Postural Y De Columna, Hábitos Saludables, Manejo Adecuado De Cargas. 5. Bajar** De Peso Dieta Balanceada **Uso De Protector Solar. Ropa Adecuada Para El Cargo, Fortalecimiento Muscular 6. Seguimiento O Valoración Nutrición y programa de obesidad De La Eps**

CERTIFICO QUE NO HE OMITIDO INFORMACIÓN ACERCA DE MI ESTADO DE SALUD, TODO ES VERIDICO Y PUEDE SER CONFIRMADO.
LA HISTORIA CLINICA MÉDICA OCUPACIONAL, ES UN DOCUMENTO SOMETIDO A RESERVA DE INFORMACIÓN ESTRICTAMENTE CONFIDENCIAL, POR LO QUE LA CUSTODIA DE LAS HISTORIAS CLINICAS OCUPACIONALES, DOCUMENTOS, EXAMENES O VALORACIONES PARACLINICAS, ESTARA A CARGO DEL PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD OCUPACIONAL QUE LA GENERO EN EL CURSO DE LA ATENCIÓN, CUMPLIENDO LOS REQUISITOS Y PROCEDIMIENTOS DE ARCHIVO DE ACUERDO A LAS NORMAS LEGALES VIGENTES PARA LA HISTORIA CLINICA (RESOL. 2346/2007 Art .16 RESOL. 1918/2009 Art. 17-1)

Gloria Cuentas Mojica
Gloria Cuentas M
Medico S.S.O. S.S.T
Reg. 024650
U. del Norte

GLORIA MARIA CUENTAS MOJICA
Medico Ocupacional
Lic. de S.O #: 024650 del 24 Diciembre de 2015
Registro #: 085316/2009

MARIAN NATALIA ALVAREZ ACEVEDO
CC 28549612

ARL | sura

Medellín, 08 de abril de 2020

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 TEMPORALES UNO A S.A que se encuentra EN COBERTURA.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificació	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante
Centro de trabajo:	0800113389 MUNICIPIO DE IBAGUE	Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6,96 %	
C28549612	ALVAREZ ACEVEDO MARIAN NATALIA	13/04/2020		7Ms22317	DEPENDIENTE

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 08/04/2020 12:57:30 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 190.146.54.236, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

FORMULARIO UNICO DE AFILIACION Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

EPS Sanitas

128984222

Alvarez Acevedo Marian Nacido

Y 28549.612 02/11/20

1 300 000

Manzana A Casa 3 Urbanización Terra Santa 3043382820

3043382820

Dragué

EPS Cuello Uterino Imagen - Innova Salud

E.P.S. Sanitas

OFICINA IBAGUE

Recibido por

Fecha 23-4-20 Hora 8:00 Am

Scanned with CamScanner

CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE FENALCO DEL TOLIMA
COMFENALCO TOLIMA
FORMULARIO DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN DE SUBSIDIO FAMILIAR
TRABAJADORES DEPENDIENTES
NIT. 890.700.148-4

1059000000143712

Antes de diligenciar este formulario lea las instrucciones que se encuentran al respaldo

I. Información del Trabajador

Identificación

1. T.D	2. Número	3. 1er. Apellido	2do. Apellido	1er. Nombre	2do. Nombre	4. Sexo
CC	28549612	ALVAREZ	ACEVEDO	MARIAN	NATALIA	F X M

5. Fecha de Nacimiento (Año Mes Día)	6. Estado Civil	7. Nivel de Escolaridad	8. Discapacidad
1980-01-02	Soltero ___ Casado ___ Separado ___ Unión Libre X Viudo ___	Ninguno ___ Primaria ___ Bachillerato ___ Técnica ___ Tecnológico ___ Profesional ___ Nombre Profesión ___	Tipo 4 Grado ___ %

9. Dirección de residencia	Barrio	Municipio	Departamento
MZ A CA 9 BRR TIERRA GRATA	IBAGUE		

10. Tipo de Vivienda	11. Estrato	12. Teléfono	13. Celular	14. Correo Electrónico
Propia ___ Alquilada ___ Familiar ___			3043382820	MARIANNATALIAA@HOTMAIL.COM

15. Pasaporte No.	Fecha de Vencimiento (Año Mes Día)	16. Pasatiempos
		Viajes ___ Pintura ___ Música ___ Danza ___ Cine ___ Manualidades ___ Informática ___ Teatro ___

17. Deportes	18. Información Caja anterior - Nombre
Fútbol ___ Natación ___ Bolos ___ Baloncesto ___ Tenis ___ Volleyball ___ Patinaje ___ Otros ___	Fecha de Ingreso: Año ___ Mes ___ Día ___ Fecha de Retiro: Año ___ Mes ___ Día ___

II. Otro Empleador (Solo en caso de que labore en una Empresa Diferente a la que reporta en el módulo VI)

19. T.D	20. NIT	DV	21. Razón Social	22. Jornada (Número Horas Mensual)	23. Sector (Rural Urbano)

24. Salario (Básico $ / Comisiones + Bonificaciones $) (Fijo Variable)	25. Cargo	26. Caja de Compensación

III. Información del Cónyuge o compañero(a) permanente

27. Cónyuge Compañero(a)	28. T.D	29. Número	30. 1er. Apellido	2do. Apellido	1er. Nombre	2do. Nombre	31. Sexo
X	CC	11202120	PAVA	FREDY	ALEJANDRO		F M X

32. Fecha de Nacimiento	33. Discapacidad	34. Fecha de Inicio de relación marital	35. Nivel de Escolaridad	Nombre Profesión
1979-03-11	Tipo 4 Grado ___ %		Ninguno ___ Primaria ___ Bachiller ___ Técnica ___ Tecnólogo ___ Profesional ___	

36. Trabaja	37. T.D	38. Nit	39. Razón Social	40. Recibe subsidio
Si ___ No ___				S. ___ No X

41. Caja de Compensación	42. Horas Trabajadas	43. Salario (Básico / Comisiones + bonificaciones) (Fijo Variable)	44. Cargo
		$ $	

IV. Datos del Grupo Familiar

45.	Documento		Nombres completos de beneficiarios				Sexo		Parentesco	Fecha nacimiento			Discapacidad		Supervivencia
	TD	Número	1er. Apellido	2do. Apellido	1er. Nombre	2do. Nombre	M	F	(HIJO, PADRES, HERMANOS, OTROS)	Año	Mes	Día	Tipo	Grado %	
1	TI	1000127871	PAVA	MARIN	CAROL	VALENTINA		X	HIJASTRO(A)	2002-09-22			4		N
2															
3															
4															
5															

V. Escolaridad

	Número Documento	Nombre Institución donde estudia	Nivel de escolaridad	Calendario	Grado
1					
2					
3					
4					

VI. Información Laboral

47. T.D	48. NIT	DV	49. Razón Social	50. Sucursal	51. Div. Adelante	52. Código Agencia
NI	809000876		TEMPORALES UNO A S A	1	00	

53. Fecha de ingreso a la Empresa	54. Tipo de Contrato	55. Cargo	56. Jornada (Número Horas Mensual)
2020-04-13	MISION	OTRD PERSONAL DE APOYO ADMINISTRATIVO NO CLASIFICADOS EN OTROS GRUPOS PRIMARIOS	240

57. Salario (Fijo / Variable N / Básico $)	Comisiones + Bonificaciones $	58. Tipo Vinculación	59. % Aportes
1300000	0	DEPENDIENTE CAJA	CAJA UNIFICADO

Observaciones:

Bajo la gravedad de juramento declaro que la información suministrada es cierta y ha sido revisada personalmente. Los documentos anexos que soportan este inscripción, serán para el uso exclusivo de Comfenalco Tolima; motivo por el cual no se devolverán a la empresa ni al trabajador. Autorizo que la información sea verificada en cualquier momento por COMFENALCO TOLIMA.

Fecha Radicación 2020-04-08

Firma Autorizada y Sello de la Empresa

Firma y C.C. del Trabajador 28549612

Firma y Sello de recibido por Comfenalco Tolima

Generado por Snap Virtual Caja

Colfondos
grupo HABITAT

COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) MARIAN NATALIA ALVAREZ ACEVEDO identificado(a) con C.C No. 28.549.612, se encuentra afiliado(a) al Fondo Pensiones Obligatorias NIT 800.227.940-6.

Se expide la presente certificación a solicitud del afiliado(a) el día 06 de abril del 2020.

El presente certificado es emitido como un archivo PDF y contiene una firma digitalizada válida para todos sus efectos de conformidad con lo dispuesto en la Ley 527 de 1999.

Cualquier inquietud adicional no dude en escribirnos a través de nuestro portal transaccional www.colfondos.com.co opción contáctanos, o comuníquese con nuestro Contact Center a través de las siguientes líneas Bogotá 7484888, Barranquilla 386 9888, Bucaramanga 698 5888, Cali 489 9888, Cartagena 694 9888, Medellín 604 2888 y en el resto del país 604 2888.

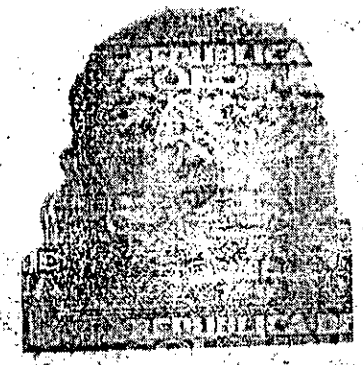
Carolina Galvis C.

Carolina Galvis Castellanos
Directora de Cuentas y Recaudo
Colfondos S.A Pensiones y Cesantías

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 28.549.612
ALVAREZ ACEVEDO
APELLIDOS
MARIAN NATALIA
NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 02-ENE-1980
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

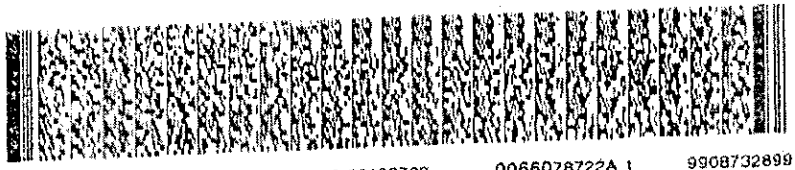
1.55
ESTATURA

O-
G.S. RH

F
SEXO

11-FEB-1998 IBAGUE
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA



A-2900100-01081574-F-0028549612-20190708 0066078722A 1 9908732899

TEMPORALES UNO-A S.A.

R60707

SGS
Suministro de trabajadores en misión

CONTRATO INDIVIDUAL DE TRABAJO DE DURACION POR LA OBRA O LABOR CONTRATADA

IB-041990

DATOS DE LA E.S.T. EMPLEADORA

NOMBRE DE LA EMPRESA	:TEMPORALES UNO-A S.A.
DOMICILIO SOCIAL Y DIRECCION	:IBAGUE, CRA 7 # 14-26 PISO 3
NIT	:809.000.876-1
REPRESENTANTE LEGAL	:NOLLY MERCEDES BELTRAN GALEANO
C.C.	:38.260.480 DE IBAGUE

DATOS DEL TRABAJADOR

NOMBRE	AYALA CORTEZ LUISA FERNANDA
No. IDENTIFICACION	1,110,507,022 , IBAGUE Tel: 3157824907 Contrato:01
DOMICILIO Y RESIDENCIA	CALLE 65 NO. 22-125 AMBALÁ
LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO	IBAGUE, 14 DE OCTUBRE DE 1989

EPS: SALUD TOTAL EPS AFP: PORVENIR S.A. ARP: ARL SURA CTA:

DATOS PARA LA CONTRATACION

LUGAR DE TRABAJO	IBAGUE	
LUGAR DONDE HA SIDO CONTRATADO	IBAGUE	
SALARIO	1,300,000	Mensual
AUXILIO LEGAL DE TRANSPORTE	102,854	
OTROS PAGOS SALARIALES	0.00	
OTROS PAGOS NO SALARIALES	0.00	

PERIODOS DE PAGO DEL SALARIO	MENSUAL
CARGO PARA EL CUAL ES CONTRATADO	AUXILIAR DE ENFERMERIA
OBRA O LABOR DETERMINADA PARA LA CUAL SE CONTRATA	PLAN APOYO SECRETARIA DE SALUD
MOTIVO QUE DA ORIGEN A LA OBRA O LABOR	PLAN APOYO OPERATIVO
USUARIA A DONDE SE REMITE EL TRABAJADOR	MUNICIPIO DE IBAGUE
FECHA DE INICIO DE LABORES	13 DE ABRIL DE 2020
FECHA FIRMA DEL CONTRATO	08 DE ABRIL DE 2020

Servicompetentes S.A.S

Certificado de Aptitud Laboral
Ingreso



Fecha: 08/Abr/2020, **Hora:** 08:33:22 a.m.
Apellido: AYALA CORTEZ **Nombre:** LUISA FERNANDA
Tipo Doc: CC **Nro Identidad:** 1110507022
Empresa: TEMPORALES UNO A S.A.
Cargo: AUX. DE ENFERMERIA
Lugar:
Direccion: CLLE 65 NUMERO22 125 AMBALA
Telefono: **Celular:** 3157824907 **Email:** ALEJACORTEZ_2081@HOTMAIL.COM **Estado Civil:** Soltero
Ciudad: Tolima - Ibagué

HC: # 9940
Edad: 30 años
Sexo: Femenino
Nacim: 14/Oct/1989
Rh: O+

Examenes Realizados
Serologia II, Examen Medico Ocupacional de Ingreso, Osteomuscular

Concepto Médico para Examen de Ingreso
Cumple sin restricciones ☑ Cumple con restricciones ☐
Cual:

Concepto Médico para Examen de Alturas
Apto ☐ Aplazado ☐ No Apto ☐

Concepto Médico para Examen de Periódico
Puede continuar con su labor ☐ Requiere reubicación ☐
Incluir en SVE:

Concepto Médico para Examen de Retiro
Retiro sin Patologia aparente ☐ Retiro con Patologia para seguimiento en EPS ☐ ARL ☐
Cual:

Concepto Médico para Examen Especial

Observaciones y Recomendaciones

CERTIFICO QUE NO HE OMITIDO INFORMACIÓN ACERCA DE MI ESTADO DE SALUD, TODO ES VERIDICO Y PUEDE SER CONFIRMADO.
LA HISTORIA CLINICA MÉDICA OCUPACIONAL, ES UN DOCUMENTO SOMETIDO A RESERVA DE INFORMACIÓN ESTRICTAMENTE CONFIDENCIAL, POR LO QUE LA CUSTODIA DE LAS HISTORIAS CLINICAS OCUPACIONALES, DOCUMENTOS, EXAMENES O VALORACIONES PARACLINICAS, ESTARA A CARGO DEL PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD OCUPACIONAL QUE LA GENERO EN EL CURSO DE LA ATENCIÓN, CUMPLIENDO LOS REQUISITOS Y PROCEDIMIENTOS DE ARCHIVD DE ACUERDO A LAS NORMAS LEGALES VIGENTES PARA LA HISTORIA CLINICA (RESOL. 2346/2007 Art .16 RESOL. 1918/2009 Art. 17-1)

Gloria Cuentas Mojica
Medico U.C.P. S.S.T
Reg. 024650
U. del Norte

GLORIA MARIA CUENTAS MOJICA
Medico Ocupacional
Lic. de S.O #: 024650 del 24 Diciembre de 2015
Registro #: 085316/2009

LUISA FERNANDA AYALA CORTEZ
CC 1110507022

ARL | sura

Medellín, 08 de Abril de 2020

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 TEMPORALES UNO A SA que se encuentra EN COBERTURA, en el centro de trabajo 0800113389 - MUNICIPIO DE IBAGUE, Clase de riesgo 5, Porcentaje de cotización 6.96%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificació	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante
C1110507022	AYALA CORTEZ LUISA FERNANDA	13/04/2020		21518982	DEPENDIENTE

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:C289151922009945009

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 08/04/2020 12:30:09 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 190.146.54.236, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4005049975	0|8|0|4|2|0|2|0

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

1.Tipo de tramite: A. Afiliacion ☐ B.Reporte de Novedades ☒

2.Tipo afiliacion: B. Colectiva ☐ A. Individual: -Cotizante Cabeza de familia ☒ -Beneficiario afiliado adicional ☐ B. Institucional ☐ B. De oficio ☐

3.Regimen: 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 ☐

Codigo (a registrar por la EPS): 1

A. AFILIACIÓN

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

6.Apellidos y nombres			
AYALA (Primer apellido)	CORTEZ (Segundo apellido)	LUISA (Primer nombre)	FERNANDA (Segundo nombre)
7.Tipo documento de identidad: CC	8.Número del documento de identidad: 1110507022	9.Sexo: Femenino ☒ Masculino ☐	10.Fecha de nacimiento: 1|4|1|0|1|9|8|9

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

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

15. Administradora de riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotizacion - IBC
SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA S A	PORVENIR FPC	1300000

18.Residuncia

Dirección	Telefono fijo	Telefono celular	Correo electronico
CL 65 22 125 BRR AMBALA		3157824907	ALEJACORTEZ_2081@HOTMAIL.COM

Municipio/Distrito	zona	Localidad / comuna	Departamento
IBAGUE	Urbana ☒ Rural ☐		TOLIMA

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: Femenino ☐ Masculino ☐	23. Fecha de nacimiento

Datos basicos 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: Femenino	Masculino	28.Fecha de nacimiento
B1					
B2					
B3					
B4					
B5					

Datos complementarios

	29.Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad: Tipo F	N	M	Condicion 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						

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 CADIZ - VS MACARENA	VSCADIZ - VSMACARENA
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 documento de Identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS)
TEMPORALES UNO A S.A	NIT	809000876	01

39.Ubicación

Dirección	Telefono	Correo electrónico	Municipio/distrito	Departamento
CR 7 14 26 TERCER PI	2633956	CONTRATACION@TEMPORALESUNOA.COM.CO	IBAGUE	TOLIMA

No de Radicacion
4005049975

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

- ☐ 1. Modificacion 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 afilisdos 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[3][0][4][2][0][2][0]

43.EPS anterior	44.Motivo de traslado Código:	45.Caja de Compansación 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 documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- 49.☐ Declaración de no información 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 ruporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades publicas que con 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 ete 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. ☐ CO. ☐ SC. ☐
  Cantidad: ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Total: 0
- ☐ 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- ☐ 58. Copia registro civil de matrimonio, o de la escritura pública,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la union marital.
- ☐ 59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio ,sentencia judicial para que declare la separación de cuerpos y escritura pública,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la union marital.
- ☐ 60. Copia certificado de adopción o acta de entrega del menor
- ☐ 61.Copia orden judicial o acto administrativo de custodia.
- ☐ 62.Documento en que conste la perdida de la patria potestad, o el certificado 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 capitulo VII Declaraciones y IX. Autorizaciones, así como la veracidad de las demás información registrada.

CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE FENALCO DEL TOLIMA
COMFENALCO TOLIMA
FORMULARIO DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN DE SUBSIDIO FAMILIAR
TRABAJADORES DEPENDIENTES
NIT. 890.700.148-4

1059000000143710

Antes de diligenciar este formulario lea las instrucciones que se encuentran al respaldo

I. Información del Trabajador

Identificación

1. T.D.	2. Número	3. 1er. Apellido	2do. Apellido	1er. Nombre	2do. Nombre	4. Sexo
CC	1110507022	AYALA	CORTEZ	LUISA	FERNANDA	F X M

5. Fecha de Nacimiento (Año Mes Día)	6. Estado Civil	7. Nivel de Escolaridad	8. Discapacidad
1989-10-14	Soltero / Separado / Viudo / Casado / Unión Libre X	Ninguna / Primaria / Bachillerato / Técnico / Tecnológico / Profesional — Nombre Profesión	Tipo / Grado %

9. Dirección de residencia	Barrio	Municipio	Departamento
CL 69 28 A 19	LOS CIRUELOS		

10. Tipo de Vivienda	11. Estrato	12. Teléfono	13. Celular	14. Correo Electrónico
Propia / Arrendada / Familiar		2750313		

15. Pasaporte No. — Fecha de Vencimiento (Año Mes Día)	16. Pasatiempos
	Viajes / Pintura / Música / Danza / Cine / Manualidades / Informática / Teatro

17. Deportes	18. Información Caja anterior - Nombre
Fútbol / Natación / Bailes / Baloncesto / Tenis / Vollyball / Patinaje / Otros	Fecha de Ingreso: Año Mes Día — Fecha de Retiro: Año Mes Día

II. Otro Empleador (Solo en caso de que labore en una Empresa Diferente a la que reporta en el módulo VI)

19. T.D.	20. NIT	DV	21. Razón Social	22. Jornada (Número Horas Mensual)	23. Sector
					Rural / Urbano

24. Salario (Fijo / Variable) — Básico $ — Comisiones + Bonificaciones $	25. Cargo	26. Caja de Compensación

III. Información del Cónyuge o compañero(a) permanente

27. Cónyuge / Compañero(a)	28. T.D.	29. Número	30. 1er. Apellido	2do. Apellido	1er. Nombre	2do. Nombre	31. Sexo
							F M

32. Fecha de Nacimiento	33. Discapacidad (Tipo / Grado %)	34. Fecha de Inicio de relación marital	35. Nivel de Escolaridad (Ninguno / Primaria / Bachiller / Técnico / Tecnólogo / Profesional) — Nombre Profesión

36. Trabaja (Si / No)	37. T.D.	38. Nit	39. Razón Social	40. Recibe subsidio (S / No)

41. Caja de Compensación	42. Horas Trabajadas	43. Salario (Fijo / Variable) — Básico $ — Comisiones + Bonificaciones $	44. Cargo

IV. Datos del Grupo Familiar

45.	Documento		Nombres completos de beneficiarios				Sexo		Parentesco								Fecha nacimiento			Discapacidad		Nivel de escolaridad
	TD	Número	1er. Apellido	2do. Apellido	1er. Nombre	2do. Nombre	M	F	Hijo	Padre	Madre	Padrastro	Hijastro	Abuelo	Hermano	Otro	Año	Mes	Día	Tipo	%	
1																						
2																						
3																						
4																						
5																						

V. Escolaridad

	Número Documento	Nombre Institución donde estudia	Nivel de escolaridad	Calendario	Grado
1					
2					
3					
4					

VI. Información Laboral

47. T.D.	48. NIT	DV	49. Razón Social	50. Sucursal	51. Div. Adtiva	52. Código Sección
NI	809000876		TEMPORALES UNO A S A	1	00	

53. Fecha de ingreso a la Empresa	54. Tipo de Contrato	55. Cargo	56. Jornada (Número Horas Mensual)
2020-04-13	MISION	OTRO PERSONAL DE APOYO ADMINISTRATIVO NO CLASIFICADOS EN OTROS GRUPOS PRIMARIOS	240

57. Salario (Fijo / Variable N) — Básico $	Comisiones + Bonificaciones $	58. Tipo Vinculación	59. % Aportes
1300000	0	DEPENDIENTE CAJA	CAJA UNIFICADO

Observaciones:

Bajo la gravedad de juramento declaro que la información suministrada es cierta y ha sido revisada personalmente. Los documentos anexos que soportan esta inscripción, serán para el uso exclusivo de Comfenalco Tolima; motivo por el cual no se devolverán a la empresa ni al trabajador. Autorizo que la información sea verificada en cualquier momento por COMFENALCO TOLIMA.

Fecha Radicación 2020-04-08

Firma Autorizada y Sello de la Empresa

Firma y C.C. del Trabajador: Luisa Fernanda Ayala. 1110507022

Firma y Sello de recibido por Comfenalco Tolima

Generado por Sirep Virtual Cloud

porvenir
sólo hay uno

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 900.221.908-5

CERTIFICA QUE:

LUISA FERNANDA AYALA CORTEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.110.507.022**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir.**

La presente certificación se expide el 31 de Marzo del 2020.

Cordialmente,

Vicepresidente de Clientes y Operaciones

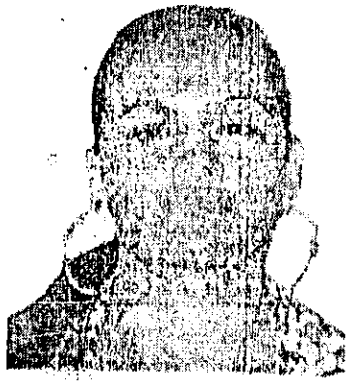
Tenga en cuenta:

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.

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.110.507.022**
AYALA CORTEZ
APELLIDOS
LUISA FERNANDA
NOMBRES

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO **14-OCT-1989**
IBAGUE
(TOLIMA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.64 **O+** **F**
ESTATURA G.S. RH SEXO
04-FEB-2009 IBAGUE
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-2900100-00438048-F-1110507022-20130605 0033267420A 1 6382317084

TEMPORALES UNO-A S.A.

R60707

SGS
"suministro de trabajadores en misión"

CONTRATO INDIVIDUAL DE TRABAJO DE DURACION POR LA OBRA O LABOR CONTRATADA

IB-041976

DATOS DE LA E.S.T. EMPLEADORA

NOMBRE DE LA EMPRESA	:TEMPORALES UNO-A S.A.
DOMICILIO SOCIAL Y DIRECCION	:IBAGUE, CRA 7 # 14-26 PISO 3
NIT	:809.000.876-1
REPRESENTANTE LEGAL	:NOLLY MERCEDES BELTRAN GALEANO
C.C.	:38.260.480 DE IBAGUE

DATOS DEL TRABAJADOR

NOMBRE	CIFUENTES CUBILLOS NILSA XIMENA
No. IDENTIFICACION	1,110,503,308 , IBAGUE Tel: 3153107706 Contrato:01
DOMICILIO Y RESIDENCIA	MZA 24 CASA 25 JORDÁN II ETAPA
LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO	IBAGUE, 02 DE OCTUBRE DE 1990

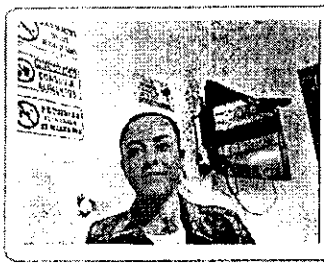
EPS: MEDIMAS AFP: PORVENIR S.A. ARP: ARL SURA CTA:

DATOS PARA LA CONTRATACION

LUGAR DE TRABAJO	IBAGUE	
LUGAR DONDE HA SIDO CONTRATADO	IBAGUE	
SALARIO	2,300,000	Mensual
AUXILIO LEGAL DE TRANSPORTE	0	
OTROS PAGOS SALARIALES	0.00	
OTROS PAGOS NO SALARIALES	0.00	
PERIODOS DE PAGO DEL SALARIO	MENSUAL	
CARGO PARA EL CUAL ES CONTRATADO	ENFERMERA PROFESIONAL	
OBRA O LABOR DETERMINADA PARA LA CUAL SE CONTRATA	PLAN APOYO SECRETARIA SALUD	
MOTIVO QUE DA ORIGEN A LA OBRA O LABOR	PLAN APOYO OPERATIVO	
USUARIA A DONDE SE REMITE EL TRABAJADOR	MUNICIPIO DE IBAGUE	
FECHA DE INICIO DE LABORES	13 DE ABRIL DE 2020	
FECHA FIRMA DEL CONTRATO	07 DE ABRIL DE 2020	

Servicompetentes S.A.S

Certificado de Aptitud Laboral
Ingreso



Fecha: 07/Abr/2020, **Hora:** 07:28:02 a.m.
Apellido: CIFUENTES CUBILLOS **Nombre:** NILSA JIMENA
Tipo Doc: CC **Nro Identidad:** 1110503308
Empresa: TEMPORALES UNO A S.A.
Cargo: ENFERMERA
Lugar:
Direccion: MZ 24CASA 25 JORDAN 2 ETP
Telefono: **Celular:** 3153107706 **Email:** XIMESICQ@GMAIL.COM **Estado Civil:** Soltero
Ciudad: Tolima - Ibagué

HC: # 9905
Edad: 29 años
Sexo: Femenino
Nacim: 02/Oct/1990
Rh: O+

Examenes Realizados

Sensibonia II, Examen Medico Ocupacional de Ingreso, Osteomuscular

Concepto Médico para Examen de Ingreso

Cumple sin restricciones ☑ Cumple con restricciones ☐
Cual:

Concepto Médico para Examen de Alturas

Apto ☐ Aplazado ☐ No Apto ☐

Concepto Médico para Examen de Periódico

Puede continuar con su labor ☐ Requiere reubicación ☐
Ingresar en SVE:

Concepto Médico para Examen de Retiro

Retiro sin Patología aparente ☐ Retiro con Patología para seguimiento en EPS ☐ ARL ☐
Cual:

Concepto Médico para Examen Especial

Observaciones y Recomendaciones

1.Inducción En El Cargo 2.Se Dan Recomendaciones Sobre Realización De Pausas Activas 3.Ejercicio Físico 3 Veces Por Semana. 4. Utilizar Epp Según La Exposición, Higiene Postural Y De Columna, Hábitos Saludables, 5. Dieta Balanceada Uso De Protector Solar. Ropa Adecuada Para El Cargo, Fortalecimiento Muscular 6. manejo adecuado de cargas.

CERTIFICO QUE NO HE OMITIDO INFORMACIÓN ACERCA DE MI ESTADO DE SALUD, TODO ES VERIDICO Y PUEDE SER CONFIRMADO.
LA HISTORIA CLINICA MÉDICA OCUPACIONAL, ES UN DOCUMENTO SOMETIDO A RESERVA DE INFORMACIÓN ESTRICTAMENTE CONFIDENCIAL, POR LO QUE LA CUSTODIA DE LAS HISTORIAS CLINICAS OCUPACIONALES, DOCUMENTOS, EXAMENES O VALORACIONES PARACLINICAS, ESTARÁ A CARGO DEL PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD OCUPACIONAL QUE LA GENERO EN EL CURSO DE LA ATENCIÓN, CUMPLIENDO LOS REQUISITOS Y PROCEDIMIENTOS DE ARCHIVO DE ACUERDO A LAS NORMAS LEGALES VIGENTES PARA LA HISTORIA CLINICA (RESOL. 2346/2007 Art. 16 RESOL. 1918/2009 Art. 17-1).

Gloria Cuentas Mojica
Medico U.S.O. S.S.T
Reg. 085316/2009
Medico Ocupacional

GLORIA MARIA CUENTAS MOJICA
Medico Ocupacional
Lic. de S.O #: 024650 del 24 Diciembre de 2015
Registro #: 085316/2009

NILSA JIMENA CIFUENTES CUBILLOS
CC 1110503308

ARL | sura

Medellín, 07 de abril de 2020

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 TEMPORALES UNO A S.A que se encuentra EN COBERTURA.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificació	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante
Centro de trabajo:	0800113389 MUNICIPIO DE IBAGUE	Clase: 5		Porcentaje Cotización:	6,96 %
C111050330 8	CIFUENTES CUBILLOS NILSA XIMENA	13/04/2020		142V1242	DEPENDIENTE

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 07/04/2020 16:44:10 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 190.146.54.236, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

medimás EPS

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

No. de Radicación	Fecha de Radicación

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

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite	2. Tipo de Afiliación	3. Régimen
A. Afiliación [ ] B. Reporte de Novedades [X]	A. Individual: - Cotizante o Cabeza de Familia [X] - Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] O. De oficio [ ]	A. Contributivo [X] B. Subsidiado [ ]

4. Tipo de afiliado	5. Tipo de cotizante	Código (a registrar por la EPS)
A. Cotizante [X] B. Cabeza de familia [ ] C. Beneficiario [ ]	A. Dependiente [X] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]	1

A. AFILIACIÓN

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

6. Apellidos y nombres			
Primer apellido: CIFUENTES	Segundo apellido: CUBILLOS	Primer nombre: NILSA	Segundo nombre: XIMENA
7. Tipo documento de identidad: CC	8. Número del documento de identidad: 1110503308	9. Sexo: Femenino [X] Masculino [ ]	10. Fecha de nacimiento: 02 10 1990

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	PORVENIR	2.300.000

18. Residencia			
Dirección: MZ 24 CASA 25 JOEDAN II ETAPA	Teléfono fijo:	Teléfono celular: 3153107706	Correo electrónico: NO SUMINISTRA
Municipio/Distrito: IBAGUE	Zona: Urbana [X] Rural [ ]	Localidad/Comuna:	Departamento: TOLIMA

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

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					
B2					
B3					
B4					
B5					

Datos complementarios

	29. Parentesco	30. Etnia	Tipo: F	N	M	Condición: Y	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	CORPORACION IPS AMBALA	3625
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 de documento de identificación	38. Tipo de aportante a pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
TEMPORALES UNO A. S.A.	NIT	809000876	

39. Ubicación				
Dirección: CR 7 NO 14-26 3 PISO	Teléfono: 2616822	Correo electrónico: CONTRATACION@TEMPORALESUNO	Municipio/Distrito: IBAGUE	Departamento: TOLIMA

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de identidad	Número del documento de identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	42. Fecha
		Femenino [ ] Masculino [ ]		1 3 0 4 2 0 2 0

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 o del reporte de novedades a la base de datos de [illegible] 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 adicional[illegible] 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,	55. El empleador, aportante [illegible] able 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. 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 de Municipio: Código del departamento:	Número de ficha: Puntaje: Nivel:		

70. Datos del funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
CEPEDA	ORTIZ	HERLEY	YESID

Tipo documento de identidad	Número del documento de identidad	71. Firma del funcionario
CC	1020745757	

OBSERVACIONES

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.

Ten encuenta los siguientes TIPS:

- Diligencialo con de tinta negra.
- Todos los campos del Formulario son obligatorios.
- Diligencia los espacios sin tachones ni enmendaduras.
- Marca las casillas unicamente con una X.
- Incluye a todo tu grupo familiar.
- Utiliza la tabla de apoyo para consultar los códigos.
- Asesorate con uno de los consultores de esta oficina.
- Consulta el instructivo en **www.medimas.com.co**

CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE FENALCO DEL TOLIMA
COMFENALCO TOLIMA
FORMULARIO DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN DE SUBSIDIO FAMILIAR
TRABAJADORES DEPENDIENTES
NIT. 890.700.148-4

1059000000143671

Antes de diligenciar este formulario lea las instrucciones que se encuentran al respaldo

I. Información del Trabajador

Identificación

1. T.D.	2. Número	3. 1er. Apellido	2do. Apellido	1er. Nombre	2do. Nombre	4. Sexo
CC	1110503308	CIFUENTES	CUBILLOS	NILSA	XIMENA	X M

5. Fecha de Nacimiento (Año Mes Día)	6. Estado Civil	7. Nivel de Escolaridad	8. Discapacidad
1990-10-02	Soltero X, Separada, Viuda, Casado, Unión Libre	Ninguno, Primaria, Bachillerato, Técnico, Tecnológico, Profesional, Nombre Profesión	Tipo, Grado %

9. Dirección de residencia	Barrio	Municipio	Departamento
MZ 24 CA 25	URBANIZACION LA PRIMAVERA		

10. Tipo de Vivienda	11. Estrato	12. Teléfono	13. Celular	14. Correo Electrónico
Propia, Alquilada, Familiar			3133974351	

15. Pasaporte No. / Fecha de Vencimiento (Año Mes Día)	16. Pasatiempos
	Viajes, Pintura, Música, Danza, Cine, Manualidades, Informática, Teatro

17. Deportes	18. Información Caja anterior - Nombre
Fútbol, Natación, Bolos, Baloncesto, Tenis, Volleyball, Patinaje, Otros	Fecha de Ingreso: Año Mes Día / Fecha de Retiro: Año Mes Día

II. Otro Empleador (Solo en caso de que labore en una Empresa Diferente a la que reporta en el módulo VI)

19. T.D.	20. NIT	DV	21. Razón Social	22. Jornada (Número Horas Mensual)	23. Sector (Rural, Urbano)

24. Salario (Fijo, Variable)	Básico $	Comisiones + Bonificaciones $	25. Cargo	26. Caja de Compensación

III. Información del Cónyuge o compañero(a) permanente

27. Cónyuge / Compañero(a)	28. T.D.	29. Número	30. 1er. Apellido	2do. Apellido	1er. Nombre	2do. Nombre	31. Sexo (F M)

32. Fecha de Nacimiento	33. Discapacidad (Tipo, Grado %)	34. Fecha de Inicio de relación marital	35. Nivel de Escolaridad (Ninguno, Primaria, Bachiller, Técnico, Tecnólogo, Profesional, Nombre Profesión)

36. Trabaja (Si No)	37. T.D.	38. Nit	39. Razón Social	40. Recibe subsidio (Si No)

41. Caja de Compensación	42. Horas Trabajadas	43. Salario (Fijo, Variable)	Básico $	Comisiones + Bonificaciones $	44. Cargo

IV. Datos del Grupo Familiar

45.	Documento		Nombres completos de beneficiarios				Sexo		Parentesco (Hijo, Padre, Madrastra, Padrastro, Hijastro, Cónyuge, Compañero(a) permanente, Padres, Hermano, Abuelo, Nieto, Bisabuelo, Tatarabuelo, Suegro, Yerno, Nuera, Cuñado, Tío, Sobrino, Primo, Otro)	Fecha nacimiento			Discapacidad (T, G %)	Solicitud vía web
	TD	Número	1er. Apellido	2do. Apellido	1er. Nombre	2do. Nombre	M	F		Año	Mes	Día	T	G %	
1															
2															
3															
4															
5															

V. Escolaridad

	Número Documento	Nombre Institución donde estudia	Nivel de escolaridad	Calendario	Grado
1					
2					
3					
4					

VI. Información Laboral

47. T.D.	48. NIT	DV	49. Razón Social	50. Sucursal	51. Dir. Adelfina	52. Código Nomina
NI	809000876		TEMPORALES UNO A S A	1	00	

53. Fecha de ingreso a la Empresa	54. Tipo de Contrato	55. Cargo	56. Jornada (Número horas Mensual)
2020-04-13	MISION	OTRO PERSONAL DE APOYO ADMINISTRATIVO NO CLASIFICADOS EN OTROS GRUPOS PRIMARIOS	240

57. Salario (Fijo, Variable N)	Básico $	Comisiones + Bonificaciones $	58. Tipo Vinculación	59. % Aportes
	2300000	0	DEPENDIENTE CAJA	CAJA UNIFICADO

Observaciones:

Bajo la gravedad de juramento declaro que la información suministrada es clarte y ha sido revisada personelmente. Los documentos anexos que soportan este inscripción, serán para el uso exclusivo de Comfenalco Tolima; motivo por el cual no se devolvaran a la empresa ni al trabajador. Autorize que la información sea verificada en cualquier momento por COMFENALCO TOLIMA.

Nilsa Ximena Cifuentes C.

Fecha Radicacion 2020-04-07

Firma Autorizada y Sello de la Empresa

Firma y C.C. del Trabajador 1.110503308

Firma y Sello de recibido por Comfenalco Tolima

Generado por Sitio Virtual Cca

porvenir
sólo hay uno

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS PORVENIR S.A.
En su condición de administradora del
FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR
NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

NILSA XIMENA CIFUENTES CUBILLOS, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.110.503.308**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 31 de Marzo del 2020.

Cordialmente,

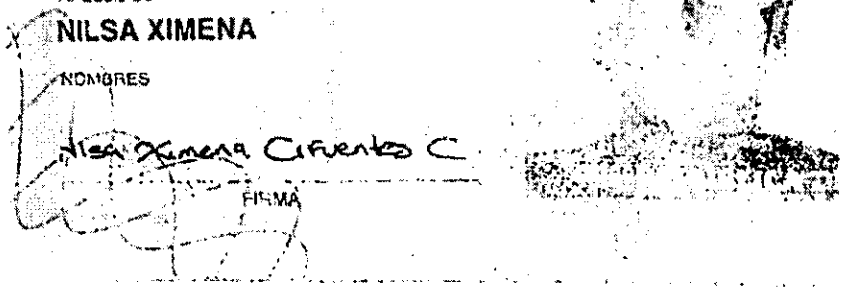
Vicepresidente de Clientes y Operaciones

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.

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.110.503.308**
CIFUENTES CUBILLOS
APELLIDOS
NILSA XIMENA
NOMBRES



FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **02-OCT-1990**
IBAGUE
(TOLIMA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

05-NOV-2008 IBAGUE
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-2900100-00576074-F-1110503308-20140522 0038755471A 1 6362892902

Escaneado con CamScanner

R60707

TEMPORALES UNO-A S.A.

"Suministro de trabajadores en misión"

CONTRATO INDIVIDUAL DE TRABAJO DE DURACION POR LA OBRA O LABOR CONTRATADA

IB-041985

DATOS DE LA E.S.T. EMPLEADORA

NOMBRE DE LA EMPRESA	:TEMPORALES UNO-A S.A.
DOMICILIO SOCIAL Y DIRECCION	:IBAGUE, CRA 7 # 14-26 PISO 3
NIT	:809.000.876-1
REPRESENTANTE LEGAL	:NOLLY MERCEDES BELTRAN GALEANO
C.C.	:38.260.480 DE IBAGUE

DATOS DEL TRABAJADOR

NOMBRE	CORTES TORRES ANA MARIA
No. IDENTIFICACION	1,110,443,767 , IBAGUE Tel: 3223078849 Contrato:01
DOMICILIO Y RESIDENCIA	CRA 2 NO. 2A104 LIBERTADOR
LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO	IBAGUE, 28 DE DICIEMBRE DE 1985

EPS: MEDIMAS AFP: COLPENSIONES ARP: ARL SURA CTA:

DATOS PARA LA CONTRATACION

LUGAR DE TRABAJO	IBAGUE	
LUGAR DONDE HA SIDO CONTRATADO	IBAGUE	
SALARIO	1,300,000	Mensual
AUXILIO LEGAL DE TRANSPORTE	102,854	
OTROS PAGOS SALARIALES	0.00	
OTROS PAGOS NO SALARIALES	0.00	
PERIODOS DE PAGO DEL SALARIO	MENSUAL	
CARGO PARA EL CUAL ES CONTRATADO	AUXILIAR ENFERMERIA	
OBRA O LABOR DETERMINADA PARA LA CUAL SE CONTRATA	PLAN APOYO SECRETARIA DE SALUD	
MOTIVO QUE DA ORIGEN A LA OBRA O LABOR	PLAN APOYO OPERATIVO	
USUARIA A DONDE SE REMITE EL TRABAJADOR	MUNICIPIO DE IBAGUE	
FECHA DE INICIO DE LABORES	13 DE ABRIL DE 2020	
FECHA FIRMA DEL CONTRATO	08 DE ABRIL DE 2020	

Servicompetentes S.A.S

Certificado de Aptitud Laboral
Ingreso



Fecha: 08/Abr/2020, **Hora:** 08:49:40 a.m.
Apellido: CORTES TORRES **Nombre:** ANA MARIA
Tipo Doc: CC **Nro Idenidad:** 1110443767
Empresa: TEMPORALES UNO A S.A.
Cargo: AUX. DE ENFERMERIA
Lugar:
Direccion: CRA 2DA NUMERO 2A 104LIBERTADOR
Telefono: **Celular:** 3223078849 **Email:** ANAMARIA.CT@HOTMAIL.COM **Estado Civil:** Union Libre
Ciudad: Tolima - Ibagué

HC: # 9943
Edad: 34 años
Sexo: Femenino
Nacim: 28/Dic/1985
Rh: O+

Examenes Realizados

Serología II, Examen Medico Ocupacional de Ingreso, Osteomuscular

Concepto Médico para Examen de Ingreso

Cumple sin restricciones ☑ Cumple con restricciones ☐
Cual:

Concepto Médico para Examen de Alturas

Apto ☐ Aplazado ☐ No Apto ☐

Concepto Médico para Examen de Periódico

Puede continuar con su labor ☐ Requiere reubicación ☐
Incluir en SVE:

Concepto Médico para Examen de Retiro

Retiro sin Patología aparente ☐ Retiro con Patología para seguimiento en EPS ☐ ARL ☐
Cual:

Concepto Médico para Examen Especial

Observaciones y Recomendaciones

1.Inducción En El Cargo 2.Se Dan Recomendaciones Sobre Realización De Pausas Activas 3.Ejercicio Físico 3 Veces Por Semana. 4. Utilizar Epp Según La Exposición, Higiene Postural Y De Columna, Hábitos Saludables, 5. Dieta Balanceada Uso De Protector Solar. Ropa Adecuada Para El Cargo, Fortalecimiento Muscular

CERTIFICO QUE NO HE OMITIDO INFORMACIÓN ACERCA DE MI ESTADO DE SALUD, TODO ES VERIDICO Y PUEDE SER CONFIRMADO

LA HISTORIA CLINICA MÉDICA OCUPACIONAL, ES UN DOCUMENTO SOMETIDO A RESERVA DE INFORMACIÓN ESTRICTAMENTE CONFIDENCIAL. POR LO QUE LA CUSTODIA DE LAS HISTORIAS CLINICAS OCUPACIONALES, DOCUMENTOS, EXAMENES O VALORACIONES PARACLINICAS, ESTARÁ A CARGO DEL PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD OCUPACIONAL QUE LA GENERO EN EL CURSO DE LA ATENCION, CUMPLIENDO LOS REQUISITOS Y PROCEDIMIENTOS DE ARCHIVO DE ACUERDO A LAS NORMAS LEGALES VIGENTES PARA LA HISTORIA CLINICA (RESOL. 2346 2007 Art. 16 RESOL. 1918 2009 Art. 12-1)

Gloria Cuentas Mojica
Gloria Cuentas M
Medico S.O. S.S.T.
Reg. 085316/2009
C. del Norte

GLORIA MARIA CUENTAS MOJICA
Medico Ocupacional
Lic. de S.O #: 024650 del 24 Diciembre de 2015
Registro #: 085316/2009

Ana María C.

ANA MARIA CORTES TORRES
CC 1110443767

ARL | sura

Medellín, 08 de abril de 2020

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 TEMPORALES UNO A S.A que se encuentra EN COBERTURA.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificació	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante
Centro de trabajo: 0800113389 MUNICIPIO DE IBAGUE		Clase: 5		Porcentaje Cotización: 6,96 %	
C111044376 7	CORTES TORRES ANA MARIA	13/04/2020		11245II1	DEPENDIENTE

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 08/04/2020 11:21:15 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 190.146.54.236, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

medimás EPS

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

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

No. de Radicación	Fecha de Radicación

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite: A. Afiliación [ ] B. Reporte de Novedades [X]

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): 1

A. AFILIACIÓN

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

6. Apellidos y nombres			
Primer apellido: CORTES	Segundo apellido: TORRES	Primer nombre: ANA	Segundo nombre: MARIA
7. Tipo documento de identidad: CC	8. Número del documento de identidad: 1110443767	9. Sexo: Femenino [X] Masculino [ ]	10. Fecha de nacimiento: 28/12/1985

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. Ingrese base de cotización - IBC
SURA	COLPENSIONES	1.300.000

18. Residencia			
Dirección: CRA 2 2 104	Teléfono fijo:	Teléfono celular: 3223078849	Correo electrónico: NO TIENE
Municipio/Distrito: IBAGUE	Zona: Urbana [X] Rural [ ]	Localidad/Comuna:	Departamento: TOLIMA

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos básicas 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

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
B1					
B2					
B3					
B4					
B5					

Datos complementarios

	29. Parentesco	30. Etnia	Tipo F	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 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	CORPORACION IPS INTERLAKEN	3882
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 de documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
TEMPORALES UNO A. S.A.	NIT	809000876	

39. Ubicación					
Dirección: CR 7 NO 14-26 3 PISO	Teléfono: 2616822	Correo electrónico: CONTRATACION@TEMPORALESUNO	Municipio/Distrito: IBAGUE	Departamento: TOLIMA	

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de identidad: | Número del documento de identidad: | Sexo: Femenino [ ] Masculino [ ] | Fecha de nacimiento: | 42. Fecha: 1 3 0 4 2 0 2 0

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 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 EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales de ...to 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

ANA MARIA CORTES TORRES

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario

55. El empleador, aportante o en ...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. 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 de Municipio: | Código del departamento:

67. Datos del SISBÉN: Número de ficha: | Puntaje: | Nivel:

68. Fecha de radicación: | 69. Fecha de validación:

70. Datos del funcionario que realiza la validación

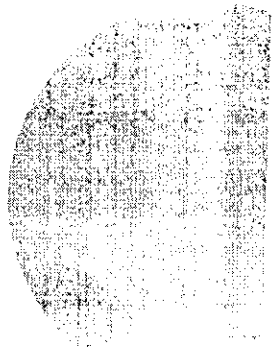
CEPEDA Primer apellido	ORTIZ Segundo apellido	HERLEY Primer nombre	YESID Segundo nombre
Tipo documento de identidad: CC	1020745757 Número del documento de identidad	71. Firma del funcionario	

OBSERVACIONES:

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.

Ten encuenta los siguientes TIPS:

- Diligencialo con de tinta negra.
- Todos los campos del Formulario son obligatorios.
- Diligencia los espacios sin tachones ni enmendaduras.
- Marca las casillas únicamente con una X.
- Incluye a todo tu grupo familiar.
- Utiliza la tabla de apoyo para consultar los códigos.
- Asesorate con uno de los consultores de esta oficina.
- Consulta el instructivo en **www.medimas.com.co**



CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE FENALCO DEL TOLIMA
COMFENALCO TOLIMA
FORMULARIO DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN DE SUBSIDIO FAMILIAR
TRABAJADDRES DEPENDIENTES
NIT. 890.700.148-4

1059000000143705

Antes de diligenciar este formulario lea las instrucciones que se encuentran al respaldo

I. Información del Trabajador

Identificación

1. T.D.	2. Número:	3. 1er. Apellido	2do. Apellido	1er. Nombre	2do. Nombre	4. Sexo
CC	1110443767	CORTES TORRES	ANA	MARIA		F X M

5. Fecha de Nacimiento (Año Mes Día)	6. Estado Civil	7. Nivel de Escolaridad	8. Discapacidad
1985-12-28	Soltero ; Separado ; Viudo ; Casado X ; Unión Libre	Ninguno ; Bachillerato ; Tecnológico ; Profesional ; Primaria ; Técnico ; Nombre Profesión	Tipo 4 Grado %

9. Dirección de residencia	Barrio	Municipio	Departamento
CR 2 2 A 104	LIBERTADOR		

10. Tipo de Vivienda	11. Estrato	12. Teléfono	13. Celular	14. Correo Electrónico
Propia ; Alquilada ; Familiar		2648449	3108998609	ANAMARIA.CT@HOTMAIL.COM

15. Pasaporte Nº — Fecha de Vencimiento: Año Mes Día

16. Pasatiempos: Viajes ; Pintura ; Música ; Danza ; Cine ; Manualidades ; Informática ; Teatro

17. Deportes: Fútbol ; Natación ; Bolos ; Baloncesto ; Tenis ; Voleyball ; Paintaje ; Otros

18. Información Caja anterior - Nombre

Fecha de Ingreso: Año Mes Día — Fecha de Retiro: Año Mes Día

II. Otro Empleador (Solo en caso de que labere en una Empresa Diferente a la que reporta en el módulo VI)

19. T.D.	20. NIT	DV	21. Razón Social	22. Jornada (Número Horas Mensual)	23. Sector (Rural ; Urbano)

24. Salario (Fijo ; Variable)	Básico $	Comisiones + Bonificaciones $	25. Cargo	26. Caja de Compensación

III. Información del Cónyuge o compañero(a) permanente

27. Conyuge Compañero(a)	28. T.D.	29. Número:	30. 1er. Apellido	2do. Apellido	1er. Nombre	2do. Nombre	31. Sexo F M

32. Fecha de Nacimiento	33. Discapacidad (Tipo ; Grado %)	34. Fecha de Inicio de relación marital	35. Nivel de Escolaridad (Ninguna ; Bachiller ; Tecnólogo ; Primaria ; Técnico ; Profesional)	Nombre Profesión

36. Trabaja Si No	37. T.D.	38. Nit.	39. Razón Social	40. Recibe subsidio Si No

41. Caja de Compensación	42. Horas Trabajadas	43. Salario (Fija ; Variable)	Básico $	Comisiones + Bonificaciones $	44. Cargo

IV. Datos del Grupo Familiar

45.	Documento		Nombres completos de beneficiarios				Sexo		Parentesco				Fecha nacimiento			Discapacidad		Subsidio otra caja
	TD	Número	1er. Apellido	2do. Apellido	1er. Nombre	2do. Nombre	M	F	Hijo	Padre	Hermano	Otro	Año	Mes	Día	Tipo	Grado %	
1																		
2																		
3																		
4																		
5																		

V. Escolaridad

	Número Documento	Nombre Institución donde estudia	Nivel de escolaridad	Calendario	Grado
1					
2					
3					
4					

VI. Información Laboral

47. TB	49. NIT	DV	48. Razón Social	50. Sucursal	51. Div. Administ.	52. Código Nomina
NI	809000876		TEMPORALES UNO A S A	1	00	

53. Fecha de ingreso a la Empresa	54. Tipo de Contrato	55. Cargo	56. Jornada (Numero Horas Mensual)
2020-04-13	MISION	OTRO PERSONAL DE APOYO ADMINISTRATIVO NO CLASIFICADOS EN OTROS GRUPOS PRIMARIOS	240

57. Salario (Fijo ; Variable N)	Básico $	Comisiones + Bonificaciones $	58. Tipo Vinculación	59. % Aportes
	1300000	0	DEPENDIENTE CAJA	CAJA UNIFICADO

Observaciones

Bajo la gravedad de juramento declaro que la información suministrada es cierta y ha sido revisada personalmente. Los documentos anexos que soportan esta inscripción, serán para el uso exclusivo de Comfenalco Tolima; motivo por el cual no se devolverán a la empresa ni al trabajador. Autorizo que la información sea verificada en cualquier momento por COMFENALCO TOLIMA.

Fecha Radicación 2020-04-08

Firma Autorizada y Sello de la Empresa

Ana María Cortes.
Firma y C.C. del Trabajador
1110443767

Firma y Sello de recibido por Comfenalco Tolima

Generado por Sitio Virtual Caja

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.110.443.767
CORTES TORRES

APELLIDOS
ANA MARIA

NOMBRES



FECHA DE NACIMIENTO 28-DIC-1985
IBAGUE
(TOLIMA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.62 ESTATURA | O+ G.S. RH | F SEXO

24-MAR-2004 IBAGUE
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO

A-2600100-00303435-F-1110443767-20110526 0027081654A 1 8260061736

TEMPORALES UNO-A S.A.

R60707

"suministro de trabajadores en misión"

CONTRATO INDIVIDUAL DE TRABAJO DE DURACION POR LA OBRA O LABOR CONTRATADA

IB-041991

DATOS DE LA E.S.T. EMPLEADORA

NOMBRE DE LA EMPRESA	:TEMPORALES UNO-A S.A.
DOMICILIO SOCIAL Y DIRECCION	:IBAGUE, CRA 7 # 14-26 PISO 3
NIT	:809.000.876-1
REPRESENTANTE LEGAL	:NOLLY MERCEDES BELTRAN GALEANO
C.C.	:38.260.480 DE IBAGUE

DATOS DEL TRABAJADOR

NOMBRE	DIAZ MONROY YEIGNI -
No. IDENTIFICACION	1,110,549,619 , IBAGUE Tel: 3227412888 Contrato:01
DOMICILIO Y RESIDENCIA	CRA 36 NO. 10-57 GAITÁN PARTE ALTA
LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO	IBAGUE, 29 DE JULIO DE 1994

EPS: SALUD TOTAL EPS AFP: PORVENIR S.A. ARP: ARL SURA CTA:

DATOS PARA LA CONTRATACION

LUGAR DE TRABAJO	IBAGUE	
LUGAR DONDE HA SIDO CONTRATADO	IBAGUE	
SALARIO	1,300,000	Mensual
AUXILIO LEGAL DE TRANSPORTE	102,854	
OTROS PAGOS SALARIALES	0.00	
OTROS PAGOS NO SALARIALES	0.00	
PERIODOS DE PAGO DEL SALARIO	MENSUAL	
CARGO PARA EL CUAL ES CONTRATADO	AUXILIAR ENFERMERIA	
OBRA O LABOR DETERMINADA PARA LA CUAL SE CONTRATA	PLAN APOYO SECRETARIA DE SALUD	
MOTIVO QUE DA ORIGEN A LA OBRA O LABOR	PLAN APOYO OPERATIVO	
USUARIA A DONDE SE REMITE EL TRABAJADOR	MUNICIPIO DE IBAGUE	
FECHA DE INICIO DE LABORES	13 DE ABRIL DE 2020	
FECHA FIRMA DEL CONTRATO	08 DE ABRIL DE 2020	

Servicompetentes S.A.S

Certificado de Aptitud Laboral
Ingreso



Fecha: 08/Abr/2020, **Hora:** 09:01:59 a.m.
Apellido: DIAZ MONROY **Nombre:** YEIGNY
Tipo Doc: CC **Nro Identidad:** 1110549619
Empresa: TEMPORALES UNO A S.A.
Cargo: AUX. DE ENFERMERIA
Lugar:
Direccion: CRA 36 NUMERO 10-57 GAITAN
Telefono: **Celular:** 3227412888 **Email:** YEIIMY0502@HOTMAIL.COM **Estado Civil:** Soltero
Ciudad: Tolima - Ibague

HC: # 9945
Edad: 25 años
Sexo: Femenino
Nacim: 29/Jul/1994
Rh: A+

Examenes Realizados
Serologia II, Examen Medico Ocupacional de Ingreso, Osteomuscular

Concepto Medico para Examen de Ingreso
Cumple sin restricciones ☑ Cumple con restricciones ☐
Cual

Concepto Medico para Examen de Alturas
Apto ☐ Aplazado ☐ No Apto ☐

Concepto Medico para Examen de Periodico
Puede continuar con su labor ☐ Requiere reubicación ☐
Incluir en SVE:

Concepto Medico para Examen de Retiro
Retiro sin Patologia aparente ☐ Retiro con Patologia para seguimiento en EPS ☐ ARL ☐
Cual:

Concepto Medico para Examen Especial

Observaciones y Recomendaciones
1.Induccion En El Cargo, 2. Se Dan Recomendaciones Sobre Realización De Pausas Activas 3.Ejercicio Físico 3 Veces Por Semana. 4. Utilizar Epp Según La Exposición, Higiene Postural Y De Columna, Hábitos Saludables, Manejo Adecuado De Cargas. 5. Bajar De Peso Dieta Balanceada Uso De Protector Solar. Ropa Adecuada Para El Cargo, Fortalecimiento Muscular 6. Seguimiento O Valoración Nutrición De La Eps.

CERTIFICO QUE NO HE OMITIDO INFORMACIÓN ACERCA DE MI ESTADO DE SALUD, TODO ES VERIDICO Y PUEDE SER CONFIRMADO
LA HISTORIA CLINICA MÉDICA OCUPACIONAL, ES UN DOCUMENTO SOMETIDO A RESERVA DE INFORMACIÓN ESTRICTAMENTE CONFIDENCIAL, POR LO QUE LA CUSTODIA DE LAS HISTORIAS CLINICAS OCUPACIONALES, DOCUMENTOS, EXAMENES O VALORACIONES PARACLINICAS, ESTARA A CARGO DEL PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD OCUPACIONAL QUE LA GENERO EN EL CURSO DE LA ATENCIÓN, CUMPLIENDO LOS REQUISITOS Y PROCEDIMIENTOS DE ARCHIVO DE ACUERDO A LAS NORMAS LEGALES VIGENTES PARA LA HISTORIA CLINICA (RESOL 2346-2007 Art 16 RESOL 1918-2009 Art 17-d)

Norte Cuentas M
S.T
Reg.
D. del Norte

GLORIA MARIA CUENTAS MOJICA
Medico Ocupacional
Lic. de S.O #: 024650 del 24 Diciembre de 2015
Registro #: 085316/2009

YEIGNY DIAZ MONROY
CC 1110549619

ARL | sura

Medellín, 08 de abril de 2020

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 TEMPORALES UNO A S.A que se encuentra EN COBERTURA.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificació	Nombre	Fecha Inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante
Centro de trabajo: 0800113389 MUNICIPIO DE IBAGUE		Clase: 5		Porcentaje Cotización: 6,96 %	
C111054961 9	DIAZ MONROY YEIGNY	13/04/2020		h1620245	DEPENDIENTE

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 08/04/2020 12:45:56 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 190.146.54.236, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4005050031	0|8|0|4|2|0|2|0

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

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

4. Tipo de afiliado	5. Tipo de cotizante	Cadigo (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			
DIAZ (Primer apellido)	MONROY (Segundo apellido)	YEIGNY (Primer nombre)	(Segundo nombre)
7.Tipo documento de identidad	**8.Número del documento de identidad**	**9.Sexo**	**10.Fecha de nacimiento**
CC	1110549619	Femenino ☒ Masculino ☐	2|9|0|7|1|9|9|4

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 FPC	1300000

18.Residencia			
CL 40J SUR NRO 69D 81 (Dirección)	Telefono fijo	3227412888 (Telefono celular)	YEIIMY0502@HOTMAIL.COM (Correo electrenice)
IBAGUE (Municipio/Distrito)	zona Urbana ☒ Rural ☐	Localidad / comuna	TOLIMA (Departamento)

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

Datos básicos de identificacion 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 CADIZ - VS MACARENA	VSCADIZ - VSMACARENA
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 documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS)
TEMPORALES UNO A S.A	NIT	809000876	01

39.Ubicacion				
CR 7 14 26 TERCER PI (Dirección)	2633856 (Teléfono)	CONTRATACION@TEMPORALESUNOA.COM.CO (Correo electrónico)	IBAGUE (Municipio/distrito)	TOLIMA (Departamento)

No de Radicacion
4005050031

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
- ☐ a. 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	Primar nombre	Segundo nombre

Tipo documento de identidad	Número documento de identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	42.Fecha
		Femenino ☐ Masculino ☐		1|3|0|4|2|0|2|0

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

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- 46. ☐ Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- 47. ☐ Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributvo,Especial o de Excepción.
- 48. ☐ Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- 49. ☐ Declaración de no internación del cotizante,cabeza de familia ,beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Salud .
- 50. ☒ Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
- 51. ☒ Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que 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 e 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
Yeiari Diaz M	

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 unión marital.
- ☐ 59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio ,sentencia judicial para que declare la separación de cuerpos y escritura pública,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión 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 e se ordene la afiliación da 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 funcinario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primar 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 capitulo VII Declaraciones y IX. Autorizaciones, asi como la veracidad de las demás información registrada.

CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE FENALCO DEL TOLIMA
COMFENALCO TOLIMA
FORMULARIO DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN DE SUBSIDIO FAMILIAR
TRABAJADORES DEPENDIENTES
NIT. 890.700.148-4

1059000000143711

Antes de diligenciar este formulario lea las instrucciones que se encuentran al respaldo

Identificación

I. Información del Trabajador

1. T.D.	2. Número	3. 1er. Apellido	2do. Apellido	1er. Nombre	2do. Nombre	4. Sexo
CC	1110549619	DIAZ MONROY	YEIGNY			F X M

5. Fecha de Nacimiento (Año Mes Día)	6. Estado Civil	7. Nivel de Escolaridad	8. Discapacidad
1994-07-29	Soltero ☐ Casado ☐ Separado ☐ Unión Libre X Viudo ☐	Ninguno ☐ Primaria ☐ Bachillerato ☐ Técnico ☐ Tecnológico ☐ Profesional ☐ Nombre Profesión	Tipo 4 Grado %

9. Dirección de residencia	Barrio	Municipio	Departamento
CR 8 23 A 07 BRR EL CARMEN	EL CARMEN		

10. Tipo de Vivienda	11. Estrato	12. Teléfono	13. Celular	14. Correo Electrónico
Propia ☐ Alquilada ☐ Familiar ☐				

15. Pasaporte No. / Fecha de Vencimiento (Año Mes Día)	16. Pasatiempos
	Viajes ☐ Pintura ☐ Música ☐ Danza ☐ Cine ☐ Manualidades ☐ Informática ☐ Teatro ☐

17. Deportes	18. Información Caja anterior - Nombre
Fútbol ☐ Natación ☐ Bolos ☐ Baloncesto ☐ Tenis ☐ Volleyball ☐ Patinaje ☐ Otros ____	Fecha de Ingreso: Año Mes Día / Fecha de Retiro: Año Mes Día

II. Otro Empleador (Solo en caso de que labore en una Empresa Diferente a la que reporta en el módulo VI)

19. T.D.	20. NIT	DV	21. Razón Social	22. Jornada (Número Horas Mensual)	23. Sector (Rural / Urbano)

24. Salario (Básico $ / Comisiones + Bonificaciones $)	25. Cargo	26. Caja de Compensación
Fijo ☐ Variable ☐		

III. Información del Cónyuge o compañero(a) permanente

27. Cónyuge / Compañero(a)	28. T.D.	29. Número	30. 1er. Apellido	2do. Apellido	1er. Nombre	2do. Nombre	31. Sexo F M

32. Fecha de Nacimiento	33. Discapacidad (Tipo / Grado %)	34. Fecha de inicio de relación marital	35. Nivel de Escolaridad	Nombre Profesión
	Tipo ☐ Grado %		Ninguno ☐ Primaria ☐ Bachiller ☐ Técnico ☐ Tecnóloga ☐ Profesional ☐	

36. Trabaja Si No	37. T.D.	38. Nit.	39. Razón Social	40. Recibe subsidio Si No

41. Caja de Compensación	42. Horas Trabajadas	43. Salario (Fijo / Variable)	Básico $	Comisiones + Bonificaciones $	44. Cargo
		Fijo ☐ Variable ☐			

IV. Datos del Grupo Familiar

45.	Documento		Nombres completos de beneficiarios				Sexo		Parentesco						Fecha nacimiento			Discapacidad (Tipo / %)	Soporte que recibe
	TD	Número	1er. Apellido	2do. Apellido	1er. Nombre	2do. Nombre	M	F	Hijo	Padre	Madrastra	Padrastro	Hermano	Otro	Año	Mes	Día		
1																			
2																			
3																			
4																			
5																			

V. Escolaridad

	Número Documento	Nombre Institución donde estudia	Nivel de escolaridad	Calendario	Grado
1					
2					
3					
4					

VI. Información Laboral

47. T.D.	48. NIT	DV	49. Razón Social	50. Sucursal	51. Div. Administrativa	52. Código Nomina
NI	809000876		TEMPORALES UNO A S A	1	00	

53. Fecha de ingreso a la Empresa	54. Tipo de Contrato	55. Cargo	56. Jornada (Número Horas Mensual)
2020-04-13	MISION	OTRO PERSONAL DE APOYO ADMINISTRATIVO NO CLASIFICADOS EN OTROS GRUPOS PRIMARIOS	240

57. Salario (Fijo / Variable N / Básico $)	Comisiones + Bonificaciones $	58. Tipo Vinculación	59. % Aportes
Fijo ☐ Variable N Básico $ 1300000	0	DEPENDIENTE CAJA	CAJA UNIFICADO

Observaciones:

Bajo la gravedad de juramento declaro que la información suministrada es cierta y ha sido revisada personalmente. Los documentos anexos que soportan esta inscripción, serán para el uso exclusivo de Comfenalco Tolima; motivo por el cual no se devolverán a la empresa ni al trabajador. Autorize que la información sea verificada en cualquier momento por COMFENALCO TOLIMA.

Fecha Radicacion 2020-04-08

Firma Autorizada y Sello de la Empresa

Yeigni Diaz M
Firma y C.C. del Trabajador 1110549619

Firma y Sello de recibido por Comfenalco Tolima

Generado por Sinu Virtual Clas

Fondo de Pensiones Obligatorias
Solicitud de Vinculación o Traslado
porvenir

Sociedad Administradora de Fondos de Pensiones y Cesantías Porvenir S.A. Nit 800.144.331-3

Nº 21321411

21321411

(42 2 6 7) Ciudad: IBAGUE | Fecha de Solicitud de Afiliación: 2020 04 13

1. Tipo de Vinculación

Vinculación Inicial
Marque con X, si el solicitante va a cotizar por primera vez y no ha estado afiliado nunca a una AFP, Colpensiones o Caja y desea vincularse a Porvenir.
Pensiones Obligatorias: X

Traslado de AFP (Permanencia mínima de 6 meses en otra AFP)
Pensiones Obligatorias | Pensión Familiar
Entidad Origen Traslado
Entidad Destino

Traslado de Regimen
(Marque con X si el solicitante ha estado vinculado al régimen de prima media en alguna entidad oficial en Colpensiones o caja durante más de 5 años y desea vincularse a Porvenir)
Entidad Origen Traslado | Pensión Familiar
Entidad Destino

2. Datos Básicos

Tipo de Documento: CC X TI CE PAS RC CD
N° de Documento de Identidad: 1110549619
Fecha de Expedición del Documento de Identidad: 2012 08 06
Lugar de Expedición: Ibague
Género: M F X
Es Pensionado (Jubilado): SI NO X

Primer Apellido: Diaz
Segundo Apellido: Monroy
Primer Nombre: Yeiony
Otros Nombres:
Fecha de Nacimiento: 1994 07 29
Lugar de Nacimiento: Ibague
Nacionalidad: Colombiana X Otra ¿Cuál?

3. Datos de Localización

Dirección de Residencia: Cra 36 10 57
Barrio: Gaitan Alto
Ciudad/Municipio: Ibague
Departamento: Tolima
N° de Teléfono Fijo:
N° de Teléfono Celular: 322741
Autorización de Envío de Información a Través de Medios Electrónicos: Autorizo a Porvenir S.A. para enviar notificaciones, extractos y cualquier información de interés a mi correo electrónico y/o a mi teléfono celular. SI X NO
Dirección de Correo Electrónico (e-mail): notiene@porvenir.com.co
Dirección Laboral: Cra 7 14 26 Piso 3
Ciudad: Ibague
Departamento: Tolima
N° de Teléfono: 2616822

4. Datos Empleador e Información del Vínculo Laboral

Tipo de Documento: NIT X CC CE PAS TI
N° de Documento de Identidad: 809000876
Nombre y/o Razón Social: Temporales UNO A
Ciudad: Ibague
Dirección Empleador: Cra 7 14 26 Piso 3
Departamento: Tolima
Teléfono(s):
Ocupación o Cargo Actual: Auxiliar Enfermeria
Salario o Ingreso Mensual: $ 1300.000
Salario Integral: y/o $
Envío de Notificación: Sucursal Principal X Sucursal Ciudad
Tipo de Trabajador: Independiente Contratista | Dependiente X | Independiente Voluntario

5. Datos Beneficiarios

Nombre y Apellido	Género	Tipo de documento	N° de Documento de Identidad	Fecha de Nacimiento	Código Parentesco
	M F				
	M F				
	M F				
	M F				

Códigos parentesco: 01 Cónyuge 02 Compañero permanente 03 Padres 04 Hijo 05 Hijo inválido 06 Hermano inválido "Los beneficiarios relacionados serán verdaderos de acuerdo con las normas legales vigentes"

6. Clientes Considerados PEPS

¿Usted Maneja Fondos Públicos? SI NO X ¿Es Reconocido Públicamente? SI NO X Si es reconocido públicamente indique en cuál actividad

7. Derecho a Bono Pensional

Tengo derecho al Bono Pensional porque antes de mi vinculación a Porvenir S.A. Estuve afiliado a Colpensiones, a una Caja o Fondo Prestacional y cotizé 150 semanas.
Tengo Derecho al Bono Pensional: SI NO

8. Régimen de Transición e Información del Producto

Importante: Manifiesto que luego de haber recibido asesoría amplia y suficiente sobre el producto elegido, conozco y entiendo las implicaciones legales que tiene mi decisión de trasladar el régimen de ahorro individual por medio de la vinculación al Fondo de Pensiones Obligatorias de Porvenir S.A. particularmente en lo que tiene que ver con el régimen de transición establecido en la ley. Así mismo fui informado del derecho que me asiste de retractarme de mi decisión dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la fecha de la presente solicitud.

- Anexe la fotocopia de su documento de identidad ampliada al 150% en blanco y negro.
- Si usted es independiente adjunte la documentación correspondiente.

9. Voluntad de Selección y Afiliación

"Declaro bajo juramento que los antecedentes del trabajador incluidos en la presente contrato corresponden a la información que me ha sido suministrada"

FIRMA Y NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL DEL EMPLEADOR

Hago constar que la selección del Régimen de _____ la he efectuado en forma libre y espontánea y sin presiones.
Manifiesto que he elegido a _____ para que administre mis aportes pensionales y que los datos proporcionados en esta solicitud son verdaderos

FIRMA Y HUELLA DEL SOLICITANTE

10. Espacio para la Asesoría

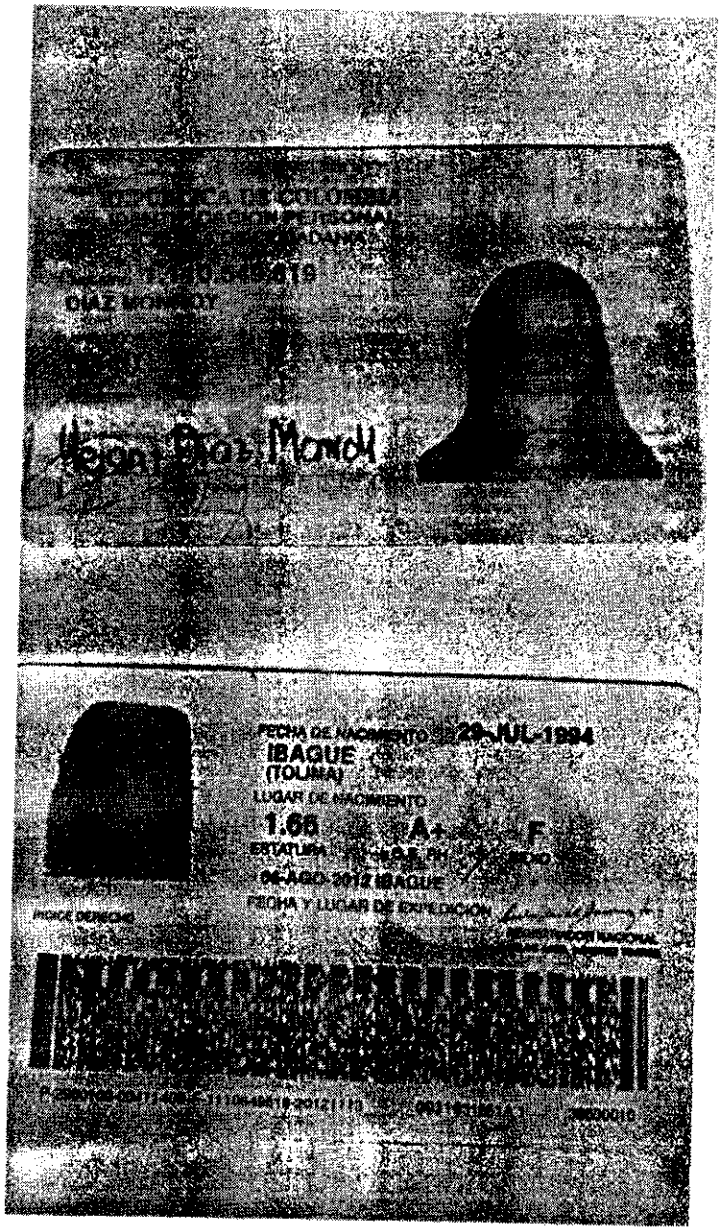
Nombre del Promotor: VICTOR HUGO SIMON
No. de Identificación del Promotor: 93363837
Firma del Promotor:
Firma autorizada del Representante Legal

FED-19 F-01-AF-CR-01 V-20

Porvenir / Pensiones Obligatorias

Nº 21321411

Escaneado con CamScanner


DIAZ MONTOY
FECHA DE NACIMIENTO 29-JUL-1994
IBAGUE
(TOLIMA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.66
A+
F
06-AGO-2012 IBAGUE

TEMPORALES
UNO-A S.A.

R60707

CONTRATO INDIVIDUAL DE TRABAJO DE DURACION POR LA OBRA O LABOR CONTRATADA

IB-042030

DATOS DE LA E.S.T. EMPLEADORA

NOMBRE DE LA EMPRESA	TEMPORALES UNO-A S.A.
DOMICILIO SOCIAL Y DIRECCION	IBAGUE, CRA 7 # 14-26 PISO 3
NIT	809.000.876-1
REPRESENTANTE LEGAL	NOLLY MERCEDES BELTRAN GALEANO
C.C.	38.260.480 DE IBAGUE

DATOS DEL TRABAJADOR

NOMBRE	GARCIA NAVARRO NATALY -
No. IDENTIFICACION	1,094,907,347 . ARMENIA Tel: 3217242275 Contrato 01
DOMICILIO Y RESIDENCIA	CIUDADELA COMFENALCO CIUDADELA COMFENALCO
LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO	ARMENIA, 14 DE AGOSTO DE 1989

EPS: SANITAS EPS AFP: PORVENIR S.A ARP: ARL SURA CTA: 5752352536 COLPATRIA

DATOS PARA LA CONTRATACION

LUGAR DE TRABAJO	IBAGUE
LUGAR DONDE HA SIDO CONTRATADO	IBAGUE
SALARIO	2,300,000 Mensual
AUXILIO LEGAL DE TRANSPORTE	0
OTROS PAGOS SALARIALES	0.00
OTROS PAGOS NO SALARIALES	0.00
PERIODOS DE PAGO DEL SALARIO	MENSUAL
CARGO PARA EL CUAL ES CONTRATADO	PROFESIONALES EN ENFERMERIA
OBRA O LABOR DETERMINADA PARA LA CUAL SE CONTRATA	APOYO SECRETARIA DE SALUD
MOTIVO QUE DA ORIGEN A LA OBRA O LABOR	PLAN APOYO OPERATIVO
USUARIA A DONDE SE REMITE EL TRABAJADOR	MUNICIPIO DE IBAGUE
FECHA DE INICIO DE LABORES	24 DE ABRIL DE 2020
FECHA FIRMA DEL CONTRATO	23 DE ABRIL DE 2020

servicompetentes S.A.S

900.378.858-8

Certificado de Aptitud Laboral
Ingreso



Fecha: 23/Abr/2020; **Hora:** 08:39:52 a.m. **HC:** # 10024
Apellido: GARCIA NAVARRO **Nombre:** NATALY **Edad:** 30 años
Tipo Doc: CC **Nro Identidad:** 1094907347 **Sexo:** Femenino ♀
Empresa: TEMPORALES UNO A S.A. **Nacim:** 14/Ago/1989
Cargo: ENFERMERA PROFESIONAL **Rh:** B+
Lugar:
Direccion: MIRADOR DE COMFENALCO TORRE 8 APT 302
Telefono: **Celular:** 3217242275 **Email:** ngn.humanarsalud@gmail.com **Estado Civil:** Union Libre
Ciudad: Tolima - Ibague

Examenes Realizados

crologia II, Examen Medico Ocupacional de Ingreso, Osteomuscular

Concepto Médico para Examen de Ingreso

Cumple sin restricciones ☑ Cumple con restricciones ☐
Cual:

Concepto Médico para Examen de Alturas

Apto ☐ Aplazado ☐ No Apto ☐

Concepto Médico para Examen de Periódico

Puede continuar con su labor ☐ Requiere reubicación ☐
Incluir en SVE:

Concepto Médico para Examen de Retiro

Retiro sin Patología aparente ☐ Retiro con Patología para seguimiento en EPS ☐ ARL ☐
Cual:

Concepto Médico para Examen Especial

Observaciones y Recomendaciones

1.Inducción En El Cargo, 2. Se Dan Recomendaciones Sobre Realización De Pausas Activas 3.Ejercicio Fisico 3 Veces Por Semana. 4. Utilizar Epp Según La Exposición, Higiene Postural Y De Columna, Hábitos Saludables, Manejo Adecuado De Cargas. 5. Bajar De Peso Dieta Balanceada Uso De Protector Solar, Ropa Adecuada Para El Cargo, Fortalecimiento Muscular 6. Seguimiento O Valoración Nutrición De La Eps.

CERTIFICO QUE NO HE OMITIDO INFORMACIÓN ACERCA DE MI ESTADO DE SALUD, TODO ES VERIDICO Y PUEDE SER CONFIRMADO.
LA HISTORIA CLINICA MÉDICA OCUPACIONAL, ES UN DOCUMENTO SOMETIDO A RESERVA DE INFORMACIÓN ESTRICTAMENTE CONFIDENCIAL, POR LO QUE LA CUSTODIA DE LAS HISTORIAS CLINICAS OCUPACIONALES, DOCUMENTOS, EXAMENES O VALORACIONES PARACLINICAS, ESTARA A CARGO DEL PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD OCUPACIONAL QUE LA GENERO EN EL CURSO DE LA ATENCIÓN, CUMPLIENDO LOS REQUISITOS Y PROCEDIMIENTOS DE ARCHIVO DE ACUERDO A LAS NORMAS LEGALES VIGENTES PARA LA HISTORIA CLINICA (RESOL. 2346/2007 Art. 16 RESOL. 1918/2009 Art. 17-1)

Gloria Cuentas Mojica
Gloria Cuentas M
Medico S.S.O. S.S.T
Reg. 024650
U. del Norte

GLORIA MARIA CUENTAS MOJICA
Medico Ocupacional
Lic. de S.O #: 024650 del 24 Diciembre de 2015
Registro #: 085316/2009

NATALY GARCIA NAVARRO
CC 1094907347

ARL | sura

Medellín, 23 de abril de 2020

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 TEMPORALES UNO A S.A que se encuentra EN COBERTURA.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número Identificació	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante
Centro de trabajo:	890703630A CLINICA TOLIMA		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %
C109490734	GARCIA NAVARRO NATALY	24/04/2020		M208X160	DEPENDIENTE
7					

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 23/04/2020 14:30:23.
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 190.146.54.236, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

EPS Sanitas
Nuestro compromiso es contigo
NIT. 830.251.440-6

No. de Radicación

Fecha de Radicación

123852937

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

A. DATOS DEL TRÁMITE

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

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

A. AFILIACIÓN

DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN del cotizante (cabeza de familia)

6. Apellidos y nombres

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
Garcia	Navarro	Nataly	

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CN TI CE CD RC CC X PA SC	1.094.907.347	Femenino X Masculino	19 89 08 14

DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos Personales

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

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotización - IBC
Sura	Porvenir	$ 2.300.000 =

18. Residencia Dirección	Teléfono Fijo
Ciudad de la Campanilla	

Teléfono Celular	Correo Electrónico
3212242275	mgn.humanarsalud@gmail.com

Municipio / Distrito	Zona	Localidad / Comuna	Departamento
Ibague	Urbana X Rural	Comuna 9	Tolima

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

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

19. Apellidos y nombres

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

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

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

24. Apellidos y nombres

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

Datos Complementarios

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

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

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo documento de identificación	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador de Pensiones (a registrar por la EPS)
IMS SAS	NIT X TI CE CC PA CD	809.000.876	

39. Ubicación
Dirección: Cra 7 # 14-26 Local 3 Pueblo Nuevo — Teléfono Fijo: 2633856

Correo Electrónico: contratacion@temporalesmoa.com.co — Municipio / Distrito: Ibagué — Departamento: Tolima

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

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

C. 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
CN TI CE CD RC CC PA SC		Femenino Masculino	D D M M A A A A	24 04 2020

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

D. OBSERVACIONES 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 información del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
- [ ] 50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
- [ ] 51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.
- [ ] 52. Autorización para 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.

E. FIRMAS

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario	55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institución o de oficio
1100 004 0294	

F. 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 declara la unión marital.
- [ ] 59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declara 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.

G. VALIDACIÓN

66. Identificación de la Entidad Territorial: Código del Municipio	Código del Departamento	67. Datos del SISBEN: Número de ficha	Puntaje	Nivel	68. Fecha de Radicación	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	Número de documento de identidad	71. Firma del Funcionario

1 de 1

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

FONDO DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR

CERTIFICA QUE:

NATALY GARCIA NAVARRO, identificado(a) con cédula de ciudadanía 1.094.907.347 se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir** y al **Fondo de Cesantías Porvenir**.

La presente certificación se expide el 17 de Abril del 2020.

Cordialmente,

Vicepresidente de Clientes y Operaciones

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.

CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE FENALCO DEL TOLIMA
COMFENALCO TOLIMA
FORMULARIO DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN DE SUBSIDIO FAMILIAR
TRABAJADORES DEPENDIENTES
NIT. 890.700.148-4

1059000000144294

Antes de diligenciar este formulario lea las instrucciones que se encontrarán al respaldo

Identificación

I. Información del Trabajador

1. T.D	2. Número	3. 1er. Apellido	3a. 2do Apellido	3b. 1er. Nombre	3c. 2do Nombre	4. Foto
CC	1094907347	GARCIA	NAVARRO	NATALY		X

5. Fecha de Nacimiento: Año 1989 Mes 08 Día 14

6. Estado Civil: Soltero ___ Separado ___ Viudo ___ Casado ___ Unión Libre X

7. Nivel de Escolaridad: Ninguno ___ Preescolar ___ Profesional ___ Primaria ___ Bachillerato ___ Técnico ___ Normalista ___ Universitario ___

8. Género: Hombre ___ Mujer X

9. Dirección de residencia: TO 8 AP 302 CON MIRADOR DE COMFENALCO

Barrio: ___ Municipio: IBAGUE Departamento: ___

10. Tipo de Vivienda: Propia ___ Alquilada ___ Familiar ___

11. Estrato: ___

12. Teléfono: 2771186

13. Celular: 3217242275

14. Correo Electrónico: ___

15. Pasaporte No.: ___ Fecha de Vencimiento: Año ___ Mes ___ Día ___

16. Pasatiempos: Viajes ___ Pesca ___ Música ___ Danza ___ Cine ___ Manualidades ___ Informática ___ Arte ___

17. Deportes: Fútbol ___ Natación ___ Boxeo ___ Baloncesto ___ Tenis ___ Voleybol ___ Patinaje ___ Otros ___

18. Información Caja anterior - opcional

Fecha de Ingreso: Año ___ Mes ___ Día ___ Fecha de Retiro: Año ___ Mes ___ Día ___

II. Otro Empleador (Solo en caso de que labore en una Empresa Diferente a la que reporta en el módulo VI)

19. T.D	20. Nit	DV	21. Razón Social	22. Semana	23. Sector

24. Salario: Básico $ ___ Comisiones + Bonificaciones $ ___ Fijo ___ Variable ___

25. Cargo: ___

26. Caja de Compensación: ___

III. Información del Cónyuge o compañero(a) permanente

27. Cónyuge / Compañero(a)	28. T.D	29. Número	30. 1er. Apellido	30a. 2do Apellido	30b. 1er. Nombre	30c. 2do Nombre

31. Fecha de Nacimiento: ___

32. Discapacidad: Tipo ___ Grado ___

33. Tipo de Hogar de Mayor Riesgo: ___

34. Nivel de Escolaridad: Ninguno ___ Preescolar ___ Primaria ___ Bachillerato ___ Técnico ___ Profesional ___ Normalista ___ Universitario ___

35. Género: ___

36. Trabaja: S ___ No ___

37. T.D

38. Nit

39. Razón Social

40. Caja de Compensación: ___

41. Horas Trabajadas: ___

42. Salario: Básico ___ Fijo ___ Variable ___ Comisiones + Bonificaciones ___

43. Cargo: ___

IV. Datos del Grupo Familiar

44	Documento		Nombres completos de beneficiarios				Sexo	Parentesco			Fecha nacimiento			Edad	Grado Escolar	Grado Aprobado
	T.I	Número	1er. Apellido	2do. Apellido	1er. Nombre	2do. Nombre		H	M		Año	Mes	Día			
1																
2																
3																
4																
5																

V. Escolaridad

	Número Documento	Nombre Institución donde estudia	Nivel de escolaridad	Grado Semestre	Grado Aprobado
1					
2					
3					
4					

VI. Información Laboral

45. T.D	46. Nit	DV	47. Razón Social	48. Sucursal	49. Actividad	50. Clase
NI	809000876		TEMPORALES UNO A S A	1	00	

51. Fecha de ingreso a la Empresa: 2020-04-24

52. Tipo de Contrato: LABOR CONTRATADA

53. Cargo: PROFESIONALES DE ENFERMERIA

54. Horas Semanales: 240

55. Salario: Fijo ___ Variable N Básico $ 2300000 Comisiones / Bonificaciones $ 0

56. Tipo Vinculación: DEPENDIENTE CAJA

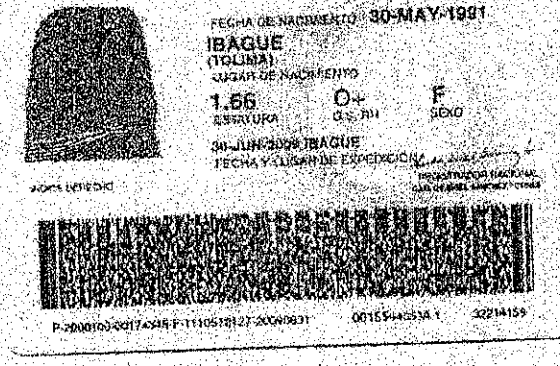
57. Tipo Afiliado: CAJA UNIFICADO

Observaciones:

Bajo la gravedad de juramento declaro que la información suministrada es cierta y fue diligenciada personalmente. Los documentos anexos que soportan mi vinculación serán para el uso exclusivo de Comfenalco Tolima, motivo por el cual no autorizo a la empresa ni al trabajador cualquier uso que la información sea diferente al ordenado por COMFENALCO TOLIMA.

Fecha Radicación: 2020-04-24


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
1.110.512.127
HERNANDEZ CASTELLO
LEIDY MARCELA


FECHA DE NACIMIENTO 30-MAY-1991
IBAGUE
(TOLIMA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.66
ESTATURA
O+
G.S. RH
F
SEXO
30-JUN-2009 IBAGUE
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

TEMPORALES UNO-A S.A.

R60707

CONTRATO INDIVIDUAL DE TRABAJO DE DURACION POR LA OBRA O LABOR CONTRATADA

suministro de trabajadores en misión

IB-041978

DATOS DE LA E.S.T. EMPLEADORA

NOMBRE DE LA EMPRESA	:TEMPORALES UNO-A S.A.
DOMICILIO SOCIAL Y DIRECCION	:IBAGUE, CRA 7 # 14-26 PISO 3
NIT	:809.000.876-1
REPRESENTANTE LEGAL	:NOLLY MERCEDES BELTRAN GALEANO
C.C.	:38.260.480 DE IBAGUE

DATOS DEL TRABAJADOR

NOMBRE	GONZALEZ GUZMAN ERIKA PATRICIA
No. IDENTIFICACION	24,714,386 , LA DORADA Tel: 3203524814 Contrato:03
DOMICILIO Y RESIDENCIA	CRA 7 NO. 27-10 BELALCÁZAR
LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO	PUERTOSALGAR, 03 DE ABRIL DE 1980

EPS: SALUD TOTAL EPS AFP: PROTECCION S.A. ARP: ARL SURA CTA:

DATOS PARA LA CONTRATACION

LUGAR DE TRABAJO	IBAGUE	
LUGAR DONDE HA SIDO CONTRATADO	IBAGUE	
SALARIO	1,300,000	Mensual
AUXILIO LEGAL DE TRANSPORTE	102,854	
OTROS PAGOS SALARIALES	0.00	
OTROS PAGOS NO SALARIALES	0.00	
PERIODOS DE PAGO DEL SALARIO	MENSUAL	
CARGO PARA EL CUAL ES CONTRATADO	AUXILIAR DE ENFERMERIA	
OBRA O LABOR DETERMINADA PARA LA CUAL SE CONTRATA	PLAN APOYO SECRETARIA DE SALUD	
MOTIVO QUE DA ORIGEN A LA OBRA O LABOR	PLAN APOYO OPERATIVO	
USUARIA A DONDE SE REMITE EL TRABAJADOR	MUNICIPIO DE IBAGUE	
FECHA DE INICIO DE LABORES	13 DE ABRIL DE 2020	
FECHA FIRMA DEL CONTRATD	07 DE ABRIL DE 2020	

Servicompetentes S.A.S

Certificado de Aptitud Laboral
Ingreso

Fecha: 07/Abr/2020, **Hora:** 09:44:19 a.m.
Apellido: GONZALEZ GUZMAN **Nombre:** ERIKA PATRICIA
Tipo Doc: CC **Nro Identidad:** 24714386
Empresa: TEMPORALES UNO A S.A.
Cargo: AUX. DE ENFERMERIA
Lugar:
Direccion: CRA 7MA NO 27.10 BELARCAZAR
Telefono: **Celular:** 3203524814 **Email:** JUNIORANDRES0101@GMAIL.COM **Estado Civil:** Union Libre
Ciudad: Tolima - Ibagué

HC: # 9925
Edad: 40 años
Sexo: Femenino
Nacim: 03-Abr-1980
Rh: O+

Examenes Realizados

Serologia II, Examen Medico Ocupacional de Ingreso, Osteomuscular

Concepto Medico para Examen de Ingreso

Cumple sin restricciones ☑ Cumple con restricciones ☐
Cual:

Concepto Medico para Examen de Alturas

Apto ☐ Aplazado ☐ No Apto ☐

Concepto Medico para Examen de Periodico

Puede continuar con su labor ☐ Requiere reubicación ☐
Incluir en SVE:

Concepto Medico para Examen de Retiro

Retiro sin Patología aparente ☐ Retiro con Patología para seguimiento en EPS ☐ ARL ☐
Cual:

Concepto Medico para Examen Especial

Observaciones y Recomendaciones

1.Induccion En El Cargo, 2. Se Dan Recomendaciones Sobre Realización De Pausas Activas 3.Ejercicio Físico 3 Veces Por Semana. 4. Utilizar Epp Según La Exposición, Higiene Postural Y De Columna, Hábitos Saludables, Manejo Adecuado De Cargas. 5. Bajar De Peso Dieta Balanceada Uso De Protector Solar. Ropa Adecuada Para El Cargo, Fortalecimiento Muscular 6. Seguimiento O Valoración Nutrición De La Eps

CERTIFICO QUE NO HE OMITIDO INFORMACIÓN ACERCA DE MI ESTADO DE SALUD, TODO ES VERIDICO Y PUEDE SER CONFIRMADO
LA HISTORIA CLINICA MÉDICA OCUPACIONAL, ES UN DOCUMENTO SOMETIDO A RESERVA DE INFORMACIÓN ESTRICTAMENTE CONFIDENCIAL, POR LO QUE LA CUSTODIA DE LAS HISTORIAS CLINICAS OCUPACIONALES, DOCUMENTOS, EXAMENES O VALORACIONES PARACLINICAS, ESTARÁ A CARGO DEL PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD OCUPACIONAL QUE LA GENERO EN EL CURSO DE LA ATENCIÓN, CUMPLIENDO LOS REQUISITOS Y PROCEDIMIENTOS DE ARCHIVO DE ACUERDO A LAS NORMAS LEGALES VIGENTES PARA LA HISTORIA CLINICA (RESOL 2346 2007 Art 16 RESOL 1995 2009 Art 15-16)

Gloria Cuentas Mojica
Medico Ocupacional
U. del Norte

GLORIA MARIA CUENTAS MOJICA
Medico Ocupacional
Lic. de S.O #: 024650 del 24 Diciembre de 2015
Registro #: 085316/2009

Erika Patricia Gonzalez

ERIKA PATRICIA GONZALEZ GUZMAN
CC 24714386

ARL | sura

Medellín, 07 de abril de 2020

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 TEMPORALES UNO A S.A que se encuentra EN COBERTURA.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificació	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante
Centro de trabajo:	0800113389 MUNICIPIO DE IBAGUE	Clase: 5		Porcentaje Cotización:	6,96 %
C24714386	GONZALEZ GUZMAN ERIKA	13/04/2020		17227a36	DEPENDIENTE

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 07/04/2020 17:10:13 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 190.146.54.236, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4005048770	07/04/2020

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

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

4. Tipo de afiliado	5. Tipo de cotizante	Codigo
A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐	A. Dependiente ☒ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐	(a registrar por la EPS) 1

A. AFILIACIÓN

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

6.Apellidos y nombres			
GONZALES (Primer apellido)	GUZMAN (Segundo apellido)	ERIKA (Primer nombre)	PATRICIA (Segundo nombre)
7.Tipo documento de identidad	**8.Número del documento de identidad**	**9.Sexo**	**10.Fecha de nacimiento**
CC	24714386	Femenino ☒ Masculino ☐	03/04/1986

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

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

15. Administradora de riesgos Laboreles - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotizacion - IBC
SEGURDS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA S.A.	PROTECCION	1300000

18.Residencia

Dirección	Telefono fijo	Telefono celular	Correo electrenico
CL 37 18 A 35		3203524814	JUNIORANDRES0101@GMAIL.COM

Municipio/Distrito	zona		Localidad / comuna	Departamento
IBAGUE	Urbano ☒ Rural ☐			TOLIMA

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			Condicion	
			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 CALLE 35 - VS MACARENA	VSCALLE35 - VSMACARENA
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 documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS)
TEMPORALES UNO A S.A	NIT	809000876	01

39.Ubicación				
Dirección	Teleéfono	Correo electrónico	Municipio/distrito	Departamento
CR 7 14 26 TERCER PI	2633858	CONTRATACION@TEMPORALESUNOA.COM.CO	IBAGUE	TOLIMA

No de Radicación
4005048770

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 beneficienos o de afiliados edicionatos
- ☒ 9. Inicio de ralación labaral o adquisición de condiciones pare 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 une entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- ☐ 12. Desvinculación de une entidad autorizada pera realizer 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 cesanta
- ☐ 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|3|0|4|2|0|2|0

43.EPS anterior	44.Motivo de traslado Código:	45.Caja de Compañaación Familiar o pagador de pansionas

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- 46. ☐ Declaracion de dependancia económica de los benaficiarios y afiliados adicionales.
- 47. ☐ Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributvo,Especial o de Excepción.
- 48. ☐ Declaración de existencia de razonas de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de ddcumentos qua acreditan la condición de beneficianos.
- 49. ☐ Declaración de no internación del cotizante,cabaza de familia ,beneficiarios o afiliados adicionales an una Institución Prestadora de Salud .
- 50. ☒ Autorización para qua le EPS solicite y obtanga datos y copia de la histeria clinica del cotizante e cabeza da familia y de sus baneficiarios o afiliados adicionales.
- 51. ☒ Autorización para que la EPS reporte la información que se genore do la afiliación del reporte da novedades a la base de datos da afiliados vigenta y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran
- 52. ☒ Autorización para que la EPS manejo los datos personales del cotizanto o cabaza 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 qua la EPS envie infernación al correo electronico o celular como mensaje de texto

VIII. FIRMAS

54. Cotizante a cabeza de familia o beneficiario	55. El ampleador aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de oficio
Erika Patricia Gonzalez Guzman	

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 permanenta emitido por la autoridad competante.
- ☐ 58. Copia registre civil de matrimonio, o de la escritura pública,acta de conciliación o sentencie judicial que declare la union marital
- ☐ 59. Copia da la escritura publica o santencie judicial que declare el divorcio ,santencia jurficial paro que declare la separación de cuerpos y escritura pública,acta de concifiacion o sentancia judicial que declare le terminecián de la union marital.
- ☐ 60. Copia certificado de adopción o acta de entraga del menor
- ☐ 61.Copia orden judicial o acto administrativo da custodia.
- ☐ 62.Documanto en que conste la perdida de la petrie potestad, o el certificnce de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizanto sobra la ausencia de los padres
- ☐ 63.Copia de la autorización de trasledo por parte de la Superintendencia Nacional de Salud
- ☐ 64.Cartificación de vinculación a una entidad autonzada para realizar afiliaciones colactivas.
- ☐ 65.Copia del acto administrativo o providenele de las autoridades compatentes en la que consiste le calidad de baneficiario o se ordano 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

Recuerda que la firma, al final del formulario, valida las declaraciones marcadas y/o diligenciadas en el capitulo VII Declaraciones y IX. Autorizacionas, asi camo la veracidad de las demás información ragistrada.

CUESTIONARIO CARTA DE DERECHOS DEL AFILIADO Y DEL PACIENTE Y CARTA DE DESEMPEÑO

Información para ser diligenciada por el cotizante del grupo familiar:

Primer apellido	Segundo apellido (o de casada)	Primer nombre	Segundo nombre
GONZALES	GUZMAN	ERIKA	PATRICIA

No de identificación	Tipo de documento	Fecha de nacimiento	Sexo	Fecha diligenciamiento
24714386	X	1980 04 03	X	2020 04 07

Apreciado usuario: La Carta de derechos del afiliado y del paciente y la carta de desempeño son unas importantes herramientas de consulta para que conozca sus derechos y deberes, al igual que la infraestructura con la que contamos para brindarle la mejor atención, lo estipulado en normatividad vigente y, por supuesto, los canales de comunicaciones con los que puede hacernos llegar sus comentarios y sugerencias.

Con el fin de garantizar la entrega de este importante documento le solicitamos responder el siguiente cuestionario:

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? X
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? X
3. ¿Leyó el contenido de la Carta de Derechos y deberes del afiliado y del paciente? X
4. ¿Leyó el contenido de la Carta de Desempeño de la EPS? X
5. ¿Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información fue asesorado adecuadamente por la EPS? X

Con su aprobación para el envío de información por medios electrónicos, usted recibirá nuestras comunicaciones relacionadas con novedades de su afiliación y/o de alguno de sus beneficiarios, recordatorio de citas médicas, adicionalmente le remitiremos información de campañas, planes de promoción y prevención diseñados para su bienestar y el de su grupo familiar y en general todo lo que impacte en el cuidado de la salud.

"Yo: ERIKA PATRICIA GONZALES GUZMAN identificado con el documento de identidad número: 24714386, X autorizo a Salud Total EPS a enviarme información vía email y/o medios electrónicos.

Firma Cotizante: Erika Patricia Gonzalez

www.saludtotal.com.co
Línea local en Bogotá 4854555
Línea gratuita de atención al cliente 018000114524
Síguenos en Salud Total EPS. Oficial

Tu salud no es a medias debe ser total Salud Total EPS

Huella digital
(en caso de no saber firmar)
F309-RVA V1.0-2013

CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE FENALCO DEL TOLIMA
COMFENALCO TOLIMA
FORMULARIO DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN DE SUBSIDIO FAMILIAR
TRABAJADORES DEPENDIENTES
NIT. 890.700.148-4

1059000000143672

Antes de diligenciar este formulario lea las instrucciones que se encuentran al respaldo

I. Información del Trabajador

Identificación

1. T.D.	2. Número	3. 1er. Apellido	2do. Apellido	1er. Nombre	2do. Nombre	4. Sexo
CC	24714386	GONZALEZ GUZMAN	ERIKA	PATRICIA		F X M

5. Fecha de Nacimiento (Año Mes Día)	6. Estado Civil	7. Nivel de Escolaridad	8. Discapacidad
1980-04-03	Soltero ☐ Casado ☐ Separado ☐ Unión Libre X Viudo ☐	Ninguno ☐ Primaria ☐ Bachillerato ☐ Técnico ☐ Tecnológico ☐ Profesional ☐ Nombre Profesión	Tipo 4 Grado %

9. Dirección de residencia	Barrio	Municipio	Departamento
MZ A CA 1 BRR IBAGUE 2000	IBAGUE		

10. Tipo de Vivienda	11. Estrato	12. Teléfono	13. Celular	14. Correo Electrónico
Propia ☐ Alquilada ☐ Familiar ☐		2668061	3138691337	

15. Pasaporte No.	Fecha de Vencimiento (Año Mes Día)	16. Pasatiempos
		Viajes ☐ Pintura ☐ Música ☐ Danza ☐ Cine ☐ Manualidades ☐ Informática ☐ Teatro

17. Deportes	18. Información Caja anterior - Nombre
Fútbol ☐ Natación ☐ Bolos ☐ Baloncesto ☐ Tennis ☐ Volleyball ☐ Patinaje ☐ Otros	Fecha de Ingreso: Año Mes Día — Fecha de Retiro: Año Mes Día

II. Otro Empleador (Solo en caso de que labore en una Empresa Diferente a la que reporta en el módulo VI)

19. T.D.	20. NIT	DV	21. Razón Social	22. Jornada (Número Horas Mensual)	23. Sector
					Rural ☐ Urbano ☐

24. Salario	Básico $	Comisiones + Bonificaciones $	25. Cargo	26. Caja de Compensación
Fijo ☐ Variable ☐				

III. Información del Cónyuge o compañero(a) permanente

27. Cónyuge X Compañero(a)	28. T.D.	29. Número	30. 1er. Apellido	2do. Apellido	1er. Nombre	2do. Nombre	31. Sexo
	CC	80066366	GUZMAN	SUAREZ	GUSTAVO		F M X

32. Fecha de Nacimiento	33. Discapacidad	34. Fecha de Inicio de relación marital	35. Nivel de Escolaridad	Nombre Profesión
1960-01-01	Tipo 4 Grado %		Ninguno ☐ Primaria ☐ Bachiller ☐ Técnico ☐ Tecnólogo ☐ Profesional ☐	

36. Trabaja	37. T.D.	38. Nit.	39. Razón Social	40. Recibe subsidio
Si ☐ No ☐				Si ☐ No X

41. Caja de Compensación	42. Horas Trabajadas	43. Salario	Básico	Comisiones + Bonificaciones	44. Cargo
		Fijo ☐ Variable ☐	$	$	

IV. Datos del Grupo Familiar

45.	Documento TD	Documento Número	Nombres completos de beneficiarios: 1er. Apellido	2do. Apellido	1er. Nombre	3do. Nombre	Sexo M	Sexo F	Parentesco	Fecha nacimiento Año	Mes	Día	Discapacidad Tipo	Discapacidad %	Subsidio otra caja
1	RC	1023364121	GUZMAN	GONZALEZ	DAVID	SANTIAGO	X		HIJO	2004	04	12	4		N
2	RC	1110471921	GUZMAN	GONZALEZ	LUZ	STELLA		X	HIJA	2006	05	24	4		N
3	RC	1030282646	GUZMAN	GONZALEZ	NICOLL	VALENTINA		X	HIJA	2009	01	04	4		N
4	TI	1005713026	GUZMAN	GONZALEZ	JUNIOR	ANDRES	X		HIJO	2002	01	01	4		N
5															

V. Escolaridad

	Número Documento	Nombre Institución donde estudia	Nivel de escolaridad	Calendario	Grado
1					
2					
3					
4					

VI. Información Laboral

47. T.D.	48. NIT	DV	49. Razón Social	50. Sucursal	51. Div. Admtva	52. Código Nómina
NI	809000876		TEMPORALES UNO A S A	1	00	

53. Fecha de ingreso a la Empresa	54. Tipo de Contrato	55. Cargo	56. Jornada (Número Horas Mensual)
2020-04-13	MISION	OTRO PERSONAL DE APOYO ADMINISTRATIVO NO CLASIFICADOS EN OTROS GRUPOS PRIMARIOS	240

57. Salario	Básico $	Comisiones + Bonificaciones $	58. Tipo Vinculación	59. % Aportes
Fijo ☐ Variable N	1300000	0	DEPENDIENTE CAJA	CAJA UNIFICADO

Observaciones:

Bajo la gravedad de juramento declaro que la información suministrada es cierta y ha sido revisada personalmente. Los documentos anexos que soportan esta inscripción, serán para el uso exclusivo de Comfenalco Tolima; motivo por el cual no se devolverán a la empresa ni al trabajador. Autorizo que la información sea verificada en cualquier momento por COMFENALCO TOLIMA.

Fecha Radicación 2020-04-07

Firma Autorizada y Sello de la Empresa

Firma y C.C. del Trabajador Erika Patricia Gonzalez Guzman 24.714.386

Firma y Sello de recibido por Comfenalco Tolima

Generado por Sirep Virtual Caja

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.198.281

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **GONZALEZ GUZMAN ERIKA PATRICIA** identificado(a) con **CC** número **24.714.386** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 15 de febrero de 2000 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO.**

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 01 de abril de 2020.

Cordialmente,

Laura Patricia Merchan Metaute
Equipo Gestión de Operaciones.

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

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

20200401093937

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **24.714.386**

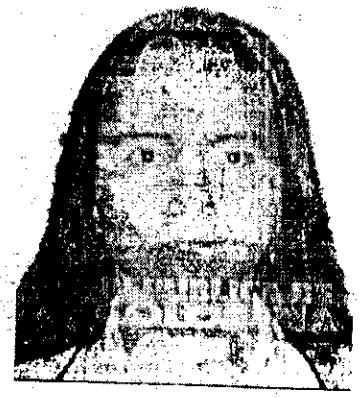
GONZALEZ GUZMAN

APELLIDOS

ERIKA PATRICIA

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **03-ABR-1980**

PUERTO SALGAR
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.56	O+	F
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

12-MAY-1999 LA DORADA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1516900-00124181-F-0024714386-20081106 0005352986A 2 1030000371

TEMPORALES UNO-A S.A.

R60707

"suministro de trabajadores en misión"

CONTRATO INDIVIDUAL DE TRABAJO DE DURACION POR LA OBRA O LABOR CONTRATADA

IB-041988

DATOS DE LA E.S.T. EMPLEADORA

NOMBRE DE LA EMPRESA	:TEMPORALES UNO-A S.A.
DOMICILIO SOCIAL Y DIRECCION	:IBAGUE, CRA 7 # 14-26 PISO 3
NIT	:809.000.876-1
REPRESENTANTE LEGAL	:NOLLY MERCEDES BELTRAN GALEANO
C.C.	:38.260.480 DE IBAGUE

DATOS DEL TRABAJADOR

NOMBRE	HENAO RODRIGUEZ GISELL TATIANA
No. IDENTIFICACION	1,010,248,196 , BOGOTA Tel: 3229088195 Contrato:01
DOMICILIO Y RESIDENCIA	MZA E CASA 20 JARDIN COMUNEROS JARDÍN ETAPA I
LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO	BOGOTA, 12 DE NOVIEMBRE DE 1999

EPS: SALUD TOTAL EPS AFP: COLPENSIONES ARP: ARL SURA CTA:

DATOS PARA LA CONTRATACION

LUGAR DE TRABAJO	IBAGUE	
LUGAR DONDE HA SIDO CONTRATADO	IBAGUE	
SALARIO	1,300,000	Mensual
AUXILIO LEGAL DE TRANSPORTE	102,854	
OTROS PAGOS SALARIALES	0.00	
OTROS PAGOS NO SALARIALES	0.00	
PERIODOS DE PAGO DEL SALARIO	MENSUAL	
CARGO PARA EL CUAL ES CONTRATADO	AUXILIAR ENFERMERIA	
OBRA O LABOR DETERMINADA PARA LA CUAL SE CONTRATA	PLAN APOYO SECRETARIA DE SALUD	
MOTIVO QUE DA ORIGEN A LA OBRA O LABOR	PLAN APOYO OPERATIVO	
USUARIA A DONDE SE REMITE EL TRABAJADOR	MUNICIPIO DE IBAGUE	
FECHA DE INICIO DE LABORES	13 DE ABRIL DE 2020	
FECHA FIRMA DEL CONTRATO	08 DE ABRIL DE 2020	

Servicompetentes S.A.S

Certificado de Aptitud Laboral
Ingreso



Fecha: 08/Abr/2020, **Hora:** 08:45:40 a.m.
Apellido: HENAO RODRIGUEZ **Nombre:** GISELL TATIANA
Tipo Doc: CC **Nro Identidad:** 1010248196
Empresa: TEMPORALES UNO A S.A.
Cargo: AUX. DE ENFERMERIA
Lugar:
Direccion: MZ E CASA 20 JARDIN COMUNEROS
Telefono: **Celular:** 3229088195 **Email:** TOTIS502@GMAIL.COM **Estado Civil:** Union Libre
Ciudad: Tolima - Ibagué

HC: # 9942
Edad: 20 años
Sexo: Femenino
Nacim: 12/Nov/1999
Rh: O+

Examenes Realizados
Serologia II, Examen Medico Ocupacional de Ingreso, Osteomuscular

Concepto Medico para Examen de Ingreso
Cumple sin restricciones ☑ Cumple con restricciones ☐
Cual:

Concepto Medico para Examen de Alturas
Apto ☐ Aplazado ☐ No Apto ☐

Concepto Medico para Examen de Periodico
Puede continuar con su labor ☐ Requiere reubicación ☐
Incluir en SVE:

Concepto Medico para Examen de Retiro
Retiro sin Patologia aparente ☐ Retiro con Patologia para seguimiento en EPS ☐ ARL ☐
Cual:

Concepto Medico para Examen Especial

Observaciones y Recomendaciones
1.Inducción En El Cargo, 2. Se Dan Recomendaciones Sobre Realización De Pausas Activas 3.Ejercicio Físico 3 Veces Por Semana. 4. Utilizar Epp Según La Exposición, Higiene Postural Y De Columna, Hábitos Saludables, Manejo Adecuado De Cargas. 5. Bajar De Peso Dieta Balanceada Uso De Protector Solar. Ropa Adecuada Para El Cargo, Fortalecimiento Muscular 6. Seguimiento O Valoración Nutrición De La Eps

CERTIFICO QUE NO HE OMITIDO INFORMACIÓN ACERCA DE MI ESTADO DE SALUD, TODO ES VERIDICO Y PUEDE SER CONFIRMADO.
LA HISTORIA CLINICA MÉDICA OCUPACIONAL, ES UN DOCUMENTO SOMETIDO A RESERVA DE INFORMACIÓN ESTRICTAMENTE CONFIDENCIAL, POR LO QUE LA CUSTODIA DE LAS HISTORIAS CLINICAS OCUPACIONALES, DOCUMENTOS, EXAMENES O VALORACIONES PARACLINICAS, ESTARÁ A CARGO DEL PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD OCUPACIONAL QUE LA GENERO EN EL CURSO DE LA ATENCIÓN, CUMPLIENDO LOS REQUISITOS Y PROCEDIMIENTOS DE ARCHIVO DE ACUERDO A LAS NORMAS LEGALES VIGENTES PARA LA HISTORIA CLINICA (RESOL. 2346 2007 Art. 16 RESOL. 1918 2009 Art. 17-1)

Gloria Cuentas M
Tolima E.S.P. S.S.I
Reg. 02 14650
U. del Norte

GLORIA MARIA CUENTAS MOJICA
Medico Ocupacional
Lic. de S.O #: 024650 del 24 Diciembre de 2015
Registro #: 085316/2009

Tatiana Hen

GISELL TATIANA HENAO RODRIGUEZ
CC 1010248196

ARL | sura

Medellín, 08 de abril de 2020

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 TEMPORALES UNO A S.A que se encuentra EN COBERTURA.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificació	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante
Centro de trabajo: 0800113389 MUNICIPIO DE IBAGUE		Clase: 5	Porcentaje Cotización: 6,96 %		
C101024819 6	HENAO RODRIGUEZ GISELL TATIANA	13/04/2020		244142P2	DEPENDIENTE

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 08/04/2020 11:52:24 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 190.146.54.236, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

SaludTotal EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4005049860	0|8|0|4|2|0|2|0

I. DATOS DEL TRÁMITE

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

1.tipe de tramita: A. Afiliación ☐ B.Reporte de Novedades ☒

2.Tipo afiliacion: B. Colectiva ☐ A. Individual: -Cotizante Cabeza de familia ☒ -Beneficiario afiliado adicional ☐ B. Institucional ☐ B. De oficio ☐

3.Regimen: A.Contributivo ☒ B.Subsidiado ☐

4. Tipo de afiliado: A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐

5. Tipe de cotizante: A. Dependiente ☒ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐

Codigo (a registrar por la EPS): 1

A. AFILIACIÓN

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

6.Apellidos y nombres			
HENAO (Primer apellido)	RODRIGUEZ (Segundo apellido)	GISELL (Primer nombre)	TATIANA (Segundo nombre)
7.Tipe documento de Identidad	**8.Número del documento de Identidad**	**9.Sexo**	**10.Fecha de nacimiento**
CC	1010248196	Femenino ☒ Masculino ☐	1|2|1|1|1|9|9|9

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.	INSTITUTO DE SEGURO SOCIAL	1300000

18.Residencia

Dirección	Telefono fijo	Telefono celular	Correo electronico
MZ ECASA 20 BRR JARDIN COMUNEROS		3229088195	TOTIS502@GMAIL COM

Municipio/Distrito	zone	Localidad / comuna	Departamento
IBAGUE	Urbana ☒ Rural ☐		TOLIMA

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 epellido	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. Discapecidad				
			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 per 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 LA QUINTA - VS LA QUINTA	VSLAQUINTA - VSLAQUINTA
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 documnte de Identificación	38. Tipo de aportante e pagador de pensiones(a registrar por la EPS)
TEMPORALES UNO A S.A	NIT	809000878	01

39.Ubicación				
CR 7 14 26 TERCER PI (Dirección)	2633856 (Teléfono)	CONTRATACION@TEMPORALESUNOA COM.CO (Correo electrónico)	IBAGUE (Municipio/distrito)	TOLIMA (Departamento)

No de Radicacion
4005049860

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 inscripción 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 relación 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 Identtidad	Sexo	Fecha de nacimiento	42.Fechs
		Femenino ☐ Masculino ☐		1|3|0|4|2|0|2|0

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

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- 46. ☐ Declaracion 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. ☐ Declaracion de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de documentos que acreditan la condición de beneficianos.
- 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 afiliacion 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. ☒ Autorizacion para que la EPS envie informacion 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
Tatiana Henao R	

IX.ANEXOS

- ☐ 56.Anexo Copia del documento de identidad: CN. ☐ RC. ☐ TI. ☐ CC. ☐ PA. ☐ CE. ☐ CD. ☐ SC. ☐
  Cantidad: ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Total: 0
- ☐ 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- ☐ 58. Copia registro civil de matrimonio, o de la escritura pública,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la union marital.
- ☐ 59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio ,sentencia judicial para que declare la separación de cuerpos y escritura pública,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la union marital
- ☐ 60. Copia certificado de adopción e 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 certificeco de defunción de los padres e 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. Identificacion 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 funcionarie que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

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

Observaciones

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

CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE FENALCO DEL TOLIMA
COMFENALCO TOLIMA
FORMULARIO DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN DE SUBSIDIO FAMILIAR
TRABAJADORES DEPENDIENTES
NIT. 890.700.148-4

1059000000143708

Antes de diligenciar este formulario lea las instrucciones que se encuentren al respaldo

I. Información del Trabajador

Identificación

1. T.D.	2. Número:	3. 1er. Apellido	2do. Apellido	1er. Nombre	2do. Nombre	4. Sexo
CC	1010248196	HENAO	RODRIGUEZ	GISELL	TATIANA	F X M

5. Fecha de Nacimiento (Año Mes Día)	6. Estado Civil	7. Nivel de Escolaridad	8. Discapacidad
1999-11-12	Soltero ___ Casado ___ Separado ___ Unión Libre X Viudo ___	Ninguno ___ Primaria ___ Bachillerato ___ Técnico ___ Tecnológica ___ Profesional ___ Nombre Profesión:	Tipo 4 Grado %

9. Dirección de residencia	Barrio	Municipio	Departamento
MZ E CA 20 BRR JARDIN COMUNEROS	IBAGUE		

10. Tipo de Vivienda	11. Estrato	12. Teléfono	13. Celular	14. Correo Electrónico
Propia ___ Alquilada ___ Familiar ___		2616822	3229088195	

15. Pasaporte No. / Fecha de Vencimiento (Año Mes Día)	16. Pasatiempos
	Viajes ___ Pintura ___ Música ___ Danza ___ Cine ___ Manualidades ___ Informática ___ Teatro ___

17. Deportes	18. Información Caja anterior - Nombre
Fútbol ___ Natación ___ Bailes ___ Baloncesto ___ Tenis ___ Volleybol ___ Patinaje ___ Otros ___	Fecha de Ingreso: Año Mes Día — Fecha de Retiro: Año Mes Día

II. Otro Empleador (Solo en caso de que labore en una Empresa Diferente a la que reporta en el módulo VI)

19. T.a.	20. NIT	DV	21. Razón Social	22. Jornada (Número Horas Mensual)	23. Sector (Rural / Urbano)

24. Salario (Fijo / Variable)	Básico $	Comisiones + Bonificaciones $	25. Cargo	26. Caja de Compensación

III. Información del Cónyuge o compañero(a) permanente

27. Cónyuge / Compañero(a)	28. T.D.	29. Número:	30. 1er. Apellido	2do. Apellido	1er. Nombre	2do. Nombre	31. Sexo
							F M

32. Fecha de Nacimiento	33. Discapacidad (Tipo / Grado %)	34. Fecha de inicio de relación marital	35. Nivel de Escolaridad	Nombre Profesión
			Ninguno ___ Primaria ___ Bachiller ___ Técnico ___ Tecnólogo ___ Profesional ___	

36. Trabaja	37. T.a.	38. Nit	39. Razón Social	40. Recibe subsidio
Si ___ No ___				Si ___ No ___

41. Caja de Compensación	42. Horas Trabajadas	43. Salario (Fijo / Variable)	Básico $	Comisiones + Bonificaciones $	44. Cargo

IV. Datos del Grupo Familiar

45.	Documento		Nombres completos de beneficiarios				Sexo	Parentesco (Hijo, Padre, Hermano, Padrastro, Hijastro, Otro)	Fecha nacimiento			Discapacidad (T, C, A, %, D, O)	Subsidio otra caja
	TD	Número	1er. Apellido	2do. Apellido	1er. Nombre	2do. Nombre	M F		Año	Mes	Día		
1													
2													
3													
4													
5													

V. Escolaridad

	Número Documento	Nombre Institución donde estudia	Nivel de escolaridad	Calendario	Grado
1					
2					
3					
4					

VI. Información Laboral

47. T.D.	48. NIT	DV	49. Razón Social	50. Sucursal	51. Div. Admiva	52. Código Nómina
NI	809000876		TEMPORALES UNO A S A	1	00	

53. Fecha de Ingreso a la Empresa	54. Tipo de Contrato	55. Cargo	56. Jornada (Número Horas Mensual)
2020-04-13	MISION	OTRO PERSONAL DE APOYO ADMINISTRATIVO NO CLASIFICADOS EN OTROS GRUPOS PRIMARIOS	240

57. Salario (Fijo / Variable)	Básico $	Comisiones + Bonificaciones $	58. Tipo Vinculación	59. % Aportes
Fijo ___ Variable N	1300000	0	DEPENDIENTE CAJA	CAJA UNIFICADO

Observaciones:

Bajo la gravedad de juramento declaro que la información suministrada es cierta y ha sido revisada personalmente. Los documentos anexos que soportan esta inscripción, serán para el uso exclusivo de Comfenalco Tolima; motivo por el cual no se devolverán a la empresa ni al trabajador. Autorizo que la información sea verificada en cualquier momento por COMFENALCO TOLIMA.

Fecha Radicación 2020-04-08

Firma Autorizada y Sello de la Empresa

Tatiana Henao R.
Firma y C.C. del Trabajador 1010248196

Firma y sello de recibido por Comfenalco Tolima

Generado por Sirap Virtual Caja

Colpensiones
Ven por tu futuro ya

El futuro es de todos

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **GISELL TATIANA HENAO RODRIGUEZ** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1010248196,** se encuentra afiliado/a desde **26/03/2019** 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 31 de marzo de 2020.

Rosa Mercedes Niño 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.



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 1.010.248.196

HENAO RODRIGUEZ

APELLIDOS

GISELL TATIANA

NOMBRES

FECHA DE NACIMIENTO 12-NOV-1999
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.62 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO

14-NOV-2017 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

0058701147A 1 4066196B

TEMPORALES UNO-A S.A.

R60707

SGS
"suministro de trabajadores en misión"

CONTRATO INDIVIDUAL DE TRABAJO DE DURACION POR LA OBRA O LABOR CONTRATADA

IB-041997

DATOS DE LA E.S.T. EMPLEADORA

NOMBRE DE LA EMPRESA	:TEMPORALES UNO-A S.A.
DOMICILIO SOCIAL Y DIRECCION	:IBAGUE, CRA 7 # 14-26 PISO 3
NIT	:809.000.876-1
REPRESENTANTE LEGAL	:NOLLY MERCEDES BELTRAN GALEANO
C.C.	:38.260.480 DE IBAGUE

DATOS DEL TRABAJADOR

NOMBRE	HERNANDEZ CAMAYO HEIDY CAROLINA
No. IDENTIFICACION	1,110,569,715 , IBAGUE Tel: 3178799083 Contrato:01
DOMICILIO Y RESIDENCIA	ALBANIA II MZA B CASA 3 PISO 3 BARRIO UNICO
LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO	IBAGUE, 13 DE ABRIL DE 1996

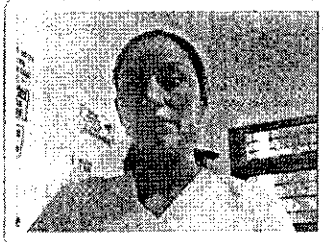
EPS: NUEVA EPS AFP: PORVENIR S.A. ARP: ARL SURA CTA:

DATOS PARA LA CONTRATACION

LUGAR DE TRABAJO	IBAGUE	
LUGAR DONDE HA SIDO CONTRATADO	IBAGUE	
SALARIO	2,300,000	Mensual
AUXILIO LEGAL DE TRANSPORTE	0	
OTROS PAGOS SALARIALES	0.00	
OTROS PAGOS NO SALARIALES	0.00	
PERIODOS DE PAGO DEL SALARIO	MENSUAL	
CARGO PARA EL CUAL ES CONTRATADO	ENFERMERA PROFESIONAL	
OBRA O LABOR DETERMINADA PARA LA CUAL SE CONTRATA	PLAN APOYO SECRETAIR DE SALUD	
MOTIVO QUE DA ORIGEN A LA OBRA O LABOR	PLAN APOYO OPERATIVO	
USUARIA A DONDE SE REMITE EL TRABAJADOR	MUNICIPIO DE IBAGUE	
FECHA DE INICIO DE LABORES	13 DE ABRIL DE 2020	
FECHA FIRMA DEL CONTRATO	08 DE ABRIL DE 2020	

Servicompetentes S.A.S

Certificado de Aptitud Laboral
Ingreso



Fecha: 08/Abr/2020, **Hora:** 07:46:36 a.m.
Apellido: HERNANDEZ CAMAYO **Nombre:** HEIDY CAROLINA
Tipo Doc: CC **Nro Identidad:** 1110569715
Empresa: TEMPORALES UNO A S.A.
Cargo: ENFERMERA PROFESIONAL
Lugar:
Direccion: ALBANIA 2 MX B CASA 3 PISO 3
Telefono: **Celular:** 3178799083 **Email:** H.C.H.C.17@HOTMAIL.COM **Estado Civil:** Soltero
Ciudad: Tolima - Ibagué

HC: # 9933
Edad: -1 años
Sexo: Femenino
Nacim: 13/Abr/2020
Rh: O+

Examenes Realizados

Serologia II, Examen Medico Ocupacional de Ingreso, Osteomuscular

Concepto Medico para Examen de Ingreso

Cumple sin restricciones ☑ Cumple con restricciones ☐
Cual:

Concepto Medico para Examen de Alturas

Apto ☐ Aplazado ☐ No Apto ☐

Concepto Medico para Examen de Periodico

Puede continuar con su labor ☐ Requiere reubicación ☐
Incluir en SVE:

Concepto Medico para Examen de Retiro

Retiro sin Patología aparente ☐ Retiro con Patología para seguimiento en EPS ☐ ARL ☐
Cual:

Concepto Medico para Examen Especial

Observaciones y Recomendaciones

1.Inducción En El Cargo 2.Se Dan Recomendaciones Sobre Realización De Pausas Activas 3.Ejercicio Físico 3 Veces Por Semana. 4. Utilizar Epp Según La Exposición, Higiene Postural Y De Columna, Hábitos Saludables, 5. Dieta Balanceada Uso De Protector Solar. Ropa Adecuada Para El Cargo, Fortalecimiento Muscular

CERTIFICO QUE NO HE OMITIDO INFORMACIÓN ACERCA DE MI ESTADO DE SALUD, TODO ES VERIDICO Y PUEDE SER CONFIRMADO
LA HISTORIA CLINICA MÉDICA OCUPACIONAL, ES UN DOCUMENTO SOMETIDO A RESERVA DE INFORMACIÓN ESTRICTAMENTE CONFIDENCIAL, POR LO QUE LA CUSTODIA DE LAS HISTORIAS CLINICAS OCUPACIONALES, DOCUMENTOS, EXAMENES O VALORACIONES PARACLINICAS, ESTARÁ A CARGO DEL PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD OCUPACIONAL QUE LA GENERO EN EL CURSO DE LA ATENCIÓN, CUMPLIENDO LOS REQUISITOS Y PROCEDIMIENTOS DE ARCHIVO DE ACUERDO A LAS NORMAS LEGALES VIGENTES PARA LA HISTORIA CLINICA (RESOL. 2346/2007 Art.16 RESOL. 1918/2009 Art. 17-1)

Gloria Cuentas M
Medico L.S.O. S.S.T
Reg. 085316/50
U. del Norte

GLORIA MARIA CUENTAS MOJICA
Medico Ocupacional
Lic. de S.O #: 024650 del 24 Diciembre de 2015
Registro #: 085316/2009

leidy C Hdez. C.

HEIDY CAROLINA HERNANDEZ CAMAYO
CC 1110569715

ARL | sura

Medellín, 08 de abril de 2020

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 TEMPORALES UNO A S.A que se encuentra EN COBERTURA.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificació	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante
Centro de trabajo:	0800113389 MUNICIPIO DE IBAGUE	Clase: 5		Porcentaje Cotización:	6,96 %
C111056971 5	HERNANDEZ CAMAYO HEIDY CAROLINA	13/04/2020		IW147221	DEPENDIENTE

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 08/04/2020 15:26:53 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 190.146.54.236, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 08/04/2020, el empleador TEMPORALES UNO A S.A. identificado con NIT número 809000876 registró la siguiente solicitud de reingreso en nuestro portal transaccional.

NÚMERO DE RADICACIÓN	FECHA DE RADICACIÓN	TIPO DE SOLICITUD
2543885	08/04/2020	Reingresos

DETALLE

TIPO IDENTIFICACIÓN	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA REINGRESO
CÉDULA DE CIUDADANÍA	1110569715	HEIDY CAROLINA HERNANDEZ CAMAYO	2300000	ENFERMERA JEFE	2020-04-13

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 8 días del mes de Abril del año 2020.

Cordialmente,

GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES

Nueva EPS

CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE FENALCO DEL TOLIMA
COMFENALCO TOLIMA
FORMULARIO DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN DE SUBSIDIO FAMILIAR
TRABAJADORES DEPENDIENTES
NIT. 890.700.148-4

1059000000143735

Antes de diligenciar este formulario lea las instrucciones que se encuentran al respaldo

I. Información del Trabajador

Identificación

1. T.D.	2. Número:	3. 1er. Apellido	2do. Apellido	1er. Nombre	2do. Nombre	4. Sexo
CC	1110569715	HERNANDEZ	CAMAYO	HEIDY	CAROLINA	F X M

5. Fecha de Nacimiento (Año Mes Día)	6. Estado Civil	7. Nivel de Escolaridad	8. Discapacidad
1996-04-13	Soltero X, Casado, Separado, Unión Libre, Viudo	Ninguno, Primaria, Bachillerato, Técnico, Tecnológico, Profesional; Nombre Profesión	Tipo 4, Grado %

9. Dirección de residencia	Barrio	Municipio	Departamento
MZ B CA 3 P 3 BRR ALBANIA II		IBAGUE	

10. Tipo de Vivienda	11. Estrato	12. Teléfono	13. Celular	14. Correo Electrónico
Propia, Alquilada, Familiar		2616822	3002663503	

15. Pasaporte No. / Fecha de Vencimiento (Año Mes Día)	16. Pasatiempos
	Viajes, Pintura, Música, Danza, Cine, Manualidades, Informática, Teatro

17. Deportes	18. Información Caja anterior - Nombre
Fútbol, Natación, Bolas, Baloncesto, Tennis, Voleyball, Patinaje, Otros	Fecha de Ingreso: Año Mes Día / Fecha de Retiro: Año Mes Día

II. Otro Empleador (Solo en caso de que labore en una Empresa Diferente a la que reporta en el módulo VI)

19. T.D.	20. NIT	DV	21. Razón Social	22. Jornada (Número Horas Mensual)	23. Sector (Rural, Urbano)

24. Salario (Básico $, Comisiones + Bonificaciones $; Fijo, Variable)	25. Cargo	26. Caja de Compensación

III. Información del Cónyuge o compañero(a) permanente

27. Cónyuge, Compañero(a)	28. T.D.	29. Número:	30. 1er. Apellido	2do. Apellido	1er. Nombre	2da. Nombre	31. Sexo F M

32. Fecha de Nacimiento	33. Discapacidad (Tipo, Grado %)	34. Fecha de inicio de relación marital	35. Nivel de Escolaridad (Ninguno, Primaria, Bachiller, Técnico, Tecnólogo, Profesional; Nombre Profesión)

36. Trabaja S: No	37. T.D.	38. Nit	39. Razón Social	40. Recibe subsidio S: No

41. Caja de Compensación	42. Horas Trabajadas	43. Salario (Fijo, Variable $) Básico	Comisiones + Bonificaciones $	44. Cargo

IV. Datos del Grupo Familiar

45.	Documento		Nombres completos de beneficiarios				Sexo		Parentesco (Hijo, Padre, Padrastro, Cónyuge, Compañero(a) permanente, Otro)	Fecha nacimiento			Discapacidad (Tipo, Grado %)	Salario inferior a 2 SMLV
	TD	Número	1er. Apellido	2do. Apellido	1er. Nombre	2do. Nombre	M	F		Año	Mes	Día		
1														
2														
3														
4														
5														

V. Escolaridad

	Número Documento	Nombre Institución donde estudia	Nivel de escolaridad	Calendario	Grado
1					
2					
3					
4					

VI. Información Laboral

47. T.D.	48. NIT	DV	49. Razón Social	50. Sucursal	51. Div. Administ.	52. Código Nómina
NI	809000876		TEMPORALES UNO A S A	1	00	

53. Fecha de Ingreso a la Empresa	54. Tipo de Contrato	55. Cargo	56. Jornada (Número Horas Mensuales)
2020-04-13	MISION	OTRO PERSONAL DE APOYO ADMINISTRATIVO NO CLASIFICADOS EN OTROS GRUPOS PRIMARIOS	240

57. Salario (Fijo, Variable N) Básico $	Comisiones + Bonificaciones $	58. Tipo Vinculación	59. % Aportes
2300000	0	DEPENDIENTE CAJA	CAJA UNIFICADO

Observaciones:

Bajo la gravedad de juramento declara que la información suministrada es cierta y ha sido revisada personalmente. Los documentos anexos que soportan esta inscripción, serán para el uso exclusivo de Comfenalco Tolima; motivo por el cual no se devolverán a la empresa ni al trabajador. Autorizo que la información sea verificada en cualquier momento por COMFENALCO TOLIMA.

Heidy C. Hdz C. 1110569715

Fecha Radicación 2020-04-08

Firma Autorizada y Sello de la Empresa

Firma y C.C. del Trabajador

Firma y Sello de recibido por Comfenalco Tolima

Generado por Sitio Virtual Cisa

HEIDY CAROLINA HERNANDEZ CAMAYO

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

FONDO DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR

CERTIFICA QUE:

HEIDY CAROLINA HERNANDEZ CAMAYO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.110.569.715**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias** Porvenir y al **Fondo de Cesantías** Porvenir.

La presente certificación se expide el 20 de Marzo del 2020.

Cordialmente,

Vicepresidente de Clientes y Operaciones

Tenga en cuenta:

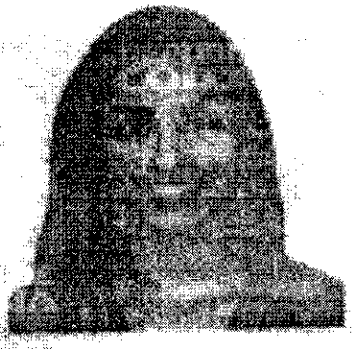
En este momento de su vida, lo que más le conviene es estar en un fondo privado como Porvenir, ¿por qué? acumulando semanas, ahorrando dinero y obteniendo rendimiento

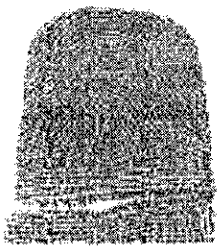
Enfermera

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.110.569.715
HERNANDEZ CAMAYO
APELLIDOS
HEIDY CAROLINA
NOMBRES

Heidy C. Hdz C.
FIRMA





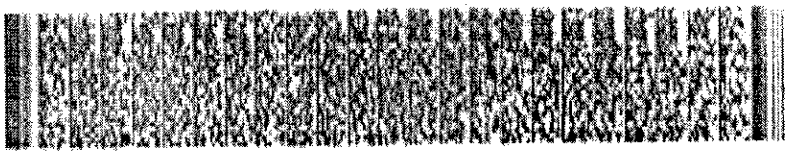
FECHA DE NACIMIENTO 13-ABR-1996
IBAGUE
(TOLIMA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.69 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO

16-ABR-2014 IBAGUE
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO



Sanitas

TEMPORALES UNO-A S.A.

R60707

"Suministro de trabajadores en misión"

CONTRATO INDIVIDUAL DE TRABAJO DE DURACION POR LA OBRA O LABOR CONTRATADA

IB-041986

DATOS DE LA E.S.T. EMPLEADORA

NOMBRE DE LA EMPRESA	:TEMPORALES UNO-A S.A.
DOMICILIO SOCIAL Y DIRECCION	:IBAGUE, CRA 7 # 14-26 PISO 3
NIT	:809.000.876-1
REPRESENTANTE LEGAL	:NOLLY MERCEDES BELTRAN GALEANO
C.C.	:38.260.480 DE IBAGUE

DATOS DEL TRABAJADOR

NOMBRE	LEYVA ESTRADA GERMAN ENRIQUE
No. IDENTIFICACION	93,120,253 , ESPINAL Tel: 3123375966 Contrato:01
DOMICILIO Y RESIDENCIA	CALLE 86 NO. 2-100 CONJ AGUAS VERDES JARDÍN ETAPA I
LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO	CUNDAY, 14 DE NOVIEMBRE DE 1962

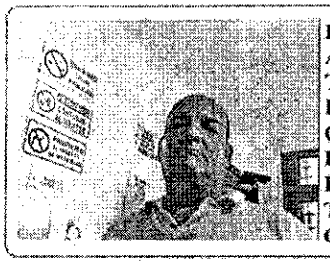
EPS: SALUD TOTAL EPS AFP: COLPENSIONES ARP: ARL SURA CTA:

DATOS PARA LA CONTRATACION

LUGAR DE TRABAJO	IBAGUE	
LUGAR DONDE HA SIDO CONTRATADO	IBAGUE	
SALARIO	1,000,000	Mensual
AUXILIO LEGAL DE TRANSPORTE	102,854	
OTROS PAGOS SALARIALES	0.00	
OTROS PAGOS NO SALARIALES	0.00	
PERIODOS DE PAGO DEL SALARIO	MENSUAL	
CARGO PARA EL CUAL ES CONTRATADO	CONDUCTOR	
OBRA O LABOR DETERMINADA PARA LA CUAL SE CONTRATA	PLAN APOYO SECRETARIA DE SALUD	
MOTIVO QUE DA ORIGEN A LA OBRA O LABOR	PLAN APOYO OPERATIVO	
USUARIA A DONDE SE REMITE EL TRABAJADOR	MUNICIPIO DE IBAGUE	
FECHA DE INICIO DE LABORES	13 DE ABRIL DE 2020	
FECHA FIRMA DEL CONTRATO	08 DE ABRIL DE 2020	

Servicompetentes S.A.S

Certificado de Aptitud Laboral
Ingreso



Fecha: 08/Abr/2020, **Hora:** 08:41:42 a.m.
Apellido: LEYA ESTRADA **Nombre:** GERMAN ENRIQUE
Tipo Doc: CC **Nro Identidad:** 93120253
Empresa: TEMPORALES UNO A S.A.
Cargo: CONDUCTOR
Lugar:
Direccion: CALLE 86 NUMERO 2-100 AGUAS VERDES
Telefono: **Celular:** 3123375966 **Email:** GERMANLEYVA1962@GMAIL.COM
Ciudad: Tolima - Ibagué

HC: # 9941
Edad: 57 años
Sexo: Masculino
Nacim: 14/Nov/1962
Rh: A+
Estado Civil: Casado

Examenes Realizados
Examen Medico Ocupacional de Ingreso, Osteomuscular, VDRL Serologia

Concepto Médico para Examen de Ingreso
Cumple sin restricciones ☑ Cumple con restricciones ☐
Cual:

Concepto Médico para Examen de Alturas
Apto ☐ Aplazado ☐ No Apto ☐

Concepto Médico para Examen de Periódico
Puede continuar con su labor ☐ Requiere reubicación ☐
Incluir en SVE:

Concepto Médico para Examen de Retiro
Retiro sin Patología aparente ☐ Retiro con Patología para seguimiento en EPS ☐ ARL ☐
Cual:

Concepto Médico para Examen Especial

Observaciones Y Recomendaciones
1.Inducción En El Cargo, 2. Se Dan Recomendaciones Sobre Realización De Pausas Activas 3.Ejercicio Físico 3 Veces Por Semana. 4. Utilizar Epp Según La Exposición, Higiene Postural Y De Columna, Hábitos Saludables, Manejo Adecuado De Cargas. 5. Bajar De Peso Dieta Balanceada Uso De Protector Solar. Ropa Adecuada Para El Cargo, Fortalecimiento Muscular 6. Seguimiento O Valoración Nutrición De La Eps

CERTIFICO QUE NO HE OMITIDO INFORMACIÓN ACERCA DE MI ESTADO DE SALUD, TODO ES VERIDICO Y PUEDE SER CONFIRMADO.
LA HISTORIA CLINICA MÉDICA OCUPACIONAL, ES UN DOCUMENTO SOMETIDO A RESERVA DE INFORMACIÓN ESTRICTAMENTE CONFIDENCIAL, POR LO QUE LA CUSTODIA DE LAS HISTORIAS CLINICAS OCUPACIONALES, DOCUMENTOS, EXAMENES O VALORACIONES PARACLINICAS, ESTARA A CARGO DEL PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD OCUPACIONAL QUE LA GENERO EN EL CURSO DE LA ATENCIÓN, CUMPLIENDO LOS REQUISITOS Y PROCEDIMIENTOS DE ARCHIVO DE ACUERDO A LAS NORMAS LEGALES VIGENTES PARA LA HISTORIA CLINICA (RESOL. 2346/2007 Art. 16 RESOL. 1918/2009 Art. 17-1)

Gloria Cuentas M
Médico E.S.P. S.S.T
Reg. 024650
U. del Norte

GLORIA MARIA CUENTAS MOJICA
Medico Ocupacional
Lic. de S.O #: 024650 del 24 Diciembre de 2015
Registro #: 085316/2009

GERMAN ENRIQUE LEYA ESTRADA
CC 93120253

ARL | sura

Medellín, 08 de abril de 2020

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 TEMPORALES UNO A S.A que se encuentra EN COBERTURA.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificació	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante
Centro de trabajo:	0800113389 MUNICIPIO DE IBAGUE	Clase: 5		Porcentaje Cotización:	6,96 %
C93120253	LEYVA ESTRADA GERMAN ENRIQUE	13/04/2020		16435124	DEPENDIENTE

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 08/04/2020 11:17:03 .

Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados independientes.

Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 190.146.54.236, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4005049735	0|8|0|4|2|0|2|0

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

1.tipo de tramite	2.Tipo afiliacion		3.Regimen
A. Afiliación ☐ B.Reporte de Novedades ☒	B. Colectiva ☐	A. Individual: -Cotizante Cabeza de familia ☒ -Beneficiario afiliado adicional ☐ B. Institucional ☐ B. De oficio ☐	A.Contributivo ☒ B.Subsidiado ☐
4. Tipo de afiliado	**5. Tipo de cotizante**		**Codigo** (a registrar por la EPS) 1
A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐	A. Dependiente ☒ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐		

A. AFILIACIÓN

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

6.Apellidos y nombres			
LEYVA (Primer apellido)	ESTRADA (Segundo apellido)	GERMAN (Primer nombre)	ENRIQUE (Segundo nombre)
7.Tipo documento de identidad	**8.Número del documento de identidad**	**9.Sexo**	**10.Fecha de nacimiento**
CC	93120253	Femenino ☐ Masculino ☒	1|4|1|1|1|9|6|2

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11.Etnia	12.Discapacidad		13.Puntaje SISBEN	14.Grupe de poblacion especial
6	Tipo [F N P 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.	INSTITUTO DE SEGURO SOCIAL	1000000

18.Residencia

Direccion	Telefono fijo	Telefono celular	Correo electronico
CL 86 2 100		3123375966	GERMANLEYVA1962@GMAIL.COM

Municipio/Distrito	zone	Localidad / comuna	Departamento
IBAGUE	Urbana ☒ Rural ☐		TOLIMA

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** Femenino ☐ Masculino ☐	**23. Fecha de nacimiento**

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

Seleccion de la IPS Primaria

	34. Nombre de la Institucion Prestadora de Salud - IPS	Codigo de la IPS(a registrar per la EPS)
C	VS CADIZ - VS MACARENA	VSCADIZ - VSMACARENA
B	-	-
B	-	-
B	-	-

V. DATOS DE IDENTIFICACION DEL EMPLEADOR Y OTRDS 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 documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS)
TEMPORALES UNO A S.A	NIT	809000876	01

39.Ubicación

Direccion	Teléfono	Correo electrónico	Municipio/distrito	Departamento
CR 7 14 26 TERCER PI	2633856	CONTRATACION@TEMPORALESUNOA.COM.CO	IBAGUE	TOLIMA

No de Radicacion
4005049735

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 pare 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 pré-Pensionada
- ☐ 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 ☐ Mesculine ☐		1|3|0|4|2|0|2|0

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 documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- 49.☐ Declaración de no información 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 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 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 declaré el divorcio ,sentancia judicial para que declare la separación de cuerpos y escritura pública,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la union marital.
- ☐ 60. Copia cerificado de adopción o acta de entrega del menor
- ☐ 61.Copia orden judicial o acto administrativa de custodia.
- ☐ 62.Documento en que consta la perdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los padres
- ☐ 63.Copia de la autorizacion de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud
- ☐ 64.Certificación de vinculacion a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- ☐ 65.Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que consiste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

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

70. Datos funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

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

Observaciones

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

CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE FENALCO DEL TOLIMA
COMFENALCO TOLIMA
FORMULARIO DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN DE SUBSIDIO FAMILIAR
TRABAJADORES DEPENDIENTES
NIT. 890.700.148-4

1059000000143706

Antes de diligenciar este formulario lea las instrucciones que se encuentran al respaldo

Identificación

I. Información del Trabajador

1. T.D.	2. Número:	3. 1er. Apellido	2do. Apellido	1er. Nombre	2do. Nombre	4. Sexo
CC	93120253	LEYVA ESTRADA		GERMAN	ENRIQUE	M X

5. Fecha de Nacimiento (Año Mes Día)	6. Estado Civil	7. Nivel de Escolaridad	8. Discapacidad
1962-11-14	Soltero / Separado / Viudo / Casado X / Unión Libre	Ninguno / Primaria / Bachillerato / Técnico / Tecnológico / Profesional / Nombre Profesión	Tipo 4 Grado %

9. Dirección de residencia	Barrio	Municipio	Departamento
CL 86 2 100 BRR JARDIN		IBAGUE	

10. Tipo de Vivienda	11. Estrato	12. Teléfono	13. Celular	14. Correo Electrónico
Propia / Alquilada / Familiar		2616822	3123375966	

15. Pasaporte Nº.	Fecha de Vencimiento (Año Mes Día)	16. Pasatiempos
		Viajes / Pintura / Música / Danza / Cine / Manualidades / Informática / Teatro

17. Deportes	18. Información Caja anterior - Nombre
Fútbol / Natación / Bolos / Baloncesto / Tenis / Volleyball / Patinaje / Otros	Fecha de Ingreso: Año Mes Día — Fecha de Retiro: Año Mes Día

II. Otro Empleador (Solo en caso de que labore en una Empresa Diferente a la que reporta en el módulo VI)

19. T.A.	20. NIT	DV	21. Razón Social	22. Jornada (Número Horas Mensual)	23. Sector (Rural / Urbano)

24. Salario (Fijo / Variable)	básico $	Comisiones + Bonificaciones $	25. Cargo	26. Caja de Compensación

III. Información del Cónyuge o compañero(a) permanente

27. Cónyuge / Compañero(a)	28. T.D.	29. Número:	30. 1er. Apellido	2do. Apellido	1er. Nombre	2do. Nombre	31. Sexo (F / M)

32. Fecha de Nacimiento	33. Discapacidad (Tipo / Grado %)	34. Fecha de Inicio de relación marital	35. Nivel de Escolaridad (Ninguno / Primaria / Bachiller / Técnico / Tecnólogo / Profesional / Nombre Profesión)

36. Trabaja (Si / No)	37. T.D.	38. Nit	39. Razón Social	40. Recibe subsidio (Si / No)

41. Caja de Compensación	42. Horas Trabajadas	43. Salario (Fijo / Variable)	Básico $	Comisiones + Bonificaciones $	44. Cargo

IV. Datos del Grupo Familiar

45.	Documento		Nombres completos de beneficiarios				Sexo		Parentesco								Fecha nacimiento			Clase de subsidio	Subsidio para cuota
	TD	Número	1er. Apellido	2do. Apellido	1er. Nombre	2do. Nombre	M	F	Hijo	Hijastro	Padre	Madre	Padrastro	Madrastro	Abuelo	Otro	Año	Mes	Día	1 / 2 / 3	Cuota %
1																					
2																					
3																					
4																					
5																					

V. Escolaridad

	Número Documento	Nombre Institución donde estudio	Nivel de escolaridad	Calendario	Grado
1					
2					
3					
4					

VI. Información Laboral

47. T.D.	48. NIT	DV	49. Razón Social	50. Sucursal	51. Div. Administ.	52. Código Nómina
NI	809000876		TEMPORALES UNO A S A	1	00	

53. Fecha de ingreso a la Empresa	54. Tipo de Contrato	55. Cargo	56. Jornada (Número Horas Mensual)
2020-04-13	MISION	OTRO PERSONAL DE APOYO ADMINISTRATIVO NO CLASIFICADOS EN OTROS GRUPOS PRIMARIOS	240

57. Salario (Fijo / Variable N)	Básico $	Comisiones + Bonificaciones $	58. Tipo Vinculación	59. % Aportes
	1000000	0	DEPENDIENTE CAJA	CAJA UNIFICADO

Observaciones

Bajo la gravedad de juramento declaro que la información suministrada es cierta y ha sido revisada personalmente. Los documentos anexos que soportan esta inscripción, serán para el uso exclusivo de Comfenalco Tolima, motivo por el cual no se devolverán a la empresa ni al trabajador. Autorizo que la información sea verificada en cualquier momento por COMFENALCO TOLIMA.

Fecha Radicación 2020-04-08

Firma Autorizada y Sello de la Empresa

93'120.253 Espinal
Firma y C.C. del Trabajador

Firma y Sello de recibido por Comfenalco Tolima

Generado por Sisap Portal Caja

Colpensiones
Ven por tu futuro ya

El futuro es de todos

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

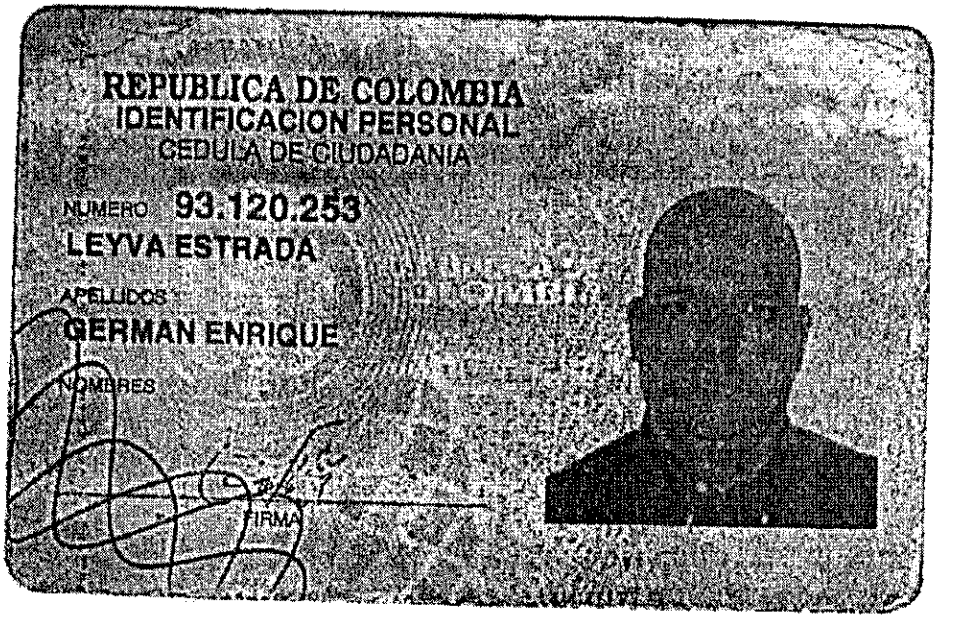
CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **GERMAN ENRIQUE LEYVA ESTRADA** identificado/a con documento de Identidad **Cédula de Ciudadanía** número **93120253,** se encuentra afiliado/a desde **01/10/2004** 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 31 de marzo de 2020.

Rosa Mercedes Niño 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.



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 93.120.253

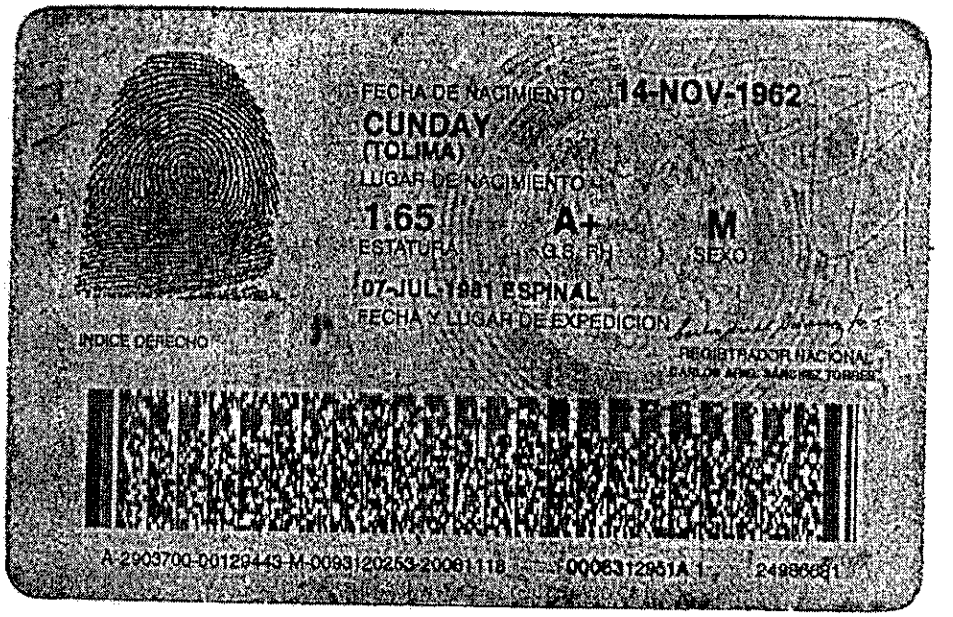
LEYVA ESTRADA

APELLIDOS

GERMAN ENRIQUE

NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 14-NOV-1962

CUNDAY
(TOLIMA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.65 A+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO

07-JUL-1981 ESPINAL
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

A-2003700-00129443-M-0093120253-20061118 0006312851A 1 2498868 1

TEMPORALES ®
UNO-A S.A.

R60707

"suministro de trabajadores en misión"

CONTRATO INDIVIDUAL DE TRABAJO DE DURACION POR LA OBRA O LABOR CONTRATADA

IB-041974

DATOS DE LA E.S.T. EMPLEADORA

NOMBRE DE LA EMPRESA	:TEMPORALES UNO-A S.A.
DOMICILIO SOCIAL Y DIRECCION	:IBAGUE, CRA 7 # 14-26 PISO 3
NIT	:809.000.876-1
REPRESENTANTE LEGAL	:NOLLY MERCEDES BELTRAN GALEANO
C.C.	:38.260.480 DE IBAGUE

DATOS DEL TRABAJADOR

NOMBRE	LOPERA LOZANO MARIA CAROLINA
No. IDENTIFICACION	65,552,635 , GUAMO Tel: 3112883834 Contrato:01
DOMICILIO Y RESIDENCIA	CRA 9 NO. 60-50 BL A6 APTO 301 PRADOS DEL NORTE
LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO	GUAMO, 22 DE JUNIO DE 1970

EPS: SANITAS EPS AFP: COLPENSIONES ARP: ARL SURA CTA:

DATOS PARA LA CONTRATACION

LUGAR DE TRABAJO	IBAGUE	
LUGAR DONDE HA SIDO CONTRATADO	IBAGUE	
SALARIO	3,000,000	Mensual
AUXILIO LEGAL DE TRANSPORTE	0	
OTROS PAGOS SALARIALES	0.00	
OTROS PAGOS NO SALARIALES	0.00	
PERIODOS DE PAGO DEL SALARIO	MENSUAL	
CARGO PARA EL CUAL ES CONTRATADO	AUDITOR	
OBRA O LABOR DETERMINADA PARA LA CUAL SE CONTRATA	PLAN APOYO SECRETAIRA DE SALUD	
MOTIVO QUE DA ORIGEN A LA OBRA O LABOR	PLAN APOYO OPERATIVO	
USUARIA A DONDE SE REMITE EL TRABAJADOR	MUNICIPIO DE IBAGUE	
FECHA DE INICIO DE LABORES	13 DE ABRIL DE 2020	
FECHA FIRMA DEL CONTRATO	07 DE ABRIL DE 2020	

Servicompetentes S.A.S

Certificado de Aptitud Laboral
Ingreso



Fecha: 07/Abr/2020. **Hora:** 07:45:44 a.m.
Apellido: LOPERA LOZANO **Nombre:** MARIA CAROLINA
Tipo Doc: CC **Nro Identidad:** 65552635
Empresa: TEMPORALES UNO A S.A.
Cargo: AUDITOR
Lugar:
Direccion: CRA9NA NO 60-50 BLOQUEA6APT 301
Telefono: **Celular:** 3112883834 **Email:** CARGUAMO@HOTMAIL.COM **Estado Civil:** Casado
Ciudad: Tolima - Ibagué

HC: # 9908
Edad: 49 años
Sexo: Femenino
Nacim: 22/Jun/1970
Rh: O+

Examenes Realizados

Serologia II, Examen Medico Ocupacional de Ingreso, Osteomuscular

Concepto Médico para Examen de Ingreso

Cumple sin restricciones ☑ Cumple con restricciones ☐

Cual:

Concepto Médico para Examen de Alturas

Apto ☐ Aplazado ☐ No Apto ☐

Concepto Médico para Examen de Periódico

Puede continuar con su labor ☐ Requiere reubicación ☐

Incluir en SVE.

Concepto Médico para Examen de Retiro

Retiro sin Patología aparente ☐ Retiro con Patología para seguimiento en EPS ☐ ARL ☐

Cual:

Concepto Médico para Examen Especial

Observaciones y Recomendaciones

1.Inducción En El Cargo 2.Se Dan Recomendaciones Sobre Realización De Pausas Activas 3.Ejercicio Fisico 3 Veces Por Semana. 4. Utilizar Epp Según La Exposición, Higiene Postural Y De Columna, Hábitos Saludables, 5. Dieta Balanceada Uso De Protector Solar. Ropa Adecuada Para El Cargo, Fortalecimiento Muscular

CERTIFICO QUE NO HE OMITIDO INFORMACIÓN ACERCA DE MI ESTADO DE SALUD, TODO ES VERIDICO Y PUEDE SER CONFIRMADO

LA HISTORIA CLINICA MÉDICA OCUPACIONAL, ES UN DOCUMENTO SOMETIDO A RESERVA DE INFORMACIÓN ESTRICTAMENTE CONFIDENCIAL, POR LO QUE LA CUSTODIA DE LAS HISTORIAS CLINICAS OCUPACIONALES, DOCUMENTOS, EXAMENES O VALORACIONES PARACLINICAS, ESTARA A CARGO DEL PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD OCUPACIONAL QUE LA GENERO EN EL CURSO DE LA ATENCIÓN, CUMPLIENDO LOS REQUISITOS Y PROCEDIMIENTOS DE ARCHIVO DE ACUERDO A LAS NORMAS LEGALES VIGENTES PARA LA HISTORIA CLINICA (RESOL. 2346/2007 Art. 16 RESOL. 1918/2009 Art. 17-1)

Gloria Cuentas M.
Gloria Cuentas M
Médico P.S.O. S.M.T
Cop. 024650
U. del Norte

GLORIA MARIA CUENTAS MOJICA
Medico Ocupacional
Lic. de S.O #: 024650 del 24 Diciembre de 2015
Registro #: 085316/2009

María Lopera

MARIA CAROLINA LOPERA LOZANO
CC 65552635

ARL | sura

Medellín, 07 de abril de 2020

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 TEMPORALES UNO A S.A que se encuentra EN COBERTURA.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificació	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante
Centro de trabajo:	0800113389 MUNICIPIO DE IBAGUE	Clase: 5		Porcentaje Cotización:	6,96 %
C65552635	LOPERA LOZANO MARIA CAROLINA	13/04/2020		6167GNAx	DEPENDIENTE

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGURDS 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 07/04/2020 16:06:31 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 190.146.54.236, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

EPS Sanitas

128984340

1. Tipo de Trámite

2. Tipo de Afiliación

3. Régimen

4. Tipo de Afiliado

5. Tipo de Cotizante

A. AFILIACIÓN

6. Apellidos y nombres

Primer Apellido: Lopera | Segundo Apellido: Lozano | Primer Nombre: Maira | Segundo Nombre: Carolina

7. Tipo de documento de identidad: CC

8. Número del documento de identidad: 65.552.635

9. Sexo: F

10. Fecha de nacimiento: 22 06 1970

11. Etnia

12. Discapacidad: Tipo F N M T P — Condición T P

13. Puntaje SISBEN

14. Grupo de población especial

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL: S/N

16. Administradora de Pensiones

17. Ingreso Base de cotización - IBC: 3.000.000

18. Residencia

Dirección: Carrera 9 Nº 60-50 Bloque A6 Apt 301 Piedra del Norte

Teléfono Celular: 3112883804

Correo Electrónico

Código Postal

Ubicación: Urbana

Localidad / Comuna

Departamento: Tolima

Municipio: Ibagué

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

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

24. Apellidos y nombres

Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre

01
02
03
04
05

Datos Complementarios

25. Tipo de documento de identidad | 26. Número del documento de identidad | 27. Sexo | 28. Fecha de nacimiento | 29. Parentesco

01
02
03
04
05

30. Línea | 31. Discapacidad | 32. Datos de Residencia | 33. Valor de la UPC adicional o Aporte de Solidaridad de la EPS

01 F N M T P
02 F N M T P
03 F N M T P
04 F N M T P
05 F N M T P

Departamento | Municipio | Localidad / Comuna | Dirección | Teléfono

E. EPS o Entidad Adaptada o Administradora de Régimen Especial de Salud

EPS otro Medico Ibague - Informada via

F.

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

Scanned with CamScanner

Temporalidad A — 809.000.916-1

Cam 1 N= 14-26 — Año 2 — 2616578

Ibague Tolima

8 REPORTE DE NOVEDADES

13 EPS (origen)

34 Motivo de traslado

42 Fecha 13 04 2020

Ana Carolina Lopera

E.P.S. Sanitas

OFICINA IBAGUE

Recibido por: Luz Elena Villada

Fecha 13-04-2020 Hora 8:02 a.m.

Luz Elena Villada. Gestor

Scanned with CamScanner

Colpensiones
Vamos por su futuro

El futuro es de todos

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **MARIA CAROLINA LOPERA LOZANO** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía número 65552635**, se encuentra afiliado/a desde **10/03/1993** 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 31 de marzo de 2020.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Rosa Mercedes Niño 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.

CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE FENALCO DEL TOLIMA
COMFENALCO TOLIMA
FORMULARIO DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN DE SUBSIDIO FAMILIAR
TRABAJADORES DEPENDIENTES
NIT. 890.700.148-4

1059000000143670

Antes de diligenciar este formulario lea las instrucciones que se encuentran al respaldo

I. Información del Trabajador

Identificación

1. T.D.	2. Número	3. 1er. Apellido	2do. Apellido	1er. Nombre	2do. Nombre	4. Sexo
CC	65552635	LOPERA	LOZANO	MARIA	CAROLINA	F X M

5. Fecha de Nacimiento (Año Mes Día)	6. Estado Civil	7. Nivel de Escolaridad	8. Discapacidad
1970-06-22	Soltero / Casado / Separado / Unión Libre X / Viudo	Ninguno / Primaria / Bachillerato / Técnico / Tecnológico / Profesional — Nombre Profesión	Tipo 4 Grado %

9. Dirección de residencia	Barrio	Municipio	Departamento
CR 9 60 50 B A 6 AP 301		IBAGUE	

10. Tipo de Vivienda	11. Estrato	12. Teléfono	13. Celular	14. Correo Electrónico
Propia / Alquilada / Familiar		2772631	3112883834	

15. Pasaporte No.	Fecha de Vencimiento (Año Mes Día)	16. Pasatiempos
		Viajes / Pintura / Música / Danza / Cine / Manualidades / Informática / Teatro

17. Deportes	18. Información Caja anterior - Nombre
Fútbol / Natación / Bolos / Baloncesto / Tenis / Volleyball / Patinaje / Otros	Fecha de Ingreso: Año Mes Día — Fecha de Retiro: Año Mes Día

II. Otro Empleador (Solo en caso de que labore en una Empresa Diferente a la que reporta en el módulo VI)

19. T.D.	20. NIT	DV	21. Razón Social	22. Jornada (Número Horas Mensual)	23. Sector (Rural / Urbano)

24. Salario (Básico $ / Comisiones + Bonificaciones $)	25. Cargo	26. Caja de Compensación
Fijo / Variable		

III. Información del Cónyuge o compañero(a) permanente

27. Cónyuge / Compañero(a)	28. T.D.	29. Número	30. 1er. Apellido	2do. Apellido	1er. Nombre	2do. Nombre	31. Sexo F M

32. Fecha de Nacimiento	33. Discapacidad (Tipo / Grado %)	34. Fecha de Inicio de relación marital	35. Nivel de Escolaridad (Ninguno / Primaria / Bachiller / Técnico / Tecnólogo / Profesional) — Nombre Profesión

36. Trabaja (SI / No)	37. T.D.	38. NIL	39. Razón Social	40. Recibe subsidio (SI / No)

41. Caja de Compensación	42. Horas Trabajadas	43. Salario (Fijo / Variable)	Básico $	Comisiones + Bonificaciones $	44. Cargo

IV. Datos del Grupo Familiar

Nro	Documento: TD	Documento: Número	Nombres completos de beneficiarios: 1er. Apellido	2do. Apellido	1er. Nombre	2do. Nombre	Sexo: M	Sexo: F	Parentesco: Hijastro	Parentesco: Padrastro	Parentesco: Hijo	Parentesco: Padre	Parentesco: Hermano	Parentesco: Nieto	Fecha nacimiento: Año	Fecha nacimiento: Mes	Fecha nacimiento: Día	Discapacidad: Tipo	Discapacidad: Grado %	Subsidio otra caja
1																				
2																				
3																				
4																				
5																				

V. Escolaridad

Nro	Número Documento	Nombre Institución donde estudie	Nivel de escolaridad	Calendario	Grado
1					
2					
3					
4					

VI. Información Laboral

47. T.D.	48. NIT	DV	49. Razón Social	50. Sucursal	51. Div. Admitiva	52. Código Nomina
NI	809000876		TEMPORALES UNO A S A	1	00	

53. Fecha de ingresa a la Empresa	54. Tipo de Contrato	55. Cargo	56. Jornada (Número Horas Mensual)
2020-04-13	MISION	OTRO PERSONAL DE APOYO ADMINISTRATIVO NO CLASIFICADOS EN OTROS GRUPOS PRIMARIOS	240

57. Salario (Fijo / Variable N)	Básico $	Comisiones + Bonificaciones $	58. Tipo Vinculación	59. % Aportes
	3000000	0	DEPENDIENTE CAJA	CAJA UNIFICADO

Observaciones:

Bajo la gravedad de juramento declara que la información suministrada es cierta y ha sido revisada personalmente. Los documentos anexos que soportan esta inscripción, serán para el uso exclusivo de Comfenalco Tolima; motivo por el cual no se devolverán a la empresa ni al trabajador. Autoriza que la información sea verificada en cualquier momento por COMFENALCO TOLIMA.

Fecha Radicación 2020-04-07

Firma Autorizada y Sello de la Empresa

Firma y C.C. del Trabajador

Firma y Sello de recibido por Comfenalco Tolima

Generado por Sirius Vertical Caja

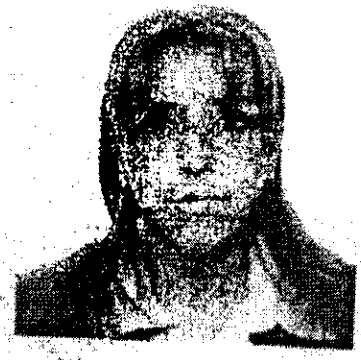
REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **65.552.635**

LOPERA LOZANO
APELLIDOS

MARIA CAROLINA
NOMBRES

María Carolina Lopera L.
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **22-JUN-1970**

GUAMO
(TOLIMA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

06-FEB-1989 GUAMO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-2900100-00179923-F-0065552635-20090920 0016331930A 1 32215383

TEMPORALES UNO-A S.A.

R60707

SGS
"suministro de trabajadores en misión"

CONTRATO INDIVIDUAL DE TRABAJO DE DURACION POR LA OBRA O LABOR CONTRATADA

IB-041977

DATOS DE LA E.S.T. EMPLEADORA

NOMBRE DE LA EMPRESA	:TEMPORALES UNO-A S.A.
DOMICILIO SOCIAL Y DIRECCION	:IBAGUE, CRA 7 # 14-26 PISO 3
NIT	:809.000.876-1
REPRESENTANTE LEGAL	:NOLLY MERCEDES BELTRAN GALEANO
C.C.	:38.260.480 DE IBAGUE

DATOS DEL TRABAJADOR

NOMBRE	MARIN ARTEAGA YENNI NATALY
No. IDENTIFICACION	1,121,507,243 , SANTIAGO Tel: 3168267685 Contrato:01
DOMICILIO Y RESIDENCIA	TORREON SANTA ANA TORRE 6 APTO. 404 BARRIO UNICC
LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO	SANTIAGO, 07 DE AGOSTO DE 1991

EPS: SANITAS EPS AFP: PORVENIR S.A. ARP: ARL SURA CTA:

DATOS PARA LA CONTRATACION

LUGAR DE TRABAJO	IBAGUE	
LUGAR DONDE HA SIDO CONTRATADO	IBAGUE	
SALARIO	2,300,000	Mensual
AUXILIO LEGAL DE TRANSPORTE	0	
OTROS PAGOS SALARIALES	0.00	
OTROS PAGOS NO SALARIALES	0.00	
PERIODOS DE PAGO DEL SALARIO	MENSUAL	
CARGO PARA EL CUAL ES CONTRATADO	ENFERMERA PROFESIONAL	
OBRA O LABOR DETERMINADA PARA LA CUAL SE CONTRATA	PLAN APOYO SECRETAIRA DE SALUD	
MDTIVO QUE DA ORIGEN A LA OBRA O LABOR	PLAN APOYO OPERATIVO	
USUARIA A DONDE SE REMITE EL TRABAJADOR	MUNICIPIO DE IBAGUE	
FECHA DE INICIO DE LABORES	13 DE ABRIL DE 2020	
FECHA FIRMA DEL CDNTRATO	07 DE ABRIL DE 2020	

Servicompetentes S.A.S

Certificado de Aptitud Laboral
Ingreso



Fecha: 07/Abr/2020, **Hora:** 09:09:54 a.m.
Apellido: MARIN ARTEAGA **Nombre:** YENNI NATALIA
Tipo Doc: CC **Nro Identidad:** 1121507243
Empresa: TEMPORALES UNO A S.A.
Cargo: ENFERMERA PROFESIONAL
Lugar:
Direccion: TORREON SANTA ANA TORRE 6APT 404
Telefono: **Celular:** 31698267685 **Email:** NATIS-717@HOTMAIL.COM **Estado Civil:** Casado
Ciudad: Tolima - Ibagué

HC: # 9919
Edad: 28 años
Sexo: Femenino
Nacim: 07/Ago/1991
Rh: N A

Examenes Realizados
Serologia II, Examen Medico Ocupacional de Ingreso, Osteomuscular

Concepto Medico para Examen de Ingreso
Cumple sin restricciones ☑ Cumple con restricciones ☐
Cual:

Concepto Médico para Examen de Alturas
Apto ☐ Aplazado ☐ No Apto ☐

Concepto Médico para Examen de Periódico
Puede continuar con su labor ☐ Requiere reubicación ☐
Incluir en SVE:

Concepto Médico para Examen de Retiro
Retiro sin Patología aparente ☐ Retiro con Patología para seguimiento en EPS ☐ ARL ☐
Cual:

Concepto Médico para Examen Especial

Observaciones y Recomendaciones
1.Inducción En El Cargo, 2. Se Dan Recomendaciones Snbre Realización De Pausas Activas 3.Ejercicio Físico 3 Veces Por Semana. 4. Utilizar Epp Según La Exposición, Higiene Postural Y De Columna, Háhitos Saludables, Manejo Adecuado De Cargas. 5. Bajar De Peso Dieta Balanceada Uso De Protector Solar. Ropa Adecuada Para El Cargo, Fortalecimiento Muscular 6. Seguimiento O Valoración Nutrición De La Eps

CERTIFICO QUE NO HE OMITIDO INFORMACIÓN ACERCA DE MI ESTADO DE SALUD, TODO ES VERIDICO Y PUEDE SER CONFIRMADO.
LA HISTORIA CLINICA MÉDICA OCUPACIONAL, ES UN DOCUMENTO SOMETIDO A RESERVA DE INFORMACIÓN ESTRICTAMENTE CONFIDENCIAL, POR LO QUE LA CUSTODIA DE LAS HISTORIAS CLINICAS OCUPACIONALES, DOCUMENTOS, EXAMENES O VALORACIONES PARACLINICAS, ESTARÁ A CARGO DEL PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD OCUPACIONAL QUE LA GENERO EN EL CURSO DE LA ATENCIÓN, CUMPLIENDO LOS REQUISITOS Y PROCEDIMIENTOS DE ARCHIVO DE ACUERDO A LAS NORMAS LEGALES VIGENTES PARA LA HISTORIA CLINICA (RESOL. 2346/2007 Art. 16 RESOL. 1918/2009 Art. 17-1)

Tarjeta Cuentas M
Medico S.O.
Reg. 085316/09
U. del Norte

GLORIA MARIA CUENTAS MOJICA
Medico Ocupacional
Lic. de S.O #: 024650 del 24 Diciembre de 2015
Registro #: 085316/2009

Yenni Marin

YENNI NATALIA MARIN ARTEAGA
CC 1121507243

ARL | sura

Medellín, 07 de abril de 2020

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 TEMPORALES UNO A S.A que se encuentra EN COBERTURA.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificació	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante
Centro de trabajo: 0800113389 MUNICIPIO DE IBAGUE		Clase: 5		Porcentaje Cotización: 6,96 %	
C112150724 3	MARIN ARTEAGA YENNI NATALY	13/04/2020		124²174Z	DEPENDIENTE

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A asi 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 07/04/2020 16:55:46 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 190.146.54.236, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

FORMULARIO UNICO DE [illegible] REGISTRO

Sanitas

Marin Arteaga

1.121.507.243

Sura

Tomeon Santa Ana

3168267685

Bogue

EPS sura Medicina Legal - Cruces

Yenn Nataly Mora A

E.P.S. Sanitas

OFICINA IBAGUE

Recibido: Luis Hernando Pillado

Hora: 12-4-2024 8:06

Luis Hernando Pillado Cubo

Scanned with CamScanner

CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE FENALCO DEL TOLIMA
COMFENALCO TOLIMA
FORMULARIO DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN DE SUBSIDIO FAMILIAR
TRABAJADORES DEPENDIENTES
NIT. 890.700.148-4

1059000000143698

Antes de diligenciar este formulario lea las instrucciones que se encuentran al respaldo

I. Información del Trabajador

Identificación

T.D.	2. Número	3. 1er. Apellido	2do. Apellido	1er. Nombre	2do. Nombre	4. Sexo
CC	1121507243	MARIN ARTEAGA		YENNI	NATALY	F X M

5. Fecha de Nacimiento: Año 1991 Mes 08 Día 07

6. Estado Civil: Soltero X Separado Viudo Casado Unión Libre

7. Nivel de Escolaridad: Ninguno Bachillerato Tecnológico Profesional Primaria Técnico Nombre Profesión

8. Discapacidad: Tipo 4 Grado %

9. Dirección de residencia: TO 6 AP 404 BRR SANTA ANA

Barrio: IBAGUE Municipio: Departamento:

10. Tipo de Vivienda: Propia Alquilada Familiar

11. Estrato:

12. Teléfono: 2633856

13. Celular: 3168267685

14. Correo Electrónico:

15. Pasaporte No.: Fecha de Vencimiento: Año Mes Día

16. Pasatiempos: Viajes Pintura Música Danza Cine Manualidades Informática Teatro

17. Deportes: Fútbol Natación Bolos Baloncesto Tenis Volleyball Patinaje Otros

18. Información Caja anterior - Nombre:

Fecha de Ingreso: Año Mes Día Fecha de Retiro: Año Mes Día

II. Otro Empleador (Solo en caso de que labore en una Empresa Diferente a la que reporta en el módulo VI)

19. T.D.	20. NIT	DV	21. Razón Social	22. Jornada (Número Horas Mensual)	23. Sector (Rural / Urbano)

24. Salario: Básico $ Comisiones + Bonificaciones $ Fijo Variable

25. Cargo:

26. Caja de Compensación:

III. Información del Cónyuge o compañero(a) permanente

27. Cónyuge / Compañero(a)	28. T.D.	29. Número	30. 1er. Apellido	2do. Apellido	1er. Nombre	2do. Nombre	31. Sexo
							F M

32. Fecha de Nacimiento:

33. Discapacidad: Tipo Grado %

34. Fecha de Inicio de relación marital:

35. Nivel de Escolaridad: Ninguno Bachiller Tecnólogo Primaria Técnico Profesional Nombre Profesión

36. Trabaja	37. T.D.	38. Nit	39. Razón Social	40. Recibe subsidio
Si No				S. No

41. Caja de Compensación:

42. Horas Trabajadas:

43. Salario: Fijo Variable $ Básico $ Comisiones + Bonificaciones $

44. Cargo:

IV. Datos del Grupo Familiar

45.	Documento TD	Documento Número	Nombres completos de beneficiarios: 1er. Apellido	2do. Apellido	1er. Nombre	2do. Nombre	Sexo M	Sexo F	Parentesco: Hijo	Hijastro	Padre	Padrastro	Hermano	Abuelo	Nieto	Otro	Fecha nacimiento: Año	Mes	Día	Discapacidad: Tipo	Grado %	Subsidio otra caja
1																						
2																						
3																						
4																						
5																						

V. Escolaridad

	Número Documento	Nombre Institución donde estudia	Nivel de escolaridad	Calendario	Grado
1					
2					
3					
4					

VI. Información Laboral

47. T.D.	48. NIT	DV	49. Razón Social	50. Sucursal	51. Dep. Admiva	52. Cargo Técnico
NI	809000876		TEMPORALES UNO A S A	1	00	

53. Fecha de Ingreso a la Empresa	54. Tipo de Contrato	55. Cargo	56. Jornada (Número Horas Mensual)
2020-04-13	MISION	DTRO PERSONAL DE APOYO ADMINISTRATIVO NO CLASIFICADOS EN OTROS GRUPOS PRIMARIOS	240

57. Salario: Fijo Variable N Básico $ 2300000 Comisiones + Bonificaciones $ 0

58. Tipo Vinculación: DEPENDIENTE CAJA

59. % Aporteb: CAJA UNIFICADO

Observaciones:

Bajo la gravedad de juramento declaro que la información suministrada es cierta y ha sido revisada personalmente. Los documentos anexos que soportan esta inscripción, serán para el uso exclusivo de Comfenalco Tolima; motivo por el cual no se devolverán a la empresa ni al trabajador. Autorizo que la información sea verificada en cualquier momento por COMFENALCO TOLIMA.

Fecha Radicación 2020-04-08

Firma Autorizada y Sello de la Empresa

Firma y C.C. del Trabajador

Firma y Sello de recibido por Comfenalco Tolima

Generado por Sitio Virtual Caja

porvenir
sólo hay uno

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

En su condición de vocero legal del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-6

CERTIFICA QUE:

YENNI NATALY MARIN ARTEAGA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.121.507.243**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir.**

La presente certificación se expide el 01 de Abril del 2020.

Cordialmente,

Vicepresidente de Clientes y Operaciones

Tenga en cuenta:

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

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.121.507.243

MARIN ARTEAGA

APELLIDOS

YENNI NATALY

NOMBRES

Nataly Marin

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 07-AGO-1991

SANTIAGO
(PUTUMAYO)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.47	O+	F
ESTATURA	G.S RH	SEXO

08-AGO-2009 SANTIAGO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

A-6401600-00375198-F-1121507243-20120511 0029870238A 1 25628038

TEMPORALES UNO-A S.A.

R60707

SGS
"suministro de trabajadores en misión"

CONTRATO INDIVIDUAL DE TRABAJO DE DURACION POR LA OBRA O LABOR CONTRATADA

IB-041982

DATOS DE LA E.S.T. EMPLEADORA

NOMBRE DE LA EMPRESA	:TEMPORALES UNO-A S.A.
DOMICILIO SOCIAL Y DIRECCION	:IBAGUE, CRA 7 # 14-26 PISO 3
NIT	:809.000.876-1
REPRESENTANTE LEGAL	:NOLLY MERCEDES BELTRAN GALEANO
C.C.	:38.260.480 DE IBAGUE

DATOS DEL TRABAJADOR

NOMBRE	MONROY CARMONA SANDRA MILENA
No. IDENTIFICACION	39,625,910 , FUSAGASUGA Tel: 3219010431 Contrato:04
DOMICILIO Y RESIDENCIA	CRA 4B BIS NO. 29-22 HIPÓDROMO
LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO	FUSAGASUGA, 11 DE NOVIEMBRE DE 1975

EPS: SANITAS EPS AFP: PORVENIR S.A. ARP: ARL SURA CTA:

DATOS PARA LA CONTRATACION

LUGAR DE TRABAJO	IBAGUE	
LUGAR DONDE HA SIDO CONTRATADO	IBAGUE	
SALARIO	1,300,000	Mensual
AUXILIO LEGAL DE TRANSPORTE	102,854	
OTROS PAGOS SALARIALES	0.00	
OTROS PAGOS NO SALARIALES	0.00	
PERIODOS DE PAGO DEL SALARIO	MENSUAL	
CARGO PARA EL CUAL ES CONTRATADO	AUXILIAR ENFERMERIA	
OBRA O LABOR DETERMINADA PARA LA CUAL SE CONTRATA	PLAN APOYO SECRETARIA DE SALUD	
MOTIVO QUE DA ORIGEN A LA OBRA O LABOR	PLAN APOYO OPERATIVO	
USUARIA A DONDE SE REMITE EL TRABAJADOR	MUNICIPIO DE IBAGUE	
FECHA DE INICIO DE LABORES	13 DE ABRIL DE 2020	
FECHA FIRMA DEL CONTRATO	07 DE ABRIL DE 2020	

Servicompetentes S.A.S

Certificado de Aptitud Laboral
Ingreso



Fecha: 07/Abr/2020, **Hora:** 09:29:36 a.m.
Apellido: MONROY CARMONA **Nombre:** SANDRA MILENA
Tipo Doc: CC **Nro Identidad:** 39625910
Empresa: TEMPORALES UNO A S.A.
Cargo: AUX. DE ENFERMERIA
Lugar:
Direccion: HIPODROMO CRA 4B VIS NO 29-22
Telefono: **Celular:** 3219010431 **Email:** SANDRA39625910@GMAIL.COM **Estado Civil:** Soltero
Ciudad: Tolima - Ibagué

HC: # 9923
Edad: 44 años
Sexo: Femenino
Nacim: 11/Nov/1975
Rh: O+

Examenes Realizados

Serologia II, Examen Medico Ocupacional de Ingreso, Osteomuscular

Concepto Medico para Examen de Ingreso

Cumple sin restricciones ☑ Cumple con restricciones ☐
Cual:

Concepto Médico para Examen de Altura

Apto ☐ Aplazado ☐ No Apto ☐

Concepto Médico para Examen de Periódico

Puede continuar con su labor ☐ Requiere reubicación ☐
Incluir en SVE:

Concepto Médico para Examen de Retiro

Retiro sin Patologia aparente ☐ Retiro con Patologia para seguimiento en EPS ☐ ARL ☐
Cual:

Concepto Médico para Examen Especial

Observaciones y Recomendaciones

1.Inducción En El Cargo, 2. Se Dan Recomendaciones Sobre Realización De Pausas Activas 3.Ejercicio Fisico 3 Veces Por Semana, 4. Utilizar Epp Según La Exposición, Higiene Postural Y De Columna, Hábitos Saludables, Manejo Adecuado De Cargas. 5. Bajar De Peso Dieta Balanceada Uso De Protector Solar. Ropa Adecuada Para El Cargo, Fortalecimiento Muscular 6. Seguimiento O Valoración Nutrición De La Eps

CERTIFICO QUE NO HE OMITIDO INFORMACIÓN ACERCA DE MI ESTADO DE SALUD, TODO ES VERIDICO Y PUEDE SER CONFIRMADO
LA HISTORIA CLINICA MÉDICA OCUPACIONAL, ES UN DOCUMENTO SOMETIDO A RESERVA DE INFORMACIÓN ESTRICTAMENTE CONFIDENCIAL, POR LO QUE LA CUSTODIA DE LAS HISTORIAS CLINICAS OCUPACIONALES, DOCUMENTOS, EXAMENES O VALORACIONES PARACLINICAS, ESTARA A CARGO DEL PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD OCUPACIONAL QUE LA GENERO EN EL CURSO DE LA ATENCIÓN, CUMPLIENDO LOS REQUISITOS Y PROCEDIMIENTOS DE ARCHIVO DE ACUERDO A LAS NORMAS LEGALES VIGENTES PARA LA HISTORIA CLINICA (RESOL. 2346/2007 Art. 16 RESOL. 1918/2009 Art. 17-1)

Gloria Cuentas M.
Medico Ocupacional
Lic. de S.O #: 024650 del 24 Diciembre de 2015
Registro #: 085316/2009

GLORIA MARIA CUENTAS MOJICA

SANDRA MILENA MONROY CARMONA
CC 39625910

ARL | sura

Medellín, 07 de abril de 2020

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 TEMPORALES UNO A S.A que se encuentra EN COBERTURA.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificació	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante
Centro de trabajo:	0800113389 MUNICIPIO DE IBAGUE	Clase: 5		Porcentaje Cotización:	6,96 %
C39625910	MONROY CARMONA SANDRA MILENA	13/04/2020		U1252473	DEPENDIENTE

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validaz 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 le base de datos el 07/04/2020 17:47:11 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes da retiro.

Dirección IP: 190.146.54.236, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

128934215

Scanned with CamScanner

Tolimpalos, Ltda A 809.000.576-1

Cra 7 No 10-26 Piso 3 2616521

Ibagué Tolima

EL REPORTE DE SOLEDAD

13 04 2020

Dr(a) Hilda Ricaurte Galvan

E.P.S. Sanitas

OFICINA IBAGUE

Recibido por: Luz C. Rios Pulido

Fecha: 13/4/20 Hora: 8:00 am

Luz Clem. Villada Cortes

Scanned with CamScanner

CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE FENALCO DEL TOLIMA
COMFENALCO TOLIMA
FORMULARIO DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN DE SUBSIDIO FAMILIAR
TRABAJADORES DEPENDIENTES
NIT. 890.700.148-4

1059000000143702

Antes de diligenciar este formulario lea las instrucciones que se encuentran al respaldo

I. Información del Trabajador

Identificación

1. T.D.	2. Número:	3. 1er. Apellido	2do. Apellido	1er. Nombre	2do. Nombre	4. Sexo F M
CC	39625910	MONROY	CARMONA	SANDRA	MILENA	X

5. Fecha de Nacimiento: Año 1975 Mes 11 Día 11

6. Estado Civil: Soltero ___ Separado ___ Viudo ___ Casado ___ Unión Libre X

7. Nivel de Escolaridad: Ninguno ___ Primaria ___ Bachillerato ___ Técnico ___ Tecnológico ___ Profesional ___ Nombre Profesión ___

8. Discapacidad: Tipo 4 Grado %

9. Dirección de residencia: CL 11 A 10 23 PRIMAVERA — Barrio: PRIMAVERA — Municipio: ___ — Departamento: ___

10. Tipo de Vivienda: Propia ___ Alquilada ___ Familiar ___

11. Estrato: ___ 12. Teléfono: ___ 13. Celular: 3219010431 14. Correo Electrónico: ___

15. Pasaporte No.: ___ Fecha de Vencimiento: Año ___ Mes ___ Día ___

16. Pasatiempos: Viajes ___ Pintura ___ Música ___ Danza ___ Cine ___ Manualidades ___ Informática ___ Teatro ___

17. Deportes: Futbol ___ Natación ___ Bolas ___ Baloncesto ___ Tenis ___ Volleyball ___ Patinaje ___ Otros ___

18. Información Caja anterior - Nombre: ___ Fecha de Ingreso: Año ___ Mes ___ Día ___ Fecha de Retiro: Año ___ Mes ___ Día ___

II. Otro Empleador (Solo en caso de que labore en una Empresa Diferente a la que reporta en el módulo VI)

19. T.D.	20. NIT	DV	21. Razón Social	22. Jornada: Número Horas Mensual	23. Sector: Rural Urbano

24. Salario: Básico $ ___ Comisiones + Bonificaciones $ ___ Fijo ___ Variable ___ 25. Cargo: ___ 26. Caja de Compensación: ___

III. Información del Cónyuge o compañero(a) permanente

27. Cónyuge Compañero(a)	28. T.D.	29. Número:	30. 1er. Apellido	2do. Apellido	1er. Nombre	2do. Nombre	31. Sexo F M

32. Fecha de Nacimiento: ___ 33. Discapacidad: Tipo ___ Grado ___ % 34. Fecha de Inicio de relación marital: ___ 35. Nivel de Escolaridad: Ninguna ___ Primaria ___ Bachiller ___ Técnico ___ Tecnólogo ___ Profesional ___ Nombre Profesión ___

36. Trabaja: SI ___ NO ___ 37. T.D. ___ 38. Nit. ___ 39. Razón Social: ___ 40. Recibe subsidio: SI ___ NO ___

41. Caja de Compensación: ___ 42. Horas Trabajadas: ___ 43. Salario: Fijo ___ Variable ___ Básico $ ___ Comisiones + Bonificaciones $ ___ 44. Cargo: ___

IV. Datos del Grupo Familiar

45.	Documento: TD	Número	Nombres completos de beneficiarios: 1er. Apellido	2do. Apellido	1er. Nombre	2do. Nombre	Sexo: M	F	Parentesco: Hijo	Hijastro	Padre	Madrastra	Cónyuge	Compañero(a) permanente	Fecha nacimiento: Año	Mes	Día	Discapacidad	Subsidio adicional
1																			
2																			
3																			
4																			
5																			

V. Escolaridad

	Número Documento	Nombre Institución donde estudia	Nivel de escolaridad	Calendaria	Grado
1					
2					
3					
4					

VI. Información Laboral

47. T.D.	48. NIT	DV	49. Razón Social	50. Sucursal	51. Div. Administrativa	52. Código Referencia
NI	809000876		TEMPORALES UNO A S A	1	00	

53. Fecha de ingreso a la Empresa: 2020-04-13 — 54. Tipo de Contrato: MISION — 55. Cargo: OTRO PERSONAL DE APOYO ADMINISTRATIVO NO CLASIFICADOS EN OTROS GRUPOS PRIMARIOS — 56. Jornada Número Horas Mensual: 240

57. Salario: Fijo ___ Variable N — Básico $ 1300000 — Comisiones + Bonificaciones $ 0 — 58. Tipo Vinculación: DEPENDIENTE CAJA — 59. % Aportes: CAJA UNIFICADO

Observaciones:

Baja la gravedad de juramento declara que la información suministrada es cierta y ha sido revisada personalmente. Los documentos anexos que soportan esta inscripción, serán para el uso exclusivo de Comfenalco Tolima, motivo por el cual no se Devolverán a la empresa ni al trabajador. Autoriza que la información sea verificada en cualquier momento por COMFENALCO TOLIMA.

Fecha Radicación: 2020-04-08

Firma Autorizada y Sello de la Empresa

Firma y C.C. del Trabajador

Firma y Sello de recibido por Comfenalco Tolima

Generado por Sitio Virtual Caja

porvenir

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS PORVENIR S.A.
En su condición de administradora del
FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR
NIT 800.224 808-8

CERTIFICA QUE:

SANDRA MILENA MONROY CARMONA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **39.625.910**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir.**

La presente certificación se expide el 01 de Abril del 2020.

Cordialmente,

Vicepresidente de Clientes y Operaciones

Tenga en cuenta:

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

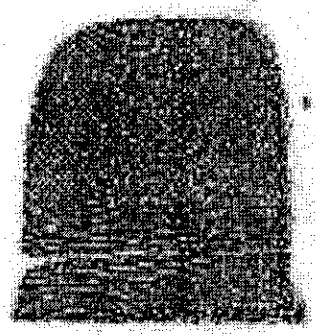
REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 39.625.910
MONROY CARMONA

APELLIDOS
SANDRA MILENA

NOMBRES





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 11-NOV-1975
FUSAGASUGA
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.57 m | O+ | F
ESTATURA | G.S. RH | SEXO

20-JUN-1994 FUSAGASUGA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

A-1500100-00007781-F-0039625910-2008XG12 0000284574A 2 1880017073

TEMPORALES UNO-A S.A.

R60707

SGS
"suministro de trabajadores en misión"

CONTRATO INDIVIDUAL DE TRABAJO DE DURACION POR LA OBRA O LABOR CONTRATADA

IB-041971

DATOS DE LA E.S.T. EMPLEADORA

NOMBRE DE LA EMPRESA	:TEMPORALES UNO-A S.A.
DOMICILIO SOCIAL Y DIRECCION	:IBAGUE, CRA 7 # 14-26 PISO 3
NIT	:809.000.876-1
REPRESENTANTE LEGAL	:NOLLY MERCEDES BELTRAN GALEANO
C.C.	:38.260.480 DE IBAGUE

DATOS DEL TRABAJADOR

NOMBRE	MORALES RUGE MARIA ISABEL
No. IDENTIFICACION	38,254,988 , IBAGUE Tel: 3102911231 Contrato:01
DOMICILIO Y RESIDENCIA	FARO DE BELEN CRA 9 NO. 9-35 BELÉN
LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO	ROVIRA, 23 DE MARZO DE 1962

EPS: NUEVA EPS AFP: COLPENSIONES ARP: ARL SURA CTA:

DATOS PARA LA CONTRATACION

LUGAR DE TRABAJO	IBAGUE	
LUGAR DONDE HA SIDO CONTRATADO	IBAGUE	
SALARIO	3,000,000	Mensual
AUXILIO LEGAL DE TRANSPORTE	0	
OTROS PAGOS SALARIALES	0.00	
OTROS PAGOS NO SALARIALES	0.00	
PERIODOS DE PAGO DEL SALARIO	MENSUAL	
CARGO PARA EL CUAL ES CONTRATADO	AUDITORA	
OBRA O LABOR DETERMINADA PARA LA CUAL SE CONTRATA	APOYO SECRETARIA DE SALUD	
MOTIVO QUE DA ORIGEN A LA OBRA O LABOR	PLAN APOYO OPERATIVO	
USUARIA A DONDE SE REMITE EL TRABAJADOR	MUNICIPIO DE IBAGUE	
FECHA DE INICIO DE LABORES	13 DE ABRIL DE 2020	
FECHA FIRMA DEL CONTRATO	07 DE ABRIL DE 2020	

1 de 4

Servicompetentes S.A.S

Certificado de Aptitud Laboral
Ingreso



Fecha: 07/Abr/2020, **Hora:** 07:58:57 a.m.
Apellido: MORALES RUGE
Tipo Doc: CC
Empresa: TEMPORALES UNO A S.A.
Cargo: AUDITOR
Lugar:
Direccion: CRA 9NA NO 9-35 BELEN
Telefono: **Celular:** 3102911231 **Email:** MIMRASESORA@GMAIL.COM **Estado Civil:** Viudo
Ciudad: Tolima - Ibagué

Nombre: MARIA ISABEL
Nro Identidad: 38254988

HC: # 9911
Edad: 58 años
Sexo: Femenino
Nacim: 23/Mar/1962
Rh: O+

Examenes Realizados

Serologia II, Examen Medico Ocupacional de Ingreso, Osteomuscular

Concepto Medico para Examen de Ingreso

Cumple sin restricciones ☑ Cumple con restricciones ☐

Cual:

Concepto Médico para Examen de Altura:

Apto ☐ Aplazado ☐ No Apto ☐

Concepto Médico para Examen de Periódico

Puede continuar con su labor ☐ Requiere reubicación ☐

Incluir en SVE:

Concepto Médico para Examen de Retiro

Retiro sin Patologia aparente ☐ Reriro con Patologia para seguimiento en EPS ☐ ARL ☐

Cual:

Concepto Medico para Examen Especial

Observaciones y Recomendaciones

1.Induccion En El Cargo, 2. Se Dan Recomendaciones Sobre Realización De Pausas Activas 3.Ejercicio Fisico 3 Veces Pur Semana. 4. Utilizar Epp Según La Exposición, Higiene Postural Y De Columna, Hábitos Saludables, Manejo Adecuado De Cargas. 5. Bajar De Peso Dieta Balanceada Uso De Protector Solar. Ropa Adecuada Para El Cargo, Fortalecimiento Muscular 6. Seguimiento O Valoración Nutrición De La Eps

CERTIFICO QUE NO HE OMITIDO INFORMACIÓN ACERCA DE MI ESTADO DE SALUD, TODO ES VERIDICO Y PUEDE SER CONFIRMADO.
LA HISTORIA CLINICA MÉDICA OCUPACIONAL, ES UN DOCUMENTO SOMETIDO A RESERVA DE INFORMACIÓN ESTRICTAMENTE CONFIDENCIAL, POR LO QUE LA CUSTODIA DE LAS HISTORIAS CLINICAS OCUPACIONALES, DOCUMENTOS, EXAMENES O VALORACIONES PARACLINICAS, ESTARA A CARGO DEL PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD OCUPACIONAL QUE LA GENERO EN EL CURSO DE LA ATENCIÓN, CUMPLIENDO LOS REQUISITOS Y PROCEDIMIENTOS DE ARCHIVO DE ACUERDO A LAS NORMAS LEGALES VIGENTES PARA LA HISTORIA CLINICA (RESOL. 2346/2007 Art. 16 RESOL. 1918/2009 Art. 17-1)

GLORIA MARIA CUENTAS MOJICA
Medico Ocupacional
Lic. de S.O #: 024650 del 24 Diciembre de 2015
Registro #: 085316/2009

MARIA ISABEL MORALES RUGE
CC 38254988

ARL | sura

Medellín, 07 de abril de 2020

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 TEMPORALES UNO A S.A que se encuentra EN COBERTURA.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificació	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante
Centro de trabajo:	0800113389 MUNICIPIO DE IBAGUE	Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6,96 %	
C38254988	MORALES RUGE MARIA ISABEL	13/04/2020		211B2091	DEPENDIENTE

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 valideda en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 07/04/2020 15:26:00 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 190.146.54.236, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

nueva eps

NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 07/04/2020, el empleador TEMPORALES UNO A S.A. identificado con NIT número 809000876 registró la siguiente solicitud de reingreso en nuestro portal transaccional.

NÚMERO DE RADICACIÓN	FECHA DE RADICACIÓN	TIPO DE SOLICITUD
2542584	07/04/2020	Reingresos

DETALLE

TIPO IDENTIFICACIÓN	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA REINGRESO
CÉDULA DE CIUDADANÍA	38254988	MARIA ISABEL MORALES RUGE	3000000	AUDITOR INTERNO	2020-04-13

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 7 días del mes de Abril del año 2020.

Cordialmente,

GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES

Nueva EPS

CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE FENALCO DEL TOLIMA
COMFENALCO TOLIMA
FORMULARIO DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN DE SUBSIDIO FAMILIAR
TRABAJADORES DEPENDIENTES
NIT. 890.700.148-4

1059000000143694

Antes de diligenciar este formulario lea las instrucciones que se encuentran al respaldo

I. Información del Trabajador

Identificación

1. T.D.	2. Número	3. 1er. Apellido	2do. Apellido	1er. Nombre	2do. Nombre	4. Sexo
CC	38254988	MORALES	RUGE	MARIA	ISABEL	F X M

5. Fecha de Nacimiento (Año Mes Día)	6. Estado Civil	7. Nivel de Escolaridad	8. Discapacidad
1962-03-23	Soltero X, Casado, Separado, Unión Libre, Viudo	Ninguno, Primaria, Bachillerato, Técnico, Tecnológico, Profesional, Nombre Profesión	Tipo 4, Grado %

9. Dirección de residencia	Barrio	Municipio	Departamento
CL 10 4 18	ZONA CENTRO		

10. Tipo de Vivienda	11. Estrato	12. Teléfono	13. Celular	14. Correo Electrónico
Propia, Alquilada, Familiar		2784473	3184193901	maymoru@gmail.com

15. Pasaporte No. / Fecha de Vencimiento (Año Mes Día)	16. Pasatiempos
	Viajes, Pintura, Música, Danza, Cine, Manualidades, Informática, Teatro

17. Deportes	18. Información Caja anterior - Nombre
Fútbol, Natación, Bolas, Baloncesto, Tennis, Volleyball, Patinaje, Otros	Fecha de Ingreso: Año Mes Día — Fecha de Retiro: Año Mes Día

II. Otro Empleador (Solo en caso de que labore en una Empresa Diferente a la que reporta en el módulo VI)

19. T.D.	20. NIT	DV	21. Razón Social	22. Jornada (Número Horas Mensual)	23. Sector (Rural, Urbano)

24. Salario (Fijo, Variable)	Básico $	Comisiones + Bonificaciones $	25. Cargo	26. Caja de Compensación

III. Información del Cónyuge o compañero(a) permanente

27. Cónyuge / Compañero(a)	28. T.D.	28. Número	30. 1er. Apellido	2do. Apellido	1er. Nombre	2do. Nombre	31. Sexo F M

32. Fecha de Nacimiento	33. Discapacidad (Tipo, Grado %)	34. Fecha de Inicio de relación marital	35. Nivel de Escolaridad (Ninguno, Primaria, Bachiller, Técnico, Tecnólogo, Profesional)	Nombre Profesión

36. Trabaja S / No	37. T.D.	38. NIL	39. Razón Social	40. Recibe subsidio S / No

41. Caja de Compensación	42. Horas Trabajadas	43. Salario (Fijo, Variable)	Básico $	Comisiones + Bonificaciones $	44. Cargo

IV. Datos del Grupo Familiar

45.	Documento		Nombres completos de beneficiarios				Sexo		Parentesco						Fecha nacimiento			Edad cumplida		Subsidio otra caja
	TD	Número	1er. Apellido	2do. Apellido	1er. Nombre	2do. Nombre	M	F	Hijo	Padrastro	Hijastro	Padre	Madre	Otro	Año	Mes	Día	Tipo	%	
1																				
2																				
3																				
4																				
5																				

V. Escolaridad

	Número Documento	Nombre institución donde estudia	Nivel de escolaridad	Calendario	Grado
1					
2					
3					
4					

VI. Información Laboral

47. T.D.	48. NIT	DV	49. Razón Social	50. Sucursal	51. Div. Admtiva	52. Código Nómina
NI	809000876		TEMPORALES UNO A S A	1	00	

53. Fecha de ingreso a la Empresa	54. Tipo de Contrato	55. Cargo	56. Jornada (Número Horas Mensual)
2020-04-13	MISION	OTRO PERSONAL DE APOYO ADMINISTRATIVO NO CLASIFICADOS EN OTROS GRUPOS PRIMARIOS	240

57. Salario (Fijo, Variable N)	Básico $	Comisiones + Bonificaciones $	58. Tipo Vinculación	59. % Aportes
	3000000	0	DEPENDIENTE CAJA	CAJA UNIFICADO

Observaciones

Bajo la gravedad de juramento declaro que la información suministrada es cierta y ha sido revisada personalmente. Los documentos anexos que soportan esta inscripción, serán para el uso exclusivo de Comfenalco Tolima; motivo por el cual no se devolverán a la empresa ni al trabajador. Autorizo que la información sea verificada en cualquier momento por COMFENALCO TOLIMA.

Fecha Radicación 2020-04-08

Firma Autorizada y Sello de la Empresa

Firma y C.C. del Trabajador

Firma y Sello de recibido por Comfenalco Tolima

Generado por Sitio Virtual Caja

Colpensiones
Ven por tu futuro ya

El futuro es de todos

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **MARIA ISABEL MORALES RUGE** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **38254988,** se encuentra afiliado/a desde **18/03/2005** 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 30 de marzo de 2020.

Rosa Mercedes Niño 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.

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 38.254.988

MORALES RUGE

APELLIDOS

MARIA ISABEL

NOMBRES



FIRMA

Scanned with CamScanner



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **23-MAR-1962**

ROVIRA
(TOLIMA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.60 ESTATURA

O+ G.S. RH

F SEXO

07-MAY-1981 IBAGUE
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

A-2900100-01104257-F-0038254988-20191019 **0068**364644A 2 6365650479

Scanned with CamScanner

TEMPORALES UNO-A S.A.

R60707

"suministro de trabajadores en misión"

CONTRATO INDIVIDUAL DE TRABAJO DE DURACION POR LA OBRA O LABOR CONTRATADA

IB-041996

DATOS DE LA E.S.T. EMPLEADORA

NOMBRE DE LA EMPRESA	:TEMPORALES UNO-A S.A.
DOMICILIO SOCIAL Y DIRECCION	:IBAGUE, CRA 7 # 14-26 PISO 3
NIT	:809.000.876-1
REPRESENTANTE LEGAL	:NOLLY MERCEDES BELTRAN GALEANO
C.C.	:38.260.480 DE IBAGUE

DATOS DEL TRABAJADOR

NOMBRE	OLIVERA ANDRADE JUAN SEBASTIAN
No. IDENTIFICACION	1,110,563,164 , IBAGUE Tel: 3016027830-3144825178-
DOMICILIO Y RESIDENCIA	CRA 4 PRIMERA NORTE NO. 3-68 LA POLA
LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO	BOGOTA, 22 DE SEPTIEMBRE DE 1995

EPS: NUEVA EPS AFP: PROTECCION S.A. ARP: ARL SURA CTA:

DATOS PARA LA CONTRATACION

LUGAR DE TRABAJO	IBAGUE	
LUGAR DONDE HA SIDO CONTRATADO	IBAGUE	
SALARIO	1,300,000	Mensual
AUXILIO LEGAL DE TRANSPORTE	102,854	
OTROS PAGOS SALARIALES	0.00	
OTROS PAGOS NO SALARIALES	0.00	
PERIODOS DE PAGO DEL SALARIO	MENSUAL	
CARGO PARA EL CUAL ES CONTRATADO	AUXILIAR ENFERMERIA	
OBRA O LABOR DETERMINADA PARA LA CUAL SE CONTRATA	PLAN APOYO SECRETARIA DE SALUD	
MOTIVO QUE DA ORIGEN A LA OBRA O LABOR	PLAN APOYO OPERATIVO	
USUARIA A DONDE SE REMITE EL TRABAJADOR	MUNICIPIO DE IBAGUE	
FECHA DE INICIO DE LABORES	13 DE ABRIL DE 2020	
FECHA FIRMA DEL CONTRATO	08 DE ABRIL DE 2020	

1 2

Servicompetentes S.A.S

Certificado de Aptitud Laboral
Ingreso



Fecha: 08/Abr/2020, **Hora:** 09:17:28 a.m.
Apellido: OLIVERA ANDRADE **Nombre:** JUAN SEBASTIAN
Tipo Doc: CC **Nro Identidad:** 1110563164
Empresa: TEMPORALES UNO A S.A.
Cargo: AUX. DE ENFERMERIA
Lugar:
Direccion: CRA 4TA 1RANORTE NUMERO 3-68LA POLA
Telefono: **Celular:** 3016027830 **Email:** OLIVERAJYS@GMAIL.COM **Estado Civil:** Soltero
Ciudad: Tolima - Ibagué

HC: # 9949
Edad: 24 años
Sexo: Masculino
Nacim: 22/Sep/1995
Rb: O+

Examenes Realizados
Examen Medico Ocupacional de Ingreso, Osteomuscular, VDRL Serologia

Concepto Médico para Examen de Ingreso
Cumple sin restricciones ☑ Cumple con restricciones ☐
Cual:

Concepto Médico para Examen de Alturas
Apto ☐ Aplazado ☐ No Apto ☐

Concepto Médico para Examen de Periódico
Puede continuar con su labor ☐ Requiere reubicación ☐
Incluir en SVE:

Concepto Médico para Examen de Retiro
Retiro sin Patología aparente ☐ Retiro con Patología para seguimiento en EPS ☐ ARL ☐
Cual:

Concepto Médico para Examen Especial

Observaciones y Recomendaciones
1.Inducción En El Cargo 2.Se Dan Recomendaciones Sobre Realización De Pausas Activas 3.Ejercicio Físico 3 Veces Por Semana. 4. Utilizar Epp Según La Exposición, Higiene Postural Y De Columna, Hábitos Saludables, 5. Dieta Balanceada Uso De Protector Solar. Ropa Adecuada Para El Cargo, Fortalecimiento Musculor

CERTIFICO QUE NO HE OMITIDO INFORMACIÓN ACERCA DE MI ESTADO DE SALUD, TODO ES VERIDICO Y PUEDE SER CONFIRMADO
LA HISTORIA CLINICA MÉDICA OCUPACIONAL, ES UN DOCUMENTO SOMETIDO A RESERVA DE INFORMACIÓN ESTRICTAMENTE CONFIDENCIAL POR LO QUE LA CUSTODIA DE LAS HISTORIAS CLINICAS OCUPACIONALES, DOCUMENTOS, EXAMENES O VALORACIONES PARACLINICAS, ESTARA A CARGO DEL PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD OCUPACIONAL QUE LA GENERO EN EL CURSO DE LA ATENCIÓN, CUMPLIENDO LOS REQUISITOS Y PROCEDIMIENTOS DE ARCHIVO DE ACUERDO A LAS NORMAS LEGALES VIGENTES PARA LA HISTORIA CLINICA (RESOL. 2346/2007 Art. 1o RESOL 1995/2009 Art. 17-1)

Gloria Cuentas Mojica
Médico S.S.O. - S.G.S.S.
Reg. 085316/2009
Prados del Norte

GLORIA MARIA CUENTAS MOJICA
Medico Ocupacional
Lic. de S.O #: 024650 del 24 Diciembre de 2015
Registro #: 085316/2009

JUAN O

JUAN SEBASTIAN OLIVERA ANDRADE
CC 1110563164

ARL | sura

Medellín, 08 de abril de 2020

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 TEMPORALES UNO A S.A que se encuentra EN COBERTURA.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificació	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante
Centro de trabajo: 0800113389 MUNICIPIO DE IBAGUE		Clase: 5	Porcentaje Cotización: 6,96 %		
C1110563164	OLIVERA ANDRADE JUAN SEBASTIAN	13/04/2020		nk188249	DEPENDIENTE

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 08/04/2020 15:08:08 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 190.146.54.236, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 08/04/2020, el empleador TEMPORALES UNO A S.A. identificado con NIT número 809000876 registró la siguiente solicitud de reingreso en nuestro portal transaccional.

NÚMERO DE RADICACIÓN	FECHA DE RADICACIÓN	TIPO DE SOLICITUD
2543859	08/04/2020	Reingresos

DETALLE

TIPO IDENTIFICACIÓN	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA REINGRESO
CÉDULA DE CIUDADANÍA	1110563164	JUAN SEBASTIAN OLIVERA ANDRADE	1300000	AUXILIAR DE ENFERMERÍA	2020-04-13

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 8 días del mes de Abril del año 2020.

Cordialmente,

GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES

Nueva EPS

CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE FENALCO DEL TOLIMA
COMFENALCO TOLIMA
FORMULARIO DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN DE SUBSIDIO FAMILIAR
TRABAJADORES DEPENDIENTES
NIT. 890.700.148-4

1059000000143734

Antes de diligenciar este formulario lea las instrucciones que se encuentran al respaldo

I. Información del Trabajador

Identificación

1. T.D.	2. Número.	3. 1er. Apellido	2do. Apellido	1er. Nombre	2do. Nombre	4. Sexo
CC	1110563164	OLIVERA ANDRADE		JUAN SEBASTIAN		F M X

5. Fecha de Nacimiento (Año Mes Día)	6. Estado Civil	7. Nivel de Escolaridad	8. Discapacidad
1995-09-22	Soltero X Separado Viudo Casado Unión Libre	Ninguna Bachillerato Tecnológico Profesional Primaria Técnico Nombre Profesión	Tipo Grado

9. Dirección de residencia	Barrio	Municipio	Departamento
CR 4 3 68 BRR LA POLA		IBAGUE	

10. Tipo de Vivienda	11. Estrato	12. Teléfono	13. Celular	14. Correo Electrónico
Propia Alquilada Familiar		2616822	3016027830	

15. Pasaporte No.	Fecha de Vencimiento (Año Mes Día)	16. Pasatiempos
		Viajes Pintura Música Danza Cine Manualidades Informática Teatro

17. Deportes	18. Información Caja anterior - Número
Fútbol Natación Bolas Baloncesto Tenis Voleybal Patinaje Otros	Fecha de Ingreso: Año Mes Día — Fecha de Retiro: Año Mes Día

II. Otro Empleador (Solo en caso de que labore en una Empresa Diferente a la que reporta en el módulo VI)

19. T.D.	20. NIT	DV	21. Razón Social	22. Jornada (Número Horas Mensual)	23. Sector (Rural Urbano)

24. Salario (Básico $ / Fijo / Variable)	Comisiones + Bonificaciones $	25. Cargo	26. Caja de Compensación

III. Información del Cónyuge o compañero(a) permanente

27. Cónyuge Compañero(a)	28. T.D.	29. Número	30. 1er. Apellido	2do. Apellido	1er. Nombre	2do. Nombre	31. Sexo
							F M

32. Fecha de Nacimiento	33. Discapacidad (Tipo / Grado %)	34. Fecha de Inicio de relación marital	35. Nivel de Escolaridad (Ninguno Bachiller Tecnólogo Primaria Técnico Profesional) Nombre Profesión

36. Trabaja (Si / No)	37. T.D.	38. NIL	39. Razón Social	40. Recibe subsidio (Si / No)

41. Caja de Compensación	42. Horas Trabajadas	43. Salario (Fijo / Variable)	Básico $	Comisiones + Bonificaciones $	44. Cargo

IV. Datos del Grupo Familiar

45.	Documento		Nombres completos de beneficiarios				Sexo		Parentesco						Fecha nacimiento			Edad	Grado	Subsidio otra caja
	TD	Número	1er. Apellido	2do. Apellido	1er. Nombre	2do. Nombre	M	F	Hijo	Hijastro	Padrastro	Padres	Hermano	Otro	Año	Mes	Día			
1																				
2																				
3																				
4																				
5																				

V. Escolaridad

	Número Documento	Nombre Institución donde estudia	Nivel de escolaridad	Calendario	Grado
1					
2					
3					
4					

VI. Información Laboral

47. T.D.	48. NIT	DV	49. Razón Social	50. Sucursal	51. Div. Administrativa	52. Código Nómina
NI	809000876		TEMPORALES UNO A S A	1	00	

53. Fecha de Ingreso a la Empresa	54. Tipo de Contrato	55. Cargo	56. Jornada (Número Horas Mensual)
2020-04-13	MISION	OTRO PERSONAL DE APOYO ADMINISTRATIVO NO CLASIFICADOS EN OTROS GRUPOS PRIMARIOS	240

57. Salario (Fijo / Variable N)	Básico $	Comisiones + Bonificaciones $	58. Tipo Vinculación	59. % Aportes
	1300000	0	DEPENDIENTE CAJA	CAJA UNIFICADO

Observaciones:

Bajo la gravedad de juramento declaro que la información suministrada es cierta y ha sido revisada personalmente. Los documentos anexos que soportan esta inscripción, serán para el uso exclusivo de Comfenalco Tolima; motivo por el cual no se devolverán a la empresa ni al trabajador. Autorize que la información sea verificada en cualquier momento por COMFENALCO TOLIMA.

Fecha Radicación 2020-04-08

Firme Autorizado y Sello de la Empresa

Firme y C.C. del Trabajador JUAN SEBASTIAN 1110563164

Firma y Sello de recibido por Comfenalco Tolima

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.198.281

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **OLIVERA ANDRADE JUAN SEBASTIAN** identificado(a) con **CC** número **1.110.563.164** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 13 de febrero de 2015 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO**.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 01 de abril de 2020.

Cordialmente,

Laura Patricia Merchan Metaute
Equipo Gestión de Operaciones.

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

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

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.110.563.164
OLIVERA ANDRADE

APELLIDOS
JUAN SEBASTIAN

NOMBRES



JUAN SEBASTIAN (11)

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 22-SEP-1995
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.68
ESTATURA

O+
G.S. RH

M
SEXO

25-SEP-2013 IBAGUE
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

INDICE DERECHO

A-2900100-0100430-M-1110563164-20190801 0067108860A 1 0365569727

TEMPORALES UNO-A S.A.

R60707

"Suministro de trabajadores en misión"

CONTRATO INDIVIDUAL DE TRABAJO DE DURACION POR LA OBRA O LABOR CONTRATADA

IB-041993

DATOS DE LA E.S.T. EMPLEADORA

NOMBRE DE LA EMPRESA	:TEMPORALES UNO-A S.A.
DOMICILIO SOCIAL Y DIRECCION	:IBAGUE, CRA 7 # 14-26 PISO 3
NIT	:809.000.876-1
REPRESENTANTE LEGAL	:NOLLY MERCEDES BELTRAN GALEANO
C.C.	:38.260.480 DE IBAGUE

DATOS DEL TRABAJADDR

NOMBRE	ORTIZ - R0CIO_DEL PILAR
No. IDENTIFICACION	38,140,054 , IBAGUE Tel: 3155710884 Contrato:08
DOMICILIO Y RESIDENCIA	MZA. B CASA 41 JORDÁN IX ETAPA
LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO	AMBALEMA, 24 DE MARZO DE 1979

EPS: SANITAS EPS AFP: PROTECCION S.A. ARP: ARL SURA CTA:

DATOS PARA LA CONTRATACION

LUGAR DE TRABAJO	IBAGUE	
LUGAR DONDE HA SIDO CONTRATADO	IBAGUE	
SALARIO	1,300,000	Mensual
AUXILIO LEGAL DE TRANSPORTE	102,854	
OTROS PAGOS SALARIALES	0.00	
OTROS PAGOS NO SALARIALES	0.00	
PERIODOS DE PAGO DEL SALARIO	MENSUAL	
CARGO PARA EL CUAL ES CONTRATADO	AUXILIAR ENFERMERIA	
OBRA O LABOR DETERMINADA PARA LA CUAL SE CONTRATA	PLAN APOYO SECRETARIA DE SALUD	
MOTIVO QUE DA ORIGEN A LA OBRA O LABOR	PLAN APOYO OPERATIVO	
USUARIA A DONDE SE REMITE EL TRABAJADOR	MUNICIPIO DE IBAGUE	
FECHA DE INICIO DE LABORES	13 DE ABRIL DE 2020	
FECHA FIRMA DEL CONTRATO	08 DE ABRIL DE 2020	

Servicompetentes SAS

Certificado de Aptitud Laboral
Ingreso



Fecha: 08/Abr/2020, **Hora:** 09:33:05 a.m.
Apellido: ORTIZ **Nombre:** ROCIO DEL PILAR
Tipo Doc: CC **Nro Identidad:** 38140054
Empresa: TEMPORALES UNO A S.A.
Cargo: AUX. DE ENFERMERIA
Lugar:
Direccion: MZ B CASA 41 JORDAN 9 ETP
Telefono: **Celular:** 3155710884 **Email:** ROCIODELPILARORTIZ@HOTMAIL.COM **Estado Civil:** Soltero
Ciudad: Tolima - Ibagué

HC: # 9950
Edad: 41 años
Sexo: Femenino
Nacim: 24/Mar/1979
Rh: O+

Examenes Realizados
Serologia II, Examen Medico Ocupacional de Ingreso, Osteomuscular

Concepto Médico para Examen de Ingreso
Cumple sin restricciones ☑ Cumple con restricciones ☐
Cual:

Concepto Médico para Examen de Alturas
Apto ☐ Aplazado ☐ No Apto ☐

Concepto Médico para Examen de Periódico
Puede continuar con su labor ☐ Requiere reubicación ☐
Incluir en SVE:

Concepto Médico para Examen de Retiro
Retiro sin Patología aparente ☐ Retiro con Patología para seguimiento en EPS ☐ ARL ☐
Cual:

Concepto Médico para Examen Especial
Observaciones y Recomendaciones
1.Inducción En El Cargo, 2. Se Dan Recomendaciones Sobre Realización De Pausas Activas 3.Ejercicio Físico 3 Veces Por Semana. 4. Utilizar Epp Según La Exposición, Higiene Postural Y De Cuidado, Hábitos Saludables, Manejo Adecuado De Cargas. 5. Bajar De Peso Dieta Balanceada Uso De Protector Solar. Ropa Adecuada Para El Cargo, Fortalecimiento Muscular 6. Seguimiento O Valoración Nutrición De La Eps

CERTIFICO QUE NO HE OMITIDO INFORMACIÓN ACERCA DE MI ESTADO DE SALUD, TODO ES VERIDICO Y PUEDE SER CONFIRMADO

LA HISTORIA CLINICA MÉDICA OCUPACIONAL, ES UN DOCUMENTO SOMETIDO A RESERVA DE INFORMACIÓN ESTRICTAMENTE CONFIDENCIAL, POR LO QUE LA CUSTODIA DE LAS HISTORIAS CLINICAS OCUPACIONALES, DOCUMENTOS, EXAMENES O VALORACIONES PARACLINICAS, ESTARA A CARGO DEL PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD OCUPACIONAL QUE LA GENERO EN EL CURSO DE LA ATENCIÓN, CUMPLIENDO LOS REQUISITOS Y PROCEDIMIENTOS DE ARCHIVO DE ACUERDO A LAS NORMAS LEGALES VIGENTES PARA LA HISTORIA CLINICA (RESOL. 2346/2007 Art. 16 RESOL. 1918 2009 Art. 17-1)

Gloria Cuentas Mojica
Medico S.O. S.S.T
Reg. #
U. del Norte

GLORIA MARIA CUENTAS MOJICA
Medico Ocupacional
Lic. de S.O #: 024650 del 24 Diciembre de 2015
Registro #: 085316/2009

ROCIO DEL PILAR ORTIZ
CC 38140054

ARL | sura

Medellín, 08 de abril de 2020

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 TEMPORALES UNO A S.A que se encuentra EN COBERTURA.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificació	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante
Centro de trabajo: 0800113389 MUNICIPIO DE IBAGUE		Clase: 5		Porcentaje Cotización:	6,96 %
C38140054	ORTIZ ROCIO	13/04/2020		2279440r	DEPENDIENTE

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 08/04/2020 13:07:51 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 190.146.54.236, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Scanned with CamScanner

809.000.596 1

13/04/2022

E.P.S. Sanitas
OFICINA IBAGUE

Scanned with CamScanner

CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE FENALCO DEL TOLIMA
COMFENALCO TOLIMA
FORMULARIO DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN DE SUBSIDIO FAMILIAR
TRABAJADORES DEPENDIENTES
NIT. 890.700.148-4

1059000000143716

Antes de diligenciar este formulario lea las instrucciones que se encuentran al respaldo

I. Información del Trabajador

Identificación

1. T.D	2. Número	3. 1er. Apellido	2do. Apellido	1er. Nombre	2do. Nombre	4. Sexo
CC	38140054	ORTIZ	ROCIO DEL PILAR			F X M

5. Fecha de Nacimiento (Año Mes Día)	6. Estado Civil	7. Nivel de Escolaridad	8. Discapacidad
1979-03-24	Soltero X, Casado, Separado, Unión Libre, Viudo	Ninguno, Primaria, Bachillerato, Técnico, Tecnológico, Profesional. Nombre Profesión:	Tipo 4, Grado, %

9. Dirección de residencia	Barrio	Municipio	Departamento
MZ C CA 26	URBANIZACION JORDAN 9 ETAPA		

10. Tipo de Vivienda	11. Estrato	12. Teléfono	13. Celular	14. Correo Electrónico
Propia, Alquilada, Familiar			3155710884	rociodelpilarortiz@hotmail.com

15. Pasaporte Nº. / Fecha de Vencimiento (Año Mes Día)	16. Pasatiempos
	Viajes, Pintura, Música, Danza, Cine, Manualidades, Informática, Teatro

17. Deportes	18. Información Caja anterior - Nombre
Fútbol, Natación, Bolos, Baloncesto, Tenis, Voleyball, Paisaje, Otros	Fecha de Ingreso: Año Mes Día / Fecha de Retiro: Año Mes Día

II. Otro Empleador (Solo en caso de que labore en una Empresa Diferente a la que reporta en el módulo VI)

19. T.D	20. NIT	DV	21. Razón Social	22. Jornada (Número Horas Mensual)	23. Sector (Rural, Urbano)

24. Salario	Básico $	Comisiones + Bonificaciones $	25. Cargo	26. Caja de Compensación
Fijo, Variable				

III. Información del Cónyuge o compañero(a) permanente

27. Cónyuge / Compañero(a)	28. T.D.	29. Número	30. 1er. Apellido	2do. Apellido	1er. Nombre	2do. Nombre	31. Sexo F M

32. Fecha de Nacimiento	33. Discapacidad (Tipo, Grado, %)	34. Fecha de Inicio de relación marital	35. Nivel de Escolaridad (Ninguno, Primaria, Bachiller, Técnico, Tecnólogo, Profesional)	Nombre Profesión

36. Trabaja Si / No	37. T.D.	38. Nit.	39. Razón Social	40. Recibe subsidio S / No

41. Caja de Compensación	42. Horas Trabajadas	43. Salario (Fijo, Variable, Básico $, Comisiones + Bonificaciones $)	44. Cargo

IV. Datos del Grupo Familiar

45.	Documento		Nombres completos de beneficiarios				Sexo		Parentesco				Fecha nacimiento			Discapacidad		Soporte anexo
	TD	Número	1er. Apellido	2do. Apellido	1er. Nombre	2do. Nombre	M	F	Hijo	Padrastro	Hijastro	Otro	Año	Mes	Día	Tipo	Grado %	
1																		
2																		
3																		
4																		
5																		

V. Escolaridad

	Número Documento	Nombre Institución donde estudie	Nivel de escolaridad	Calendario	Grado
1					
2					
3					
4					

VI. Información Laboral

47. T.D	48. NIT	DV	49. Razón Social	50. Sucursal	51. Div. Administ.	52. Código Nomina
NI	809000876		TEMPORALES UNO A S A	1	00	

53. Fecha de ingreso a la Empresa	54. Tipo de Contrato	55. Cargo	56. Jornada (Número Horas Mensual)
2020-04-13	MISION	OTRO PERSONAL DE APOYO ADMINISTRATIVO NO CLASIFICADOS EN OTROS GRUPOS PRIMARIOS	240

57. Salario (Fijo, Variable N)	Básico $	Comisiones + Bonificaciones $	58. Tipo Vinculación	59. % Aportes
	1300000	0	DEPENDIENTE CAJA	CAJA UNIFICADO

Observaciones:

Bajo la gravedad de juramento declaro que la información suministrada es cierta y ha sido revisada personalmente. Los documentos anexos que soportan esta inscripción, serán para el uso exclusivo de Comfenalco Tolima; motivo por el cual no se devolverán a la empresa ni al trabajador. Autorizo que la información sea verificada en cualquier momento por COMFENALCO TOLIMA.

Fecha Radicación 2020-04-08

Rocio del Pilar ORTIZ

Firma Autorizada y Sello de la Empresa

Firma y C.C. del Trabajador

Firma y sello de recibido por Comfenalco Tolima

Generado por Serap Virtual Caja

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.198.281

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **ORTIZ ROCIO DEL PILAR** identificado(a) con **CC** número **38.140.054** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 25 de marzo de 2009 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO.**

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 08 de abril de 2020.

Cordialmente,

Laura P. Merchán M.

Laura Patricia Merchan Metaute
Equipo Gestión de Operaciones.

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

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

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **38.140.054**

ORTIZ

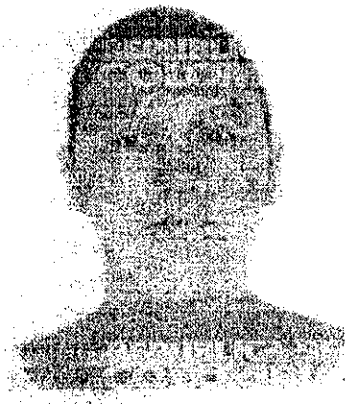
APELLIDOS

ROCIO DEL PILAR

NOMBRES

Rocio Del Pilar Ortiz

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **24-MAR-1979**

AMBALEMA
(TOLIMA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.57	O+	F
ESTATURA	G.S RH	SEXO

30-JUN-1998 IBAGUE

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-2900100-00158888-F-0038140054-20090610 0012311841A 1 6420017132

TEMPORALES UNO-A S.A.

R60707

SGS
"suministro de trabajadores en misión"

CONTRATO INDIVIDUAL DE TRABAJO DE DURACION POR LA OBRA O LABOR CONTRATADA

IB-041973

DATOS DE LA E.S.T. EMPLEADORA

NOMBRE DE LA EMPRESA	:TEMPORALES UNO-A S.A.
DOMICILIO SOCIAL Y DIRECCION	:IBAGUE, CRA 7 # 14-26 PISO 3
NIT	:809.000.876-1
REPRESENTANTE LEGAL	:NOLLY MERCEDES BELTRAN GALEANO
C.C.	:38.260.480 DE IBAGUE

DATOS DEL TRABAJADOR

NOMBRE	OSPINA GUZMAN HARLEN TATIANA
No. IDENTIFICACION	65,771,508 , IBAGUE Tel: 3164194274 Contrato:01
DOMICILIO Y RESIDENCIA	CASA 29 PORTAL DEL BOSQUE
LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO	BOGOTA, 14 DE MARZO DE 1976

EPS: NUEVA EPS AFP: PROTECCION S.A. ARP: ARL SURA CTA:

DATOS PARA LA CONTRATACION

LUGAR DE TRABAJO	IBAGUE	
LUGAR DONDE HA SIDO CONTRATADO	IBAGUE	
SALARIO	3,000,000	Mensual
AUXILIO LEGAL DE TRANSPORTE	0	
OTROS PAGOS SALARIALES	0.00	
OTROS PAGOS NO SALARIALES	0.00	
PERIODOS DE PAGO DEL SALARIO	MENSUAL	
CARGO PARA EL CUAL ES CONTRATADO	AUDITORA	
OBRA O LABOR DETERMINADA PARA LA CUAL SE CONTRATA	PLAN APOYO SECRETARIA DE SALUD	
MOTIVO QUE DA ORIGEN A LA OBRA O LABOR	PLAN APOYO OPERATIVO	
USUARIA A DONDE SE REMITE EL TRABAJADOR	MUNICIPIO DE IBAGUE	
FECHA DE INICIO DE LABORES	13 DE ABRIL DE 2020	
FECHA FIRMA DEL CONTRATO	07 DE ABRIL DE 2020	

Servicompetentes S.A.S

Certificado de Aptitud Laboral
Ingreso



Fecha: 07/Abr/2020, **Hora:** 07:37:20 a.m.
Apellido: OSPINA GUZMAN **Nombre:** HARLEN TATIANA
Tipo Doc: CC **Nro Identidad:** 65771508
Empresa: TEMPORALES UNO A S.A.
Cargo: AUDITOR
Lugar:
Direccion: PORTAL DEL BOSQUE CASA 29
Telefono: **Celular:** 3164194274 **Email:** HTOSPINA@GMAIL.COM **Estado Civil:** Casado
Ciudad: Tolima - Ibagué

HC: # 9907
Edad: 44 años
Sexo: Femenino
Nacim: 14/Mar/1976
Rh: O+

Examenes Realizados
Serologia II, Examen Medico Ocupacional de Ingreso, Osteomuscular

Concepto Médico para Examen de Ingreso
Cumple sin restricciones ☑ Cumple con restricciones ☐
Cual:

Concepto Médico para Examen de Alturas
Apto ☐ Aplazado ☐ No Apto ☐

Concepto Médico para Examen de Periódico
Puede continuar con su labor ☐ Requiere reubicación ☐
Incluir en SVE:

Concepto Médico para Examen de Retiro
Retiro sin Patologia apareate ☐ Retiro con Patologia para seguimiento en EPS ☐ ARL ☐
Cual:

Concepto Médico para Examen Especial

Observaciones y Recomendaciones
1.Inducción En El Cargo 2.Se Dan Recomendaciones Sobre Realización De Pausas Activas 3.Ejercicio Fisico 3 Veces Por Semana. 4. Utilizar Epp Según La Exposición, Higiene Postural Y De Columna, Hábitos Saludables, 5. Dieta Balanceada Uso De Protector Solar. Ropa Adecuada Para El Cargo, Fortalecimiento Muscular

CERTIFICO QUE NO HE OMITIDO INFORMACIÓN ACERCA DE MI ESTADO DE SALUD, TODO ES VERIDICO Y PUEDE SER CONFIRMADO.
LA HISTORIA CLINICA MÉDICA OCUPACIONAL, ES UN DOCUMENTO SOMETIDO A RESERVA DE INFORMACIÓN ESTRICTAMENTE CONFIDENCIAL, POR LO QUE LA CUSTODIA DE LAS HISTORIAS CLINICAS OCUPACIONALES, DOCUMENTOS, EXAMENES O VALORACIONES PARACLINICAS, ESTARÁ A CARGO DEL PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD OCUPACIONAL QUE LA GENERO EN EL CURSO DE LA ATENCIÓN, CUMPLIENDO LOS REQUISITOS Y PROCEDIMIENTOS DE ARCHIVO DE ACUERDO A LAS NORMAS LEGALES VIGENTES PARA LA HISTORIA CLINICA (RESOL. 2346/2007 Art. 16 RESOL. 1918/2009 Art. 17-1)

Gloria Cuentas M.
Médico R.S.P. S.S.T
Reg. [illegible]650
U. del Norte

GLORIA MARIA CUENTAS MOJICA
Medico Ocupacional
Lic. de S.O #: 024650 del 24 Diciembre de 2015
Registro #: 085316/2009

HARLEN TATIANA OSPINA GUZMAN
CC 65771508

ARL | sura

Medellín, 07 de abril de 2020

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 TEMPORALES UNO A S.A que se encuentra EN COBERTURA.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificació	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante
Centro de trabajo:	0800113389 MUNICIPIO DE IBAGUE	Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6,96 %	
C65771508	OSPINA GUZMAN HARLEN TATIANA	13/04/2020		32211224	DEPENDIENTE

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 basa de datos el 07/04/2020 15:14:55 .

Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.

Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 190.146.54.236, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 07/04/2020, el empleador TEMPORALES UNO A S.A. identificado con NIT número 809000876 registró la siguiente solicitud de reingreso en nuestro portal transaccional.

NÚMERO DE RADICACIÓN	FECHA DE RADICACIÓN	TIPO DE SOLICITUD
2542567	07/04/2020	Reingresos

DETALLE

TIPO IDENTIFICACIÓN	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA REINGRESO
CÉDULA DE CIUDADANÍA	65771508	HARLEN TATIANA OSPINA GUZMAN	3000000	AUDITOR INTERNO	2020-04-13

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 7 días del mes de Abril del año 2020.

Cordialmente,

GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES

Nueva EPS

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.198.281

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **OSPINA GUZMAN HARLEN TATIANA** identificado(a) con **CC** número **65.771.508** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 30 de agosto de 2012 y sus recursos se encuentran distribuidos como se enuncia a continuación, de conformidad con lo consagrado en el Decreto 2373 de 2010 así:

1. El 40% al FONOO OE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MODERADO
2. El 60% al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 31 de marzo de 2020.

Cordialmente,

Laura P. Merchan M.

Laura Patricia Merchan Metaute
Equipo Gestión de Operaciones.

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

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

CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE FENALCO DEL TOLIMA
COMFENALCO TOLIMA
FORMULARIO DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN DE SUBSIDIO FAMILIAR
TRABAJADORES DEPENDIENTES
NIT. 890.700.148-4

1059000000143696

Antes de diligenciar este formulario lee las instrucciones que se encuentran al respaldo

I. Información del Trabajador

Identificación

1. T.D.	2. Número	3. 1er. Apellido	2do. Apellido	1er. Nombre	2do. Nombre	4. Sexo
CC	65771508	OSPINA	GUZMAN	HARLEN	TATIANA	F X M

5. Fecha de Nacimiento (Año Mes Día)	6. Estado Civil	7. Nivel de Escolaridad	8. Discapacidad
1976-03-14	Soltero / Separado / Viudo / Casado X / Unión Libre	Ninguna / Primaria / Bachillerato / Técnico / Tecnológico / Profesional / Nombre Profesión	Tipo 4 Grado %

9. Dirección de residencia	Barrio	Municipio	Departamento
PORTAL DEL BOSQUE CA 29	AMBALA		

10. Tipo de Vivienda	11. Estrato	12. Teléfono	13. Celular	14. Correo Electrónico
Propia / Alquilada / Familiar		2755818	3164194274	htospina@gmail.com

15. Pasaporte No.	Fecha de Vencimiento (Año Mes Día)	16. Pasatiempos
		Viajes / Pintura / Música / Danza / Cine / Manualidades / Informática / Teatro

17. Deportes	18. Información Caja anterior - Nombre
Fútbol / Natación / Bolos / Baloncesto / Tenis / Voleybol / Patinaje / Otros	Fecha de Ingreso: Año Mes Día — Fecha de Retiro: Año Mes Día

II. Otro Empleador (Solo en caso de que labore en una Empresa Diferante a la que reporta en el módulo VI)

19. T.D.	20. NIT	DV	21. Razón Social	22. Jornada (Número Horas Mensual)	23. Sector (Rural / Urbana)

24. Salario (Fijo / Variable)	Básico $	Comisiones + Bonificaciones $	25. Cargo	26. Caja de Compensación

III. Información del Cónyuge o compañero(a) permanente

27. Cónyuge / Compañero(a)	28. T.D.	29. Número	30. 1er. Apellido	2do. Apellido	1er. Nombre	2do. Nombre	31. Sexo F M

32. Fecha de Nacimiento	33. Discapacidad (Tipo / Grado %)	34. Fecha de Inicio de relación marital	35. Nivel de Escolaridad (Ninguna / Primaria / Bachillerato / Técnico / Tecnólogo / Profesional)	Nombre Profesión

36. Trabaja (SI / NO)	37. T.D.	38. Nit	39. Razón Social	40. Recibe subsidio (S / No)

41. Caja de Compensación	42. Horas Trabajadas	43. Salario (Fijo / Variable)	Básico $	Comisiones + Bonificaciones $	44. Cargo

IV. Datos del Grupo Familiar

45.	Documento		Nombres completos de beneficiarios				Sexo		Parentesco	Fecha nacimiento			Discapacidad		Subsidio otra caja
	T.D.	Número	1er. Apellido	2do. Apellido	1er. Nombre	2do. Nombre	M	F	Hijastro / Padrastro / Hijo / Padre / Cónyuge / Compañero(a) / Hermano / Abuelo / Nieto / Padres Adoptantes	Año	Mes	Día	Tipo	Grado %	
1															
2															
3															
4															
5															

V. Escolaridad

	Número Documento	Nombre Institución donde estudia	Nivel de escolaridad	Calendario	Grado
1					
2					
3					
4					

VI. Información Laboral

47. T.D.	48. NIT	DV	49. Razón Social	50. Sucursal	51. Div. Admiva	52. Código Nómina
NI	809000876		TEMPORALES UNO A S A	1	00	

53. Fecha de Ingreso a la Empresa	54. Tipo de Contrato	55. Cargo	56. Jornada (Número Horas Mensual)
2020-04-13	MISION	OTRO PERSONAL DE APOYO ADMINISTRATIVO NO CLASIFICADOS EN OTROS GRUPOS PRIMARIOS	240

57. Salario (Fijo / Variable N)	Básico $	Comisiones + Bonificaciones $	58. Tipo Vinculación	59. % Aportes
	3000000	0	DEPENDIENTE CAJA	CAJA UNIFICADO

Observaciones

Bajo la gravedad de juramento declaro que la información suministrada es cierta y ha sido revisada personalmente. Los documentos anexos que soportan esta inscripción, serán para el uso exclusivo de Comfenalco Tolima; motivo por el cual no se devolverán a la empresa ni al trabajador. Autoriza que la información sea verificada en cualquier momento por COMFENALCO TOLIMA.

Fecha Radicación 2020-04-08

Firma Autorizada y Sello de la Empresa

Firma y C.C. del Trabajador

Firma y Sello de recibido por Comfenalco Tolima

Generado por Sitio Virtual Caja

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 65.771.508

OSPINA GUZMAN
APELLIDOS

HARLEN TATIANA
NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 14-MAR-1976

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.67 ESTATURA | O+ G.S. RH | F SEXO

31-OCT-1994 IBAGUE
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-2900100-00160566-F-0065771508-20090629 0012907216A 1 6350007773

TEMPORALES UNO-A S.A.

R60707

SGS
"suministro de trabajadores en misión"

CONTRATO INDIVIDUAL DE TRABAJO DE DURACION POR LA OBRA O LABOR CONTRATADA

IB-041975

DATOS DE LA E.S.T. EMPLEADORA

NOMBRE DE LA EMPRESA	:TEMPORALES UNO-A S.A.
DOMICILIO SOCIAL Y DIRECCION	:IBAGUE, CRA 7 # 14-26 PISO 3
NIT	:809.000.876-1
REPRESENTANTE LEGAL	:NOLLY MERCEDES BELTRAN GALEANO
C.C.	:38.260.480 DE IBAGUE

DATOS DEL TRABAJADOR

NOMBRE	OVIEDO FERREIRA ANA MARIA
No. IDENTIFICACION	1,110,563,470 , IBAGUE Tel: 3005984527 Contrato:01
DOMICILIO Y RESIDENCIA	MZA 23 CASA 7 ETAPA II VILLA CAFÉ
LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO	IBAGUE, 03 DE OCTUBRE DE 1995

EPS: SANITAS EPS AFP: COLPENSIONES ARP: ARL SURA CTA:

DATOS PARA LA CONTRATACION

LUGAR DE TRABAJO	IBAGUE	
LUGAR DONDE HA SIDO CONTRATADO	IBAGUE	
SALARIO	2,300,000	Mensual
AUXILIO LEGAL DE TRANSPORTE	0	
OTROS PAGOS SALARIALES	0.00	
OTROS PAGOS NO SALARIALES	0.00	
PERIODOS DE PAGO DEL SALARIO	MENSUAL	
CARGO PARA EL CUAL ES CONTRATADO	ENFERMERA PROFESIONAL	
OBRA O LABOR DETERMINADA PARA LA CUAL SE CONTRATA	PLAN APOYO SECRETARIA SALUD	
MOTIVO QUE DA ORIGEN A LA OBRA O LABOR	PLAN APOYO OPERATIVO	
USUARIA A DONDE SE REMITE EL TRABAJADOR	MUNICIPIO DE IBAGUE	
FECHA DE INICIO DE LABORES	13 DE ABRIL DE 2020	
FECHA FIRMA DEL CONTRATO	07 DE ABRIL DE 2020	

Servicompetentes S.A.S

Certificado de Aptitud Laboral
Ingreso



Fecha: 07/Abr/2020, **Hora:** 08:44:58 a.m.
Apellido: OVIEDO FERREIRA **Nombre:** ANA MARIA **HC:** # 9915
Tipo Doc: CC **Nro Identidad:** 1110563470 **Edad:** 24 años
Empresa: TEMPORALES UNO A S.A. **Sexo:** Femenino
Cargo: ENFERMERA PROFESIONAL **Nacim:** 03/Oct/1995
Lugar: **Rh:** A+
Direccion: VILLA CAFE MZ 23 CASA 7 ETP 2
Telefono: **Celular:** 3005984527 **Email:** ANA.OVIEDOFERREIRA@GMAIL.COM Estado Civil: Soltero
Ciudad: Tolima - Ibagué

Examenes Realizados

Serologia II, Examen Medico Ocupacional de Ingreso, Osteomuscular

Concepto Médico para Examen de Ingreso

Cumple sin restricciones ☑ Cumple con restricciones ☐
Cual:

Concepto Médico para Examen de Alturas

Apto ☐ Aplazado ☐ No Apto ☐

Concepto Médico para Examen de Periódico

Puede continuar con su labor ☐ Requiere reubicación ☐
Incluir en SVE:

Concepto Médico para Examen de Retiro

Retiro sin Patología aparente ☐ Retiro con Patología para seguimiento en EPS ☐ ARL ☐
Cual:

Concepto Médico para Examen Especial

Observaciones Y Recomendaciones

1.Inducción En El Cargo, 2. Se Dan Recomendaciones Sobre Realización De Pausas Activas 3.Ejercicio Físico 3 Veces Por Semana. 4. Utilizar Epp Según La Exposición, Higiene Postural Y De Columna, Hábitos Saludables, Manejo Adecuado De Cargas. 5. Bajar De Peso Dieta Balanceada Uso De Protector Solar. Ropa Adecuada Para El Cargo, Fortalecimiento Muscular 6. Seguimiento O Valoración Nutrición De La Eps

CERTIFICO QUE NO HE OMITIDO INFORMACIÓN ACERCA DE MI ESTADO DE SALUD, TODO ES VERIDICO Y PUEDE SER CONFIRMADO.
LA HISTORIA CLINICA MÉDICA OCUPACIONAL, ES UN DOCUMENTO SOMETIDO A RESERVA DE INFORMACIÓN ESTRICTAMENTE CONFIDENCIAL. POR LO QUE LA CUSTODIA DE LAS HISTORIAS CLINICAS OCUPACIONALES, DOCUMENTOS, EXAMENES O VALORACIONES PARACLINICAS, ESTARÁ A CARGO DEL PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD OCUPACIONAL QUE LA GENERO EN EL CURSO DE LA ATENCIÓN, CUMPLIENDO LOS REQUISITOS Y PROCEDIMIENTOS DE ARCHIVO DE ACUERDO A LAS NORMAS LEGALES VIGENTES PARA LA HISTORIA CLINICA (RESOL. 2346/2007 Art. 16 RESOL. 1918/2009 Art. 1°)

Reg. 024650
U. del Norte

GLORIA MARIA CUENTAS MOJICA
Medico Ocupacional
Lic. de S.O #: 024650 del 24 Diciembre de 2015
Registro #: 085316/2009

ANA MARIA OVIEDO FERREIRA
CC 1110563470

ARL | sura

Medellín, 07 de abril de 2020

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 TEMPORALES UNO A S.A que se encuentra EN COBERTURA.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificació	Nombre	Fecha Inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante
Centro de trabajo:	0800113389 MUNICIPIO DE IBAGUE	Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6,96 %	
C111056347 0	OVIEDO FERREIRA ANA MARIA	13/04/2020		23613123	DEPENDIENTE

null

Atentamente,

Dirección de Afillaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A asi como para su desafiliación
Importante: La información contanida 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 07/04/2020 16:25:37 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pandientes de retiro.

Dirección IP: 190.146.54.236, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

FORMULARIO UNICO DE AFILIACION Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

EPS Sanitas

128984191

A. AFILIACION

Oviedo Ferreira Ana Maria

7. Tipo de documento de identidad: CC | 8. Número del documento de identidad: 1.110.563.470 | 03 10 1990

Datos Personales

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

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL: SURA | 16. Administradora de Pensiones | 17. Ingresos (sólo en Cotizantes): 2.300.000

18. Residencia: Mamara 23 Costa 7 ebiza 11 vuelta cafe' 3005984527

Teléfono Casa: 3005984527

Apellido Cuidador: Daoqui | Zona: Urbana | Localidad - Comuna | Ciudad: Tolima

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

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

24. Apellidos y Nombres: Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre

01
02
03
04
05

Datos Complementarios

25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo	28. Fecha de Nacimiento	29. Parentesco
01		Femenino Masculino		
02		Femenino Masculino		
03		Femenino Masculino		
04		Femenino Masculino		
05		Femenino Masculino		

30. Etnia	31. Discapacidad	32. Datos de Residencia	33. Tipo de la Cot. en Afiliados Adicionales (sólo para Dep.)
01	F N M T P	Dirección Piso	
02	F N M T P	Dirección Piso	
03	F N M T P	Dirección Piso	
04	F N M T P	Dirección Piso	
05	F N M T P	Dirección Piso	

Información de la EPS Previa

Nombre de la Entidad Promotora de Salud: EPS Centro Medico Abogui - Innovar Salud ars

1

Scanned with CamScanner

Temporales de A [illegible] 809.000.976-7

Cra 7 # 14-76 piso 3

Ibague Tolima

2 REPORTE DE NOVEDADES

11 Datos básicos de identificación

Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre

CC TI CC RC
CE PA PE

13 EPS anterior | 14 Fecha de radicado

[illegible] 2020

24 El empleado o persona de planilla autorizamos

Luz Elena Villada Castro

E.P.S.Sanitas

OFICINA IBAGUE

Recibido por [illegible]

13-4-20 8:00 AM

Hora

Luz Elena Villada Castro

Scanned with CamScanner

CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE FENALCO DEL TOLIMA
COMFENALCO TOLIMA
FORMULARIO DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN DE SUBSIDIO FAMILIAR
TRABAJADORES DEPENDIENTES
NIT. 890.700.148-4

1059000000143697

Antes de diligenciar este formulario lea las instrucciones que se encuentran al respaldo

I. Información del Trabajador

Identificación

1. T.D.	2. Número:	3. 1er. Apellido	2do. Apellido	1er. Nombre	2do. Nombre	4. Sexo F M
CC	1110563470	OVIEDO	FERREIRA	ANA	MARIA	X

5. Fecha de Nacimiento Año Mes Día	6. Estado Civil	7. Nivel de Escolaridad	8. Discapacidad
1995-10-03	Soltero X, Separado, Viudo, Casado, Unión Libre	Ninguno, Primaria, Bachillerato, Técnico, Tecnológico, Profesional, Nombre Profesión	Tipo, Grado, %

9. Dirección de residencia	Barrio	Municipio	Departamento
MZ 23 CA 7	URBANIZACION VILLA CAFE		

10. Tipo de Vivienda	11. Estrato	12. Teléfono	13. Celular	14. Correo Electrónico
Propia, Alquilada, Familiar		2616822	3005984527	

15. Pasaporte No.	Fecha de Vencimiento Año Mes Día	16. Pasatiempos
		Viajes, Pintura, Música, Danza, Cine, Manualidades, Informática, Teatro

17. Deportes	18. Información Caja anterior - Nombre
Fútbol, Natación, Bolos, Baloncesto, Tennis, Volleyball, Patinaje, Otros	Fecha de Ingreso: Año Mes Día — Fecha de Retiro: Año Mes Día

II. Otro Empleador (Solo en caso de que labore en una Empresa Diferente a la que reporta en el módulo VI)

19. T.D.	20. NIT	DV	21. Razón Social	22. Jornada Número Horas Mensual	23. Sector Rural, Urbano

24. Salario Fijo, Variable — Básico $ — Comisiones + Bonificaciones $	25. Cargo	26. Caja de Compensación

III. Información del Cónyuge e compañero(a) permanente

27. Cónyuge Compañero(a)	28. T.D.	29. Número	30. 1er. Apellido	2do. Apellido	1er. Nombre	2do. Nombre	31. Sexo F M

32. Fecha de Nacimiento	33. Discapacidad Tipo, Grado, %	34. Fecha de inicio de relación marital	35. Nivel de Escolaridad Ninguno, Primaria, Bachiller, Técnico, Tecnólogo, Profesional — Nombre Profesión

36. Trabaja Si No	37. T.D.	38. NIT	39. Razón Social	40. Recibe subsidio Si No

41. Caja de Compensación	42. Horas Trabajadas	43. Salario Fijo, Variable — Básico $ — Comisiones + Bonificaciones $	44. Cargo

IV. Datos del Grupo Familiar

45.	Documento		Nombres completos de beneficiarios				Sexo		Parentesco							Fecha nacimiento			Discapacidad		Tiene otra caja
	TD	Número	1er. Apellido	2do. Apellido	1er. Nombre	2do. Nombre	M	F	Hijo	Hijastro	Padre	Padrastro	Hermano	Abuelo	Nieto	Año	Mes	Día	Tipo	%	
1																					
2																					
3																					
4																					
5																					

V. Escolaridad

	Número Documento	Nombre Institución donde estudia	Nivel de escolaridad	Calendario	Grado
1					
2					
3					
4					

VI. Información Laboral

47. T.D.	48. NIT	DV	49. Razón Social	50. Sucursal	51. Div. Administ.	52. Código Nómina
NI	809000876		TEMPORALES UNO A S A	1	00	

53. Fecha de ingreso a la Empresa	54. Tipo de Contrato	55. Cargo	56. Jornada Número Horas Mensual
2020-04-13	MISION	OTRO PERSONAL DE APOYO ADMINISTRATIVO NO CLASIFICADOS EN OTROS GRUPOS PRIMARIOS	240

57. Salario Fijo, Variable N — Básico $	Comisiones + Bonificaciones $	58. Tipo Vinculación	59. % Aportes
2300000	0	DEPENDIENTE CAJA	CAJA UNIFICADO

Observaciones:

Bajo la gravedad de juramento declaro que la información suministrada es cierta y ha sido revisada personalmente. Los documentos anexos que soportan esta inscripción, serán para el uso exclusivo de Comfenalco Tolima; motivo por el cual no se devolverán a la empresa ni al trabajador. Autorizo que la información sea verificada en cualquier momento por COMFENALCO TOLIMA.

Fecha Radicacion 2020-04-08

Firma Autorizada y Sello de la Empresa

Firma y C.C. del Trabajador

Firma y Sello de recibido por Comfenalco Tolima

Generado por SIAS Virtual Caja

1 de 1

Colpensiones
Ven por tu futuro ya

El futuro es de todos

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **ANA MARIA OVIEDO FERREIRA** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1110563470,** se encuentra afiliado/a desde **04/02/2019** 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 abril de 2020.

Rosa Mercedes Niño 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.

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.110.563.470

OVIEDO FERREIRA

APELLIDOS

ANA MARIA

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 03-OCT-1995

IBAGUE
(TOLIMA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.47
ESTATURA

A+
G.S. RH

F
SEXO

04-OCT-2013 IBAGUE
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-2900100-00520285-F-1110563470-20131129 0036078337A 2 40810298

TEMPORALES UNO-A S.A.

R60707

SGS
"suministro de trabajadores en misión"

CONTRATO INDIVIDUAL DE TRABAJO DE DURACION POR LA OBRA O LABOR CONTRATADA

IB-041980

DATOS DE LA E.S.T. EMPLEADORA

NOMBRE DE LA EMPRESA	:TEMPORALES UNO-A S.A.
DOMICILIO SOCIAL Y DIRECCION	:IBAGUE, CRA 7 # 14-26 PISO 3
NIT	:809.000.876-1
REPRESENTANTE LEGAL	:NOLLY MERCEDES BELTRAN GALEANO
C.C.	:38.260.480 DE IBAGUE

DATOS DEL TRABAJADOR

NOMBRE	PEREZ LOZADA DIANA PAULINA
No. IDENTIFICACION	1,109,419,221 , PLANADAS Tel: 3138026906 Contrato:01
DOMICILIO Y RESIDENCIA	CONJ SANTELMO CALLE 145 NO.9-25 T 1 APT EL SALADO
LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO	PLANADAS, 16 DE ABRIL DE 1993

EPS: NUEVA EPS AFP: PORVENIR S.A. ARP: ARL SURA CTA:

DATOS PARA LA CONTRATACION

LUGAR DE TRABAJO	IBAGUE	
LUGAR DONDE HA SIDO CONTRATADO	IBAGUE	
SALARIO	1,300,000	Mensual
AUXILIO LEGAL DE TRANSPORTE	102,854	
OTROS PAGOS SALARIALES	0.00	
OTROS PAGOS NO SALARIALES	0.00	

PERIODOS DE PAGO DEL SALARIO	MENSUAL
CARGO PARA EL CUAL ES CONTRATADO	AUXILIAR ENFERMERIA
OBRA O LABOR DETERMINADA PARA LA CUAL SE CONTRATA	PLAN APOYO SECRETARIA DE SALUD
MOTIVO QUE DA ORIGEN A LA OBRA O LABOR	PLAN APOYO OPERATIVO
USUARIA A DONDE SE REMITE EL TRABAJADOR	MUNICIPIO DE IBAGUE
FECHA DE INICIO DE LABORES	13 DE ABRIL DE 2020
FECHA FIRMA DEL CONTRATO	07 DE ABRIL DE 2020

Servicompetentes S.A.S.

Certificado de Aptitud Laboral
Ingreso



Fecha: 07/Abr/2020, **Hora:** 11:03:37 a.m.
Apellido: PEREZ LOSADA **Nombre:** DIANA PAULINE
Tipo Doc: CC **Nro Identidad:** 1109419221
Empresa: TEMPORALES UNO A S.A.
Cargo: AUX. DE ENFERMERIA
Lugar:
Direccion: SALADO CONUJUNTO SAN TELMO TORRE 1 APT 105
Telefono: **Celular:** 3138026906 **Email:** DELDUCA079@GMAIL.COM **Estado Civil:** .:: No Aplica ::.
Ciudad: .:: No Aplica ::.

HC: # 9927
Edad: 26 años
Sexo: Femenino
Nacim: 16/Abr/1993
Rh: O+

Examenes Realizados

Serologia H, Examen Medico Ocupacional de Ingreso, Osteomuscular

Concepto Médico para Examen de Ingreso

Cumple sin restricciones ☑ Cumple con restricciones ☐

Cual:

Concepto Médico para Examen de Alturas

Apto ☐ Aplazado ☐ No Apto ☐

Concepto Médico para Examen de Periódico

Puede continuar con su labor ☐ Requiere reubicación ☐

Incluir en SVE:

Concepto Médico para Examen de Retiro

Retiro sin Patología aparente ☐ Retiro con Patología para seguimiento en EPS ☐ ARL ☐

Cual:

Concepto Médico para Examen Especial

Observaciones y Recomendaciones

1.Inducción En El Cargo, 2. Se Dan Recomendaciones Sobre Realización De Pausas Activas 3.Ejercicio Físico 3 Veces Por Semana. 4. Utilizar Epp Según La Exposición, Higiene Postural Y De Columna, Hábitos Saludables, Manejo Adecuado De Cargas. 5. Bajar De Peso Dieta Balanceada Uso De Protector Solar. Ropa Adecuada Para El Cargo, Fortalecimiento Muscular 6. Seguimiento O Valoración Nutrición De La Eps

CERTIFICO QUE NO HE OMITIDO INFORMACIÓN ACERCA DE MI ESTADO DE SALUD. TODO ES VERIDICO Y PUEDE SER CONFIRMADO

LA HISTORIA CLINICA MÉDICA OCUPACIONAL, ES UN DOCUMENTO SOMETIDO A RESERVA DE INFORMACIÓN ESTRICTAMENTE CONFIDENCIAL, POR LO QUE LA CUSTODIA DE LAS HISTORIAS CLINICAS OCUPACIONALES, DOCUMENTOS, EXAMENES O VALORACIONES PARACLINICAS, ESTARÁ A CARGO DEL PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD OCUPACIONAL QUE LA GENERO EN EL CURSO DE LA ATENCIÓN, CUMPLIENDO LOS REQUISITOS Y PROCEDIMIENTOS DE ARCHIVO DE ACUERDO A LAS NORMAS LEGALES VIGENTES PARA LA HISTORIA CLINICA (RESOL. 2346 2007 Art. 16 RESOL. 1918 2009. Art. 1°-4)

Gloria Cuentas M.
Medico S.S.O. S.A.S
Reg. 024650
U. del Norte

GLORIA MARIA CUENTAS MOJICA
Medico Ocupacional
Lic. de S.O #: 024650 del 24 Diciembre de 2015
Registro #: 085316/2009

Diana Perez

DIANA PAULINE PEREZ LOSADA
CC 1109419221

ARL | sura

Medellín, 07 de abril de 2020

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 TEMPORALES UNO A S.A que se encuentra EN COBERTURA.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificació	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante
Centro de trabajo: 0800113389 MUNICIPIO DE IBAGUE		Clase: 5	Porcentaje Cotización: 6,96 %		
C110941922 1	PEREZ LOZADA DIANA PAULINA	13/04/2020		1441187V	DEPENDIENTE

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 07/04/2020 17:41:54 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 190.146.54.236, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 07/04/2020, el empleador TEMPORALES UNO A S.A. identificado con NIT número 809000876 registró la siguiente solicitud de reingreso en nuestro portal transaccional.

NÚMERO DE RADICACIÓN	FECHA DE RADICACIÓN	TIPO DE SOLICITUD
2542924	07/04/2020	Reingresos

DETALLE

TIPO IDENTIFICACIÓN	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA REINGRESO
CÉDULA DE CIUDADANÍA	1109419221	DIANA PAULINA PEREZ LOZADA	1300000	AUXILIAR DE ENFERMERIA	2020-04-13

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 7 días del mes de Abril del año 2020.

Cordialmente,

GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES

Nueva EPS

porvenir
sólo hay uno

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS PORVENIR S.A.
En su condición de administradora del
FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR
NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

DIANA PAULINA PEREZ LOZADA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.109.419.221**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir.**

La presente certificación se expide el 01 de Abril del 2020.

Cordialmente,

Vicepresidente de Clientes y Operaciones

Tenga en cuenta:

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

CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE FENALCO DEL TOLIMA
COMFENALCO TOLIMA
FORMULARIO DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN DE SUBSIDIO FAMILIAR
TRABAJADORES DEPENDIENTES
NIT. 890.700.148-4

1059000000143693

Antes de diligenciar esta formulario lea las instrucciones que se encuentran al respaldo

Identificación — I. Información del Trabajador

1. T.D.	2. Número	3. 1er. Apellido	2do. Apellido	1er. Nombre	2do. Nombre	4. Sexo
CC	1109419221	PEREZ LOZADA		DIANA	PAULINA	F X M

5. Fecha de Nacimiento (Año Mes Día)	6. Estado Civil	7. Nivel de Escolaridad	8. Discapacidad
1993-04-16	Soltero X, Casado, Separado, Unión Libre, Viudo	Ninguna, Primaria, Bachillerato, Técnico, Tecnológico, Profesional, Nombre Profesión	Tipo 4, Grado, %

9. Dirección de residencia	Barrio	Municipio	Departamento
CL 145 9 25 BRR EL SALADO	IBAGUE		

10. Tipo de Vivienda	11. Estrato	12. Teléfono	13. Celular	14. Correo Electrónico
Propia, Alquilada, Familiar		2633856	3138026906	

15. Pasaporte No. / Fecha de Vencimiento (Año Mes Día)	16. Pasatiempos
	Viajes, Pintura, Música, Danza, Cine, Manualidades, Informática, Teatro

17. Deportes	18. Información Caja anterior - Nombre
Fútbol, Natación, Bolos, Bolencesia, Tenis, Voleybol, Patinaje, Otros	Fecha de Ingreso: Año, Mes, Día — Fecha de Retiro: Año, Mes, Día

II. Otro Empleador (Solo en caso de que labore en una Empresa Diferente a la que reporta en el módulo VI)

19. T.D.	20. NIT	DV	21. Razón Social	22. Jornada (Número Horas Mensual)	23. Sector (Rural, Urbano)

24. Salario (Fijo, Variable)	Básico $	Comisiones + Bonificaciones $	25. Cargo	26. Caja de Compensación

III. Información del Cónyuge o compañero(a) permanente

27. Cónyuge (Compañero(a))	28. T.D.	29. Número	30. 1er. Apellido	2do. Apellido	1er. Nombre	2do. Nombre	31. Sexo F M

32. Fecha de Nacimiento	33. Discapacidad (Tipo, Grado %)	34. Fecha de Inicio de relación marital	35. Nivel de Escolaridad (Ninguno, Primaria, Bachiller, Técnico, Tecnólogo, Profesional)	Nombre Profesión

36. Trabaja S No	37. T.D.	38. Nit	39. Razón Social	40. Recibe subsidio S No

41. Caja de Compensación	42. Horas Trabajadas	43. Salario (Fijo, Variable)	Básico $	Comisiones + bonificaciones $	44. Cargo

IV. Datos del Grupo Familiar

45.	Documento TD	Documento Número	Nombres completos de beneficiarios 1er. Apellido	2do. Apellido	1er. Nombre	2do. Nombre	Sexo M	Sexo F	Parentesco Hijo	Parentesco Padres	Parentesco Hermano	Parentesco Incapacitado	Fecha nacimiento Año	Mes	Día	Datos parciales Tipo	Datos parciales Grado	Datos parciales %	Solicitud en Línea
1																			
2																			
3																			
4																			
5																			

V. Escolaridad

	Número Documento	Nombre Institución donde estudia	Nivel de escolaridad	Calendario	Grado
1					
2					
3					
4					

VI. Información Laboral

47. T.C.	48. NIT	DV	49. Razón Social	50. Sucursal	51. Div. Administ.	52. Código Nómina
NI	809000876		TEMPORALES UNO A S A	1	00	

53. Fecha de ingreso a la Empresa	54. Tipo de Contrato	55. Cargo	56. Jornada (Número Horas Mensual)
2020-04-13	MISION	OTRO PERSONAL DE APOYO ADMINISTRATIVO NO CLASIFICADOS EN OTROS GRUPOS PRIMARIOS	240

57. Salario (Fijo, Variable N)	Básico $	Comisiones + Bonificaciones $	58. Tipo Vinculación	59. % Aportes
	1300000	0	DEPENDIENTE CAJA	CAJA UNIFICADO

Observaciones

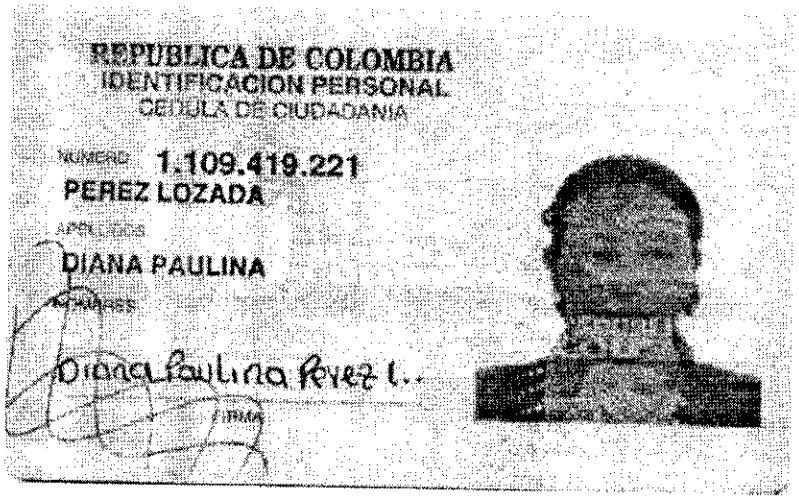
Bajo la gravedad de juramento declaro que la información suministrada es cierta y ha sido revisado personalmente. Los documentos anexos que soportan este inscripción, serán para el uso exclusivo de Comfenalco Tolima; motivo por el cual no se devolverán a la empresa ni al trabajador. Autorizo que la información sea verificada en cualquier momento por COMFENALCO TOLIMA.

Fecha Radicación 2020-04-08

Firma Autorizada y Sello de la Empresa | Firma y C.C. del Trabajador | Firma y Sello de recibido por Comfenalco Tolima

Generado por Sitio Virtual Caja

DIANA PAULINA PEREZ LOZADA
C.C. 1.109419.221


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 1.109.419.221
PEREZ LOZADA
APELLIDOS
DIANA PAULINA
NOMBRES
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 16-ABR-1993
PLANADAS
(TOLIMA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.68 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
12-DIC-2012 PLANADAS
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
INDICE DERECHO
REGISTRADOR NACIONAL
P-2906900-00436106-F-1109419221-20130519 0033033350A 1 38125560

TEMPORALES UNO-A S.A.

R60707

SGS
"suministro de trabajadores en misión"

CONTRATO INDIVIDUAL DE TRABAJO DE DURACION POR LA OBRA O LABOR CONTRATADA

IB-041989

DATOS DE LA E.S.T. EMPLEADORA

NOMBRE DE LA EMPRESA	:TEMPORALES UNO-A S.A.
DOMICILIO SOCIAL Y DIRECCION	:IBAGUE, CRA 7 # 14-26 PISO 3
NIT	:809.000.876-1
REPRESENTANTE LEGAL	:NOLLY MERCEDES BELTRAN GALEANO
C.C.	:38.260.480 DE IBAGUE

DATOS DEL TRABAJADOR

NOMBRE	RAMIREZ TOVAR MARIANNE FERNANDA
No. IDENTIFICACION	1,007,787,884 , SANTA ISABEL Tel: 3123121351 Contrato:02
DOMICILIO Y RESIDENCIA	CALLE 40 NO. 9-30 GAITÁN PARTE ALTA
LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO	IBAGUE, 30 DE JUNIO DE 2000

EPS: SALUD TOTAL EPS AFP: PORVENIR S.A. ARP: ARL SURA CTA: 5752030487 COLPATRIA

DATOS PARA LA CONTRATACION

LUGAR DE TRABAJO	IBAGUE	
LUGAR DONDE HA SIDO CONTRATADO	IBAGUE	
SALARIO	1,300,000	Mensual
AUXILIO LEGAL DE TRANSPORTE	102,854	
OTROS PAGOS SALARIALES	0.00	
OTROS PAGOS NO SALARIALES	0.00	
PERIODOS DE PAGO DEL SALARIO	MENSUAL	
CARGO PARA EL CUAL ES CONTRATADO	AUXILIAR ENFERMERIA	
OBRA O LABOR DETERMINADA PARA LA CUAL SE CONTRATA	PLAN APOYO SECRETARIA DE SALUD	
MOTIVO QUE DA ORIGEN A LA OBRA O LABOR	PLAN APOYO OPERATIVO	
USUARIA A DONDE SE REMITE EL TRABAJADOR	MUNICIPIO DE IBAGUE	
FECHA DE INICIO DE LABORES	13 DE ABRIL DE 2020	
FECHA FIRMA DEL CONTRATO	08 DE ABRIL DE 2020	

Servicompetentes S.A.S

Certificado de Aptitud Laboral
Ingreso



Fecha: 08/Abr/2020, **Hora:** 09:09:26 a.m.
Apellido: RAMIREZ TOVAR
Nombre: MARIANNE FERNANDA
Tipo Doc: CC
Nro Identidad: 1007787884
Empresa: TEMPORALES UNO A S.A.
Cargo: AUX. DE ENFERMERIA
Lugar:
Direccion: CALLE 40 N 9-30 GAITAN
Telefono: **Celular:** 3123121351 **Email:** FERNANDARAMIREZ.20MC@HOTMAIL.COM **Estado Civil:** Soltero
Ciudad: Tolima - Ibagué

HC: # 9947
Edad: 19 años
Sexo: Femenino
Nacim: 30/Jun/2000
Rh: B+

Examenes Realizados
Serologia II, Examen Medico Ocupacional de Ingreso, Osteomuscular

Concepto Medico para Examen de Ingreso
Cumple sin restricciones ☑ Cumple con restricciones ☐
Cual:

Concepto Medico para Examen de Alturas
Apto ☐ Aplazado ☐ No Apto ☐

Concepto Medico para Examen de Periodico
Puede continuar con su labor ☐ Requiere reubicación ☐
Incluir en SVE:

Concepto Medico para Examen de Retiro
Reuro sin Patología aparente ☐ Retiro con Patología para seguimiento en EPS ☐ ARL ☐
Cual:

Concepto Medico para Examen Especial

Observaciones y Recomendaciones
1.Inducción En El Cargo, 2. Se Dan Recomendaciones Sobre Realización De Pausas Activas 3.Ejercicio Físico 3 Veces Por Semana. 4. Utilizar Epp Según La Exposición, Higiene Postural Y De Columna, Hábitos Saludables, Manejo Adecuado De Cargas. 5. Bajar De Peso Dieta Balanceada Uso De Protector Solar. Ropa Adecuada Para El Cargo, Fortalecimiento Muscular 6. Seguimiento O Valoración Nutrición De La Eps

CERTIFICO QUE NO HE OMITIDO INFORMACIÓN ACERCA DE MI ESTADO DE SALUD, TODO ES VERIDICO Y PUEDE SER CONFIRMADO.
LA HISTORIA CLINICA MÉDICA OCUPACIONAL, ES UN DOCUMENTO SOMETIDO A RESERVA DE INFORMACION ESTRICTAMENTE CONFIDENCIAL. POR LO QUE LA CUSTODIA DE LAS HISTORIAS CLINICAS OCUPACIONALES, DOCUMENTOS, EXAMENES O VALORACIONES PARACLINICAS, ESTARÁ A CARGO DEL PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD OCUPACIONAL QUE LA GENERO EN EL CURSO DE LA ATENCIÓN, CUMPLIENDO LOS REQUISITOS Y PROCEDIMIENTOS DE ARCHIVO DE ACUERDO A LAS NORMAS LEGALES VIGENTES PARA LA HISTORIA CLINICA (RESOL. 2346/2007 Art. 16 RESOL. 1915/2009 Art. 17-1)

Gloria Cuentas M
Medico E.S.P. S.S.T
Reg. 024650
U. del Norte

GLORIA MARIA CUENTAS MOJICA
Medico Ocupacional
Lic. de S.O #: 024650 del 24 Diciembre de 2015
Registro #: 085316/2009

MARIANNE FERNANDA RAMIREZ TOVAR
CC 1007787884

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4005049925	0|8|0|4|2|0|2|0

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

1.tipo de tramite	2.Tipo afiliacion		3.Regimen
A. Afiliación ☐ B.Reporte de Novedades ☒	B. Colectiva ☐	A. Individual: -Cotizante Cabeza de familia ☒ -Beneficiario afiliado adicional ☐ B. Institucional ☐ B. De oficio ☐	A.Contributivo ☒ B.Subsidiado ☐
4. Tipo de afiliado	**5. Tipo de cotizante**		**Codigo** (a registrar por la EPS)
A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐	A. Dependiente ☒ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐		

A. AFILIACIÓN

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

6.Apellidos y nombres			
RAMIREZ (Primer apellido)	TOVAR (Segundo apellido)	MARIANNE (Primer nombre)	FERNANDA (Segundo nombre)
7.Tipo documento de identidad	**8.Número del documento de identidad**	**9.Sexo**	**10.Fecha de nacimiento**
CC	1007787884	Femenino ☒ Masculino ☐	3|0|0|6|2|0|0|0

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11.Etnia	12.Discapacidad	13.Puntaje SISBEN	14.Grupo de poblacion especial
6	Tipo FNIM Condicion TIP		

15. Administradora de riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotizacion - IBC
SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA S.A.	PORVENIR FPC	1300000

18.Residencia

Dirección	Telefono fijo	Telefono celular	Correo electronico
CL 18 11A 35		3123121351	FERNANDARAMIREZ.20MC@HOTMAIL.COM

Municipio/Distrito	zona	Localidad / comuna	Departamento
IBAGUE	Urbana ☒ Rural ☐		TOLIMA

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

Datos basicos 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	I	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 LA QUINTA - VS LA QUINTA	VSLAQUINTA - VSLAQUINTA
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 documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS)
TEMPORALES UNO A S.A	NIT	809000876	01

39.Ubicación				
Dirección: CR 7 14 26 TERCER PI	Telefono: 2633656	Correo electrónico: CONTRATACION@TEMPORALESUNOA.COM.CO	Municipio/distrito: IBAGUE	Departamento: TOLIMA

No de Radicacion
4005049925

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|3|0|4|2|0|2|0

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 Contributve,Especial o de Excepción.
- 48. ☐ Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso forfuite que impiden la entrega de documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- 49. ☐ Declaración de no información del cotizante,cabaza de familia ,beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Salud .
- 50. ☒ Autorización para que la EPS solicite y obtenga dplos y copia de la historia clinica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficieries 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 parsonales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo arovisto en la ley 1581 de 2012 y el Decreto 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 separación de cuerpos y escritura pública,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la union marital.
- ☐ 60. Copia certificado de adopción o acta de entrega del menor
- ☐ 61.Copia orden judicial o acto administrativo de custodia.
- ☐ 62.Documento en que conste la perdida de la patria potestad, o el certificaco de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los padres.
- ☐ 63.Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud
- ☐ 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 consista 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 marcadaa y/o diligenciadas en el capitulo VII Declaraciones y IX. Autorizaciones, asi como la veracidad de las demás información registrada.

CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE FENALCO DEL TOLIMA
COMFENALCO TOLIMA
FORMULARIO DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN DE SUBSIDIO FAMILIAR
TRABAJADORES DEPENDIENTES
NIT. 890.700.148-4

1059000000143709

Antes de diligenciar este formulario lea las instrucciones que se encuentran al respaldo

Identificación

I. Información del Trabajador

1. T.D.	2. Número:	3. 1er. Apellido	2do. Apellido	1er. Nombre	2da. Nombre	4. Sexo
CC	1007787884	RAMIREZ TOVAR		MARIANNE	FERNANDA	F X M

5. Fecha de Nacimiento: Año 2000 Mes 06 Día 30

6. Estado Civil: Soltero X Separado Viuda Casado Unión Libre

7. Nivel de Escolaridad: Ninguno Bachillerato Tecnológico Profesional Primaria Técnico Nombre Profesión

8. Discapacidad: Tipo Grado %

9. Dirección de residencia: CL 18 11 A 35 | Barrio: ANCON | Municipio | Departamento

10. Tipo de Vivienda: Propia Alquilada Familiar | 11. Estrato | 12. Teléfono: 2616822 | 13. Celular: 3123121351 | 14. Correo Electrónico: FERNANDARAMIREZ.20MC@HOTMAIL.COM

15. Pasaporte No: | Fecha de Vencimiento: Año Mes Día

16. Pasatiempos: Viajes Pintura Música Danza Cine Manualidades Informática Teatro

17. Deportes: Fútbol Natación Bolos Baloncesto Tennis Volleyball Patinaje Otros

18. Información Caja anterior - Nombre | Fecha de Ingreso: Año Mes Día | Fecha de Retiro: Año Mes Día

II. Otro Empleador (Solo en caso de que labore en una Empresa Diferente a la que reporta en el módulo VI)

25. T.a.	26. NIT	DV	27. Razón Social	22. Jornada: Número Horas Mensual	23. Sector: Rural Urbano

24. Salario: Fijo Variable | Básico $ | Comisiones + Bonificaciones $ | 25. Carga | 26. Caja de Compensación

III. Información del Cónyuge o compañero(a) permanente

27. Cónyuge Compañero(a)	28. T.D.	29. Número:	30. 1er. Apellido	2do. Apellido	1er. Nombre	2do. Nombre	31. Sexo F M

32. Fecha de Nacimiento | 33. Discapacidad: Tipo Grado % | 34. Fecha de Inicio de relación marital | 35. Nivel de Escolaridad: Ninguno Bachiller Tecnólogo Primaria Técnico Profesional | Nombre Profesión

36. Trabaja: Si No | 37. T.D. | 38. Nit | 39. Razón Social | 40. Recibe subsidio: Si No

41. Caja de Compensación | 42. Horas Trabajadas | 43. Salario: Fijo Variable | Básico $ | Comisiones + Bonificaciones $ | 44. Cargo

IV. Datos del Grupo Familiar

45.	Documento: TD	Número	Nombres completos de beneficiarios: 1er. Apellido	2do. Apellido	1er. Nombre	2do. Nombre	Sexo: M	F	Parentesco: Hijo(a)	Padrastro	Hijastro	Padre	Madre	Abuelo(a)	Hermano(a)	Nieto(a)	Fecha nacimiento: Año	Mes	Día	Discapacidad: T	G	%	Estudios otra caja
1																							
2																							
3																							
4																							
5																							

V. Escolaridad

	Número Documento	Nombre Institución donde estudia	Nivel de escolaridad	Calendario	Grado
1					
2					
3					
4					

VI. Información Laboral

47. T.D.	48. NIT	DV	49. Razón Social	50. Sucursal	51. Div. Ajemara	52. Código Nómina
NI	809000876		TEMPORALES UNO A S A	1	00	

53. Fecha de Ingreso a la Empresa	54. Tipo de Contrato	55. Cargo	56. Jornada: Número Horas Mensual
2020-04-13	MISION	OTRO PERSONAL DE APOYO ADMINISTRATIVO NO CLASIFICADOS EN OTROS GRUPOS PRIMARIOS	240

57. Salario: Fijo Variable N | Básico $ 1300000 | Comisiones + Bonificaciones $ 0 | 58. Tipo Vinculación: DEPENDIENTE CAJA | 59. % Aportes: CAJA UNIFICADO

Observaciones

Bajo la gravedad de juramento declaro que la información suministrada es cierta y ha sido revisada personalmente. Los documentos anexos que soportan esta inscripción, serán para el uso exclusivo de Comfenalco Tolima; motivo por el cual no se devolverán a la empresa ni al trabajador. Autorizo que la información sea verificada en cualquier momento por COMFENALCO TOLIMA.

Fecha Radicación 2020-04-08

Firma Autorizada y Sello de la Empresa

Firma y C.C. del Trabajador cc 1007787884

Firma y Sello de recibido por Comfenalco Tolima

Generado por Sistema Virtual Caja

porvenir

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS PORVENIR S.A.
En su condición de administradora del
FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR
NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

MARIANNE FERNANDA RAMIREZ TOVAR, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.007.787.884**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

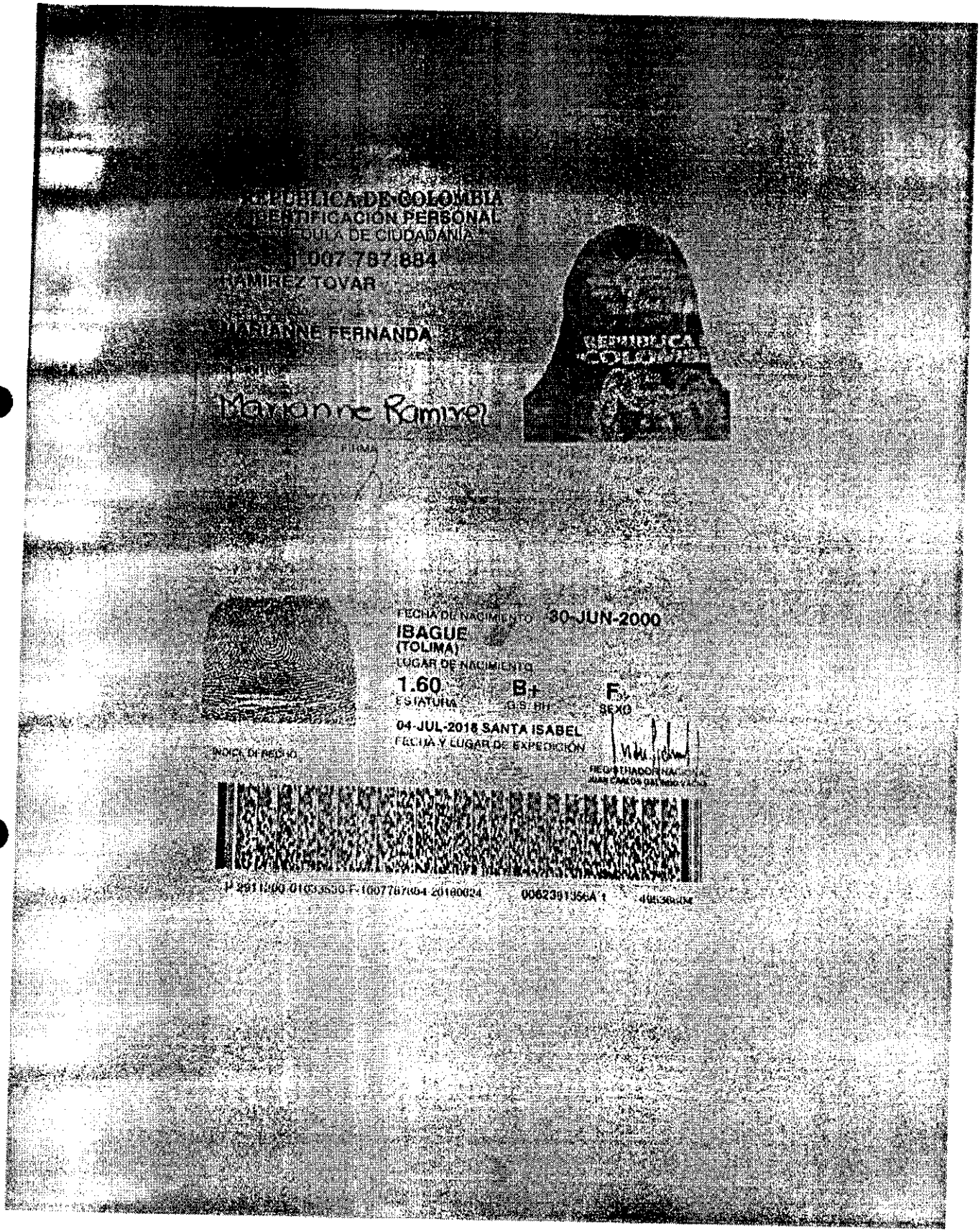
La presente certificación se expide el 08 de Abril del 2020.

Cordialmente,

Vicepresidente de Clientes y Operaciones

Tenga en cuenta:

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



Scanned by TapScanner

TEMPORALES UNO-A S.A.

R60707

"suministro de trabajadores en misión"

CONTRATO INDIVIDUAL DE TRABAJO DE DURACION POR LA OBRA O LABOR CONTRATADA

IB-041972

DATOS DE LA E.S.T. EMPLEADORA

NOMBRE DE LA EMPRESA	:TEMPORALES UNO-A S.A.
DOMICILIO SOCIAL Y DIRECCION	:IBAGUE, CRA 7 # 14-26 PISO 3
NIT	:809.000.876-1
REPRESENTANTE LEGAL	:NOLLY MERCEDES BELTRAN GALEANO
C.C.	:38.260.480 DE IBAGUE

DATOS DEL TRABAJADOR

NOMBRE	RAMOS ZARTA LEIDY YINETH
No. IDENTIFICACION	1,110,471,430 , IBAGUE Tel: 3102829971 Contrato:01
DOMICILIO Y RESIDENCIA	LA HACIENDA TORRE 2 APTO. 107 BARRIO UNICO
LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO	PURIFICACION, 06 DE MARZO DE 1988

EPS: SALUD TOTAL EPS AFP: PORVENIR S.A. ARP: ARL SURA CTA: 2742006456 COLPATRIA

DATOS PARA LA CONTRATACION

LUGAR DE TRABAJO	IBAGUE	
LUGAR DONDE HA SIDO CONTRATADO	IBAGUE	
SALARIO	3,000,000	Mensual
AUXILIO LEGAL DE TRANSPORTE	0	
OTROS PAGOS SALARIALES	0.00	
OTROS PAGOS NO SALARIALES	0.00	
PERIODOS DE PAGO DEL SALARIO	MENSUAL	
CARGO PARA EL CUAL ES CONTRATADO	AUDITORA	
OBRA O LABOR DETERMINADA PARA LA CUAL SE CONTRATA	PLAN APOYO SECRETARIA DE SALUD	
MOTIVO QUE DA ORIGEN A LA OBRA O LABOR	PLAN APOYO OPERATIVO	
USUARIA A DONDE SE REMITE EL TRABAJADOR	MUNICIPIO DE IBAGUE	
FECHA DE INICIO DE LABORES	13 DE ABRIL DE 2020	
FECHA FIRMA DEL CONTRATO	07 DE ABRIL DE 2020	

Servicompetentes SAS

Certificado de Aptitud Laboral
Ingreso



Fecha: 07/Abr/2020, **Hora:** 07:32:54 a.m.
Apellido: ZARTA RAMOS
Nombre: LEIDY YINETH
Tipo Doc: CC
Nro Identidad: 1110471430
Empresa: TEMPORALES UNO A S.A.
Cargo: AUDITOR
Lugar:
Direccion: CONDOMINIO LA HACIENDA TORRE 2 APT 107
Telefono: **Celular:** 3102829971 **Email:** YINETH_59@HOTMAIL.COM **Estado Civil:** Soltero
Ciudad: Tolima - Ibagué

HC: # 9906
Edad: 32 años
Sexo: Femenino
Nacim: 06/Mar/1988
Rh: O+

Examenes Realizados

Serologia II, Examen Medico Ocupacional de Ingreso, Osteomuscular

Concepto Medico para Examen de Ingreso

Cumple sin restricciones ☑ Cumple con restricciones ☐

Cual:

Concepto Medico para Examen de Alturas

Apto ☐ Aplazado ☐ No Apto ☐

Concepto Medico para Examen de Periodico

Puede continuar con su labor ☐ Requiere reubicación ☐

Incluir en SVE:

Concepto Medico para Examen de Retiro

Retiro sin Patología aparente ☐ Retiro con Patología para seguimiento en EPS ☐ ARL ☐

Cual:

Concepto Medico para Examen Especial

Observaciones y Recomendaciones

1.Inducción En El Cargo, 2. Se Dan Recomendaciones Sobre Realización De Pausas Activas 3.Ejercicio Físico 3 Veces Por Semana. 4. Utilizar Epp Según La Exposición, Higiene Postural Y De Columna, Hábitos Saludables, Manejo Adecuado De Cargas. 5. Bajar De Peso Dieta Balanceada Uso De Protector Solar. Ropa Adecuada Para El Cargo, Fortalecimiento Muscular 6. Seguimiento O Valoración Nutrición De La Eps

CERTIFICO QUE NO HE OMITIDO INFORMACIÓN ACERCA DE MI ESTADO DE SALUD, TODO ES VERIDICO Y PUEDE SER CONFIRMADO.

LA HISTORIA CLINICA MÉDICA OCUPACIONAL, ES UN DOCUMENTO SOMETIDO A RESERVA DE INFORMACIÓN ESTRICTAMENTE CONFIDENCIAL, POR LO QUE LA CUSTODIA DE LAS HISTORIAS CLINICAS OCUPACIONALES, DOCUMENTOS, EXAMENES O VALORACIONES PARACLINICAS, ESTARÁ A CARGO DEL PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD OCUPACIONAL QUE LA GENERO EN EL CURSO DE LA ATENCIÓN, CUMPLIENDO LOS REQUISITOS Y PROCEDIMIENTOS DE ARCHIVO DE ACUERDO A LAS NORMAS LEGALES VIGENTES PARA LA HISTORIA CLINICA (RESOL. 2346/2007 Art. 16 RESOL. 1918/2009 Art. 13-1)

Gloria Cuentas M
Medico S.O. S.S.T
Reg. 024650
U. del Norte

GLORIA MARIA CUENTAS MOJICA
Medico Ocupacional
Lic. de S.O #: 024650 del 24 Diciembre de 2015
Registro #: 085316/2009

LEIDY YINETH ZARTA RAMOS
CC 1110471430

ARL | sura

Medellín, 07 de abril de 2020

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 TEMPORALES UNO A S.A que se encuentra EN COBERTURA.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificació	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante
Centro de trabajo: 0800113389 MUNICIPIO DE IBAGUE		Clase: 5	Porcentaje Cotización: 6,96 %		
C111047143 0	RAMOS ZARTA LEIDY YINETH	13/04/2020		129223v2	DEPENDIENTE

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 07/04/2020 14:50:35 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 190.146.54.236, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4005048314	07/04/20/20

I. DATOS DEL TRÁMITE

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

1.tipo de tramite: A. Afiliación ☐ B.Reporte de Novedades ☒

2.Tipo afiliacion: A. Individual: -Cotizante Cabeza de familia ☒ -Beneficiario afiliado adicional ☐ B. Institucional ☐ B. Colectiva ☐ B. De oficio ☐

3.Regimen: 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 ☐

Codigo (a registrar por la EPS): 1

A. AFILIACIÓN

II. DATOS BASICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabaza de familia)

6.Apellidos y nombres			
RAMOS (Primer apellido)	ZARTA (Segundo apellido)	LEIDY (Primer nombre)	YINETH (Segundo nombre)
7.Tipo documento de identidad	**8.Número del documento de identidad**	**9.Sexo**	**10.Fecha de nacimiento**
CC	1110471430	Femenino ☒ Masculino ☐	06/03/1988

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11.Etnia	12.Discapacidad		13.Puntaje SISBEN	14.Grupo de poblacion especial
6	Tipo FNM	Condicion TP		

15. Administradora de riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotizacion - IBC
SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA S.A.	PORVENIR FPC	3000000

18.Residencia			
HC CONDOMINIO CAMPESTRE T2 AP 107 (Dirección)	Telefono fijo	3102829971 (Telefono celular)	YINETH_59@HOTMAIL.COM (Correo electronico)
IBAGUE (Municipio/Distrito)	zona: Urbana ☒ Rural ☐	Localidad / comuna	TOLIMA (Departamento)

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

Datos basicos 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			Condición	
		F	Tipo N	M	I	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 UAB VARSOVIA - VS UOD VARSOVIA	vsuabvarso - vsuodvarso
B	-	-
B	-	-
B	-	-

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de identificación	37. Numero de documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
TEMPORALES UNO A S.A	NIT	809000876	01

39.Ubicación				
CR 7 14 26 TERCER PI (Dirección)	2633856 (Teléfono)	CONTRATACION@TEMPORALESUNOA.COM.CO (Correo electrónico)	IBAGUE (Municipio/distrito)	TOLIMA (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/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. Inicia 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 afiliecisnes 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. Diferante régimen
- ☐ 15. Reporte de fallecimiento
- ☐ 16.Reporte del trsmite 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: Femenino ☐ Masculino ☐	Fecha de nacimiento	42.Fecha: 1 3 6 4 2 0 2 0
43.EPS anterior	44.Motivo de traslado Código:	45.Caja de Compensación Femiliar o pegador de pensiones		

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- 46. ☐ Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliadoa 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. ☐ Declaracion de no información del cotizente,cabeza de familia ,beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Salud .
- 50. ☒ Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
- 51. ☒ Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que 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 envie información al correo electronico o celular como mensaje de texto

VIII. FIRMAS

54. Cotizante o cabeza de familia o bensficiario	55. El empleador aportente o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de oficio
Leidy Yineth Ramos Zorto	

IX.ANEXOS

- ☐ 56.Anexo Copia del documento de identidad: CN. ☐ RC. ☐ TI. ☐ CC. ☒ PA. ☐ CE. ☐ CD. ☐ SC. ☐
  Cantidad: 1 Total: 1
- ☐ 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 meritat.
- ☐ 59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare al divorcio ,santencia judicial para que declare la separación de cuerpos y escritura pública,acta de conciliacion o sentencia judicial que declare la terminación de la union marital.
- ☐ 60. Copia certificado de adopción o acta de entrega del menor
- ☐ 61.Copia arden judicial o acta administrativo de custodia.
- ☐ 62.Documento en que consta la perdida de la patria potestad, o el certificeco 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		67. Datos del SISBEN			68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación
Código del municipio	Código del Departamento	Número ficha	Puntaje	Nivel		

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 capitulo VII Declaraciones y IX. Autorizaciones, así como la veracidad de las demás información registrada.

CUESTIONARIO CARTA DE DERECHOS DEL AFILIADO Y DEL PACIENTE Y CARTA DE DESEMPEÑO

Información para ser diligenciada por el cotizante del grupo familiar:

Primer apellido	Segundo apellido (o de casada)	Primer nombre	Segundo nombre
RAMOS	ZARTA	LEIDY	YINETH

No de identificación	Tipo de documento	Fecha de nacimiento	Sexo	Fecha diligenciamiento
1110471430	X	1988 03 06	X	2020 04 07

Apreciado usuario: La Carta de derechos del afiliado y del paciente y la carta de desempeño son unas importantes herramientas de consulta para que conozca sus derechos y deberes, al igual que la infraestructura con la que contamos para brindarle la mejor atención, lo estipulado en normatividad vigente y, por supuesto, los canales de comunicaciones con los que puede hacernos llegar sus comentarios y sugerencias.

Con el fin de garantizar la entrega de este importante documento le solicitamos responder el siguiente cuestionario:

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? X
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? X
3. ¿Leyó el contenido de la Carta de Derechos y deberes del afiliado y del paciente? X
4. ¿Leyó el contenido de la Carta de Desempeño de la EPS? X
5. ¿Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información fue asesorado adecuadamente por la EPS? X

Con su aprobación para el envío de información por medios electrónicos, usted recibirá nuestras comunicaciones relacionadas con novedades de su afiliación y/o de alguno de sus beneficiarios, recordatorio de citas médicas, adicionalmente le remitiremos información de campañas, planes de promoción y prevención diseñados para su bienestar y el de su grupo familiar y en general todo lo que impacte en el cuidado de la salud.

Yo: LEIDY YINETH RAMOS ZARTA identificado con el documento de identidad número: 1110471430, X autorizo a Salud Total EPS a enviarme información vía email y/o medios electrónicos.

Firma Cotizante: Leidy Yineth Ramos Zarta

Tu salud no es a medias debe ser total SaludTotal EPS

www.saludtotal.com.co
Línea local en Bogotá 4854555
Línea gratuita de atención al cliente 018000114524
Síguenos en Salud Total EPS. Oficial

Huella digital
(en caso de no saber firmar)
F309-RVA V1.0-2013

CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE FENALCO DEL TOLIMA
COMFENALCO TOLIMA
FORMULARIO DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN DE SUBSIDIO FAMILIAR
TRABAJADORES DEPENDIENTES
NIT. 890.700.148-4

1059000000143695

Antes de diligenciar este formulario lea las instrucciones que se encuentran al respaldo

Identificación

I. Información del Trabajador

1. T.D.	2. Número:	3. 1er. Apellido	2do. Apellido	1er. Nombre	2do. Nombre	4. Sexo
CC	1110471430	RAMOS	ZARTA	LEIDY	YINETH	F X M

5. Fecha de Nacimiento (Año Mes Día)	6. Estado Civil	7. Nivel de Escolaridad	8. Discapacidad
1988-03-06	Soltero X Casado Separado Unión Libre Viudo	Ninguno Primaria Bachillerato Técnico Tecnológico Profesional Nombre Profesión	Tipo 4 Grado %

9. Dirección de residencia	Barrio	Municipio	Departamento
AV AMBALA CL 101 CONDOMINIO HACIENDA TO 2 AP 107		IBAGUE	

10. Tipo de Vivienda	11. Estrato	12. Teléfono	13. Celular	14. Correo Electrónico
Propia Alquilada Familiar		2714107	3212011556	yineth-59@hotmail.com

15. Pasaporte No. Fecha de Vencimiento: Año Mes Día

16. Pasatiempos: Viajes Pintura Música Danza Cine Manualidades Informática Teatro

17. Deportes: Fútbol Natación Bolos Baloncesto Tenis Volleyball Patinaje Otros

18. Información Caja anterior - Nombre: Fecha de Ingreso: Año Mes Día — Fecha de Retiro: Año Mes Día

II. Otro Empleador (Solo en caso de que labore en una Empresa Diferente a la que reporta en el módulo VI)

19. T.D.	20. NIT	DV	21. Razón Social	22. Jornada: Número Horas Mensual	23. Sector: Rural Urbano

24. Salario: Fijo Variable	Básico $	Comisiones + Bonificaciones $	25. Cargo	26. Caja de Compensación

III. Información del Cónyuge o compañero(a) permanente

27. Cónyuge Compañero(a)	28. T.D.	29. Número:	30. 1er. Apellido	2do. Apellido	1er. Nombre	2do. Nombre	31. Sexo F M

32. Fecha de Nacimiento	33. Discapacidad: Tipo Grado %	34. Fecha de Inicio de relación marital	35. Nivel de Escolaridad: Ninguno Primaria Bachiller Técnico Tecnólogo Profesional — Nombre Profesión

36. Trabaja: Si No	37. T.D.	38. Nit.	39. Razón Social	40. Recibe subsidio: Si No

41. Caja de Compensación	42. Horas Trabajadas	43. Salario: Fija Variable	Básico $	Comisiones + Bonificaciones $	44. Cargo

IV. Datos del Grupo Familiar

45.	Documento: TD	Número	Nombres completos de beneficiarios: 1er. Apellido	2do. Apellido	1er. Nombre	2do. Nombre	Sexo: M	F	Parentesco: Hijo(a)	Padrastro	Madrastro	Hijastro(a)	Nieto(a)	Hermano(a) huérfano(a)	Padre	Madre	Abuelo(a)	Fecha nacimiento: Año	Mes	Día	Discapacidad: Tipo	Grado %	Subsidio otra caja
1																							
2																							
3																							
4																							
5																							

V. Escolaridad

	Número Documento	Nombre Institución donde estudia	Nivel de escolaridad	Calendario	Grado
1					
2					
3					
4					

VI. Información Laboral

47. T.D.	48. NIT	DV	49. Razón Social	50. Sucursal	51. Cen. Administrativo	52. Código Nómina
NI	809000876		TEMPORALES UNO A S A	1	00	

53. Fecha de ingreso a la Empresa	54. Tipo de Contrato	55. Cargo	56. Jornada: Número Horas Mensual
2020-04-13	MISION	OTRO PERSONAL DE APOYO ADMINISTRATIVO NO CLASIFICADOS EN OTROS GRUPOS PRIMARIOS	240

57. Salario: Fijo Variable N	Básico $	Comisiones + Bonificaciones $	58. Tipo Vinculación	59. % Aportes
	3000000	0	DEPENDIENTE CAJA	CAJA UNIFICADO

Observaciones:

Bajo la gravedad de juramento declaro que la información suministrada es cierta y ha sido revisada personalmente. Los documentos anexos que soportan esta inscripción, serán para el uso exclusivo de Comfenalco Tolima; motivo por el cual no se devolverán a la empresa ni al trabajador. Autorizo que la información sea verificada en cualquier momento por COMFENALCO TOLIMA.

Fecha Radicación 2020-04-08

Firma Autorizada y Sello de la Empresa

Firma y C.C. del Trabajador

Firma y Sello de recibido por Comfenalco Tolima

Generado por Sicap Portal Caja

porvenir
sólo hay uno

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS PORVENIR S.A.
En su condición de administradora del
FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR
NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

LEIDY YINETH RAMOS ZARTA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.110.471.430**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir.**

La presente certificación se expide el 31 de Marzo del 2020.

Cordialmente,

Vicepresidente de Clientes y Operaciones

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.



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 06-MAR-1988

PURIFICACION
(TOLIMA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.63 ESTATURA | O+ G.S. RH | F SEXO

06-JUN-2006 IBAGUE
FECHA Y LUGAR OE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ

P-2900100-63151411-F-1110471430-20060831 00152 06242M 02 209433114

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.110.471.430

RAMOS ZARTA
APELLIDOS

LEIDY YINETH
NOMBRES

Leidy Yineth Ramos
FIRMA



LEIDY YINETH RAMOS ZARTA, ODONTOLOGA; yineth_59@hotmail.com

214

TEMPORALES
UNO-A S.A.

R60707

CONTRATO INDIVIDUAL DE TRABAJO DE DURACION POR LA OBRA O LABOR CONTRATADA

IB-042016

DATOS DE LA E.S.T. EMPLEADORA

NOMBRE DE LA EMPRESA	:TEMPORALES UNO-A S.A.
DOMICILIO SOCIAL Y DIRECCION	:IBAGUE, CRA 7 # 14-26 PISO 3
NIT	:809.000.876-1
REPRESENTANTE LEGAL	:NOLLY MERCEDES BELTRAN GALEANO
C.C.	:38.260.480 DE IBAGUE

DATOS DEL TRABAJADOR

NOMBRE	RICO MARTINEZ CAROL MELISA
No IDENTIFICACION	1,110,515,406 . IBAGUE Tel: 3188650546 Contrato 02
DOMICILIO Y RESIDENCIA	MZA G CASA 18 URB. EL LIMON EL SALADO
LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO	IBAGUE, 23 DE SEPTIEMBRE DE 1991

EPS: SANITAS EPS AFP: PROTECCION S.A. ARP: ARL SURA CTA:

DATOS PARA LA CONTRATACION

LUGAR DE TRABAJO	IBAGUE
LUGAR DONDE HA SIDO CONTRATADO	IBAGUE
SALARIO	1,300,000 Mensual
AUXILIO LEGAL DE TRANSPORTE	102,854
OTROS PAGOS SALARIALES	0.00
OTROS PAGOS NO SALARIALES	0.00
PERIODOS DE PAGO DEL SALARIO	MENSUAL
CARGO PARA EL CUAL ES CONTRATADO	AUXILIAR ENFERMERIA
OBRA O LABOR DETERMINADA PARA LA CUAL SE CONTRATA	PLAN APOYO SECRETARIA DE SALUD
MOTIVO QUE DA ORIGEN A LA OBRA O LABOR	PLAN APOYO OPERATIVO
USUARIA A DONDE SE REMITE EL TRABAJADOR	MUNICIPIO DE IBAGUE
FECHA DE INICIO DE LABORES	18 DE ABRIL DE 2020
FECHA FIRMA DEL CONTRATO	17 DE ABRIL DE 2020

Certificado de Aptitud Laboral
Ingreso



Fecha: 17/Abr/2020, **Hora:** 08:26:30 a.m.
Apellido: RICO MARTINEZ
Tipo Doc: CC
Empresa: TEMPORALES UNO A S.A
Cargo: AUX DE ENFERMERIA
Lugar:
Direccion: MZ G CASA 18 URB EL LIMON
Telefono: **Celular:** 3123273437 **Email:** melisa99123@outlook.com **Estado Civil:** Soltero
Ciudad: Tolima - Ibague

Nombre: CAROL MELISA
Nro Identidad: 1110515406

HC : [illegible]
Edad: [illegible]
Sexo: [illegible]
Nacim: [illegible]
Rh: A

Serologia H, Examen Medico Ocupacional de Ingreso, Osteomuscular

Cumple sin restricciones ☑ Cumple con restricciones ☐

Cual

Apto ☐ Aplazado ☐ No Apto ☐

Puede continuar con su labor ☐ Requiere reubicacion ☐

Incluir en SVE:

Retiro sin Patologia aparente ☐ Retiro con Patologia para seguimiento en EPS ☐ ARL ☐

Cual:

1.Induccion En El Cargo. 2. Se Dan Recomendaciones Sobre Realización De Pausas Activas 3.Ejercicio Fisico 3 Veces Por Semana 4. Utilizar Epp Según La Exposicion. Higiene Postural Y De Columna, Hábitos Saludables, Manejo Adecuado De Cargas. 5. Bajar De Peso Dieta Balanceada Uso De Protector Solar. Ropa Adecuada Para El Cargo, Fortalecimiento Muscular 6. se recomienda acudir a la eps para valoracion por nutrición

CERTIFICO QUE NO HE OMITIDO INFORMACIÓN ACERCA DE MI ESTADO DE SALUD. TODO ES VERIDICO Y PUEDE SER CONFIRMADO. LA HISTORIA CLINICA MÉDICA OCUPACIONAL, ES UN DOCUMENTO SOMETIDO A RESERVA DE INFORMACION ESTRICTAMENTE CONFIDENCIAL. TODO EL QUE LA CUSTODIA DE LAS HISTORIAS CLINICAS OCUPACIONALES, DOCUMENTOS, EXAMENES O VALORACIONES PARACLINICAS A CARGO DEL PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD OCUPACIONAL QUE LA GENERO EN EL CURSO DE LA ATENCION, CUMPLIENDO LOS REQUISITOS Y PROCEDIMIENTOS DE ARCHIVO DE ACUERDO A LAS NORMAS LEGALES VIGENTES PARA LA CUSTODIA CLINICA. [illegible]

GLORIA MARIA CUENTAS MOJICA
Medico Ocupacional
Lic. de S.O #: 024650 del 24 Diciembre de 2015
Registro #: 0853316 2009

CAROL MELISA RICO MARTINEZ
CC 1110515406

ARL | sura

Medellin, 17 de abril de 2020

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 TEMPORALES UNO A S.A que se encuentra EN COBERTURA.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificació	Nombre	Fecha inicio afiliacion	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante
Centro de trabajo 0800113389 MUNICIPIO DE IBAGUE			Clase 5	Porcentaje Cotizacion 6.96	
C1110515406	RICO MARTINEZ CAROL MELISSA	18/04/2020		217pA188	DEPENDIENTE

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 17 /04/2020 10:35:01 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados independientes
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 190.146.54.236, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

FORMULARIO UNICO DE AFILIACION Y REGISTRO DE NOVEDADES

Sanitas

128984530

Reco Martinez Carol Yolima
1.110.515.406 2309[illegible]

Sura. 1.300.000
Manana 6 casa 18 urbanizacion el limon - Soledad
3188650546
Ibague Toloma

EPS Centro Medico Ibague - Immunisalud

Scanned with CamScanner

CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE FENALCO DEL TOLIMA
COMFENALCO TOLIMA
FORMULARIO DE AFILIACIÓN AL REGIMEN DE SUBSIDIO FAMILIAR
TRABAJADORES DEPENDIENTES
NIT. 890.700.148-4

Comfenalco TOLIMA

1059000000144083

I. Información del Trabajador

Identificación: CC 1110515406

RICO MARTINEZ CAROL MELISA

Fecha de Nacimiento: 1991-09-23

Estado Civil: Casado — Unión Libre: X

Nivel de Escolaridad: Bachillerato

Dirección de residencia: MZ G CA 18 URB EL LIMON

Barrio: URBANIZACION MONTECARLO

Teléfono: 2778535

Celular: 3188650546

Correo Electrónico: MELISA99122@OUTLOOK.COM

II. Otro Empleador (Solo en caso de que labore en una Empresa Diferente a la que reporta en el moduloVI)

III. Información del Cónyuge o compañero(a) permanente

IV. Datos del Grupo Familiar

Documento	Nombres completos de beneficiarios	Parentesco	Fecha Nacimiento	
RC 1106636632	PRADA RICO ALAN DAVID	HIJO	2015-05-22	N
TI 1110503081	RAMIREZ RICO VALERIE	HIJA	2008-09-23	

V. Escolaridad

Número Documento	Nombre Institución donde estudia	Nivel de escolaridad

VI. Información Laboral

NI 809000876 — TEMPORALES UNO A S A — 1 — 00

Fecha de ingreso: 2020-04-18 — Cargo: MISION — 240

1300000 — 0 — DEPENDIENTE CAJA — CAJA UNIFICADO

Bajo la gravedad de juramento declaro que la información suministrada en este formulario es veraz y corresponde a la realidad. Autorizo a la Caja de Compensación Familiar del Tolima para verificar la información aquí suministrada y para el envío de información relacionada con los servicios ofrecidos por COMFENALCO TOLIMA.

Firma y C.C. del Trabajador

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.198.281

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **RICO MARTINEZ CAROL MELISA** identificado(a) con **CC** número **1.110.515.406** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 13 de octubre de 2009 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO.**

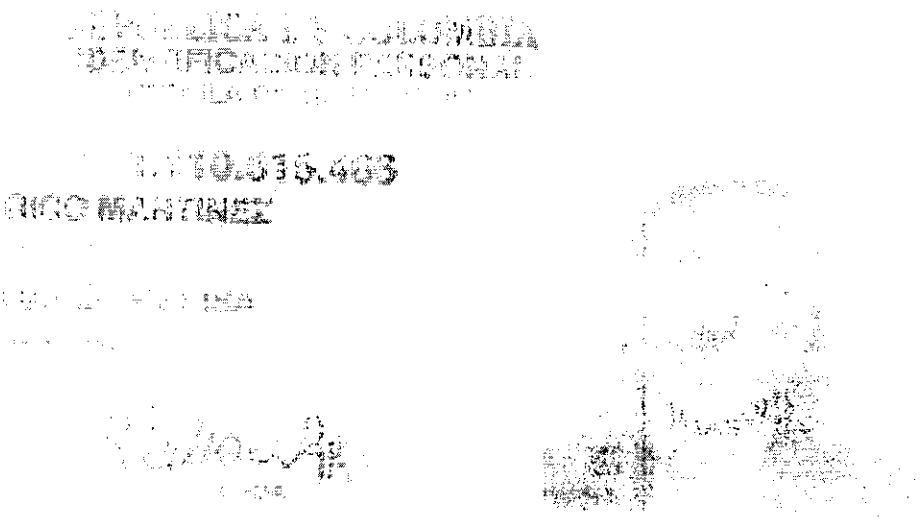
Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 17 de abril de 2020.

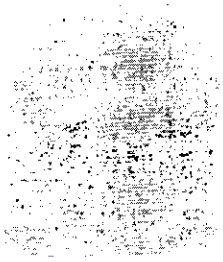
Cordialmente.

Laura Patricia Merchan Metaute
Equipo Gestión de Operaciones.

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

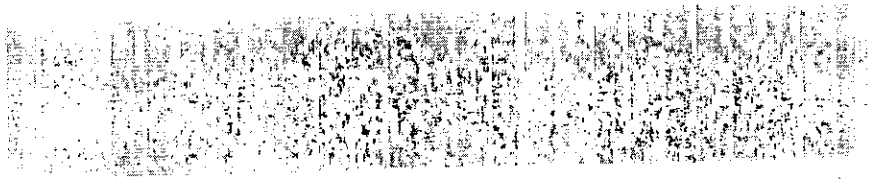
Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros
Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**
Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**
www.proteccion.com





IBAGUE
(COLOMBIA)

1.65



R60707

TEMPORALES ®
UNO-A S.A.

SGS
"suministro de trabajadores en misión"

CONTRATO INDIVIDUAL DE TRABAJO DE DURACION POR LA OBRA O LABOR CONTRATADA

IB-041981

DATOS DE LA E.S.T. EMPLEADORA

NOMBRE DE LA EMPRESA	:TEMPORALES UNO-A S.A.
DOMICILIO SOCIAL Y DIRECCION	:IBAGUE, CRA 7 # 14-26 PISO 3
NIT	:809.000.876-1
REPRESENTANTE LEGAL	:NOLLY MERCEDES BELTRAN GALEANO
C.C.	:38.260.480 DE IBAGUE

DATOS DEL TRABAJADOR

NOMBRE	RODRIGUEZ DEVIA LUZ ANGELICA
No. IDENTIFICACION	65,769,089 , IBAGUE Tel: 3142913014 Contrato:04
DOMICILIO Y RESIDENCIA	MZA. B CS 6 URB. LOS LAGO EL SALADO
LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO	IBAGUE, 28 DE JULIO DE 1975

EPS: SALUD TOTAL EPS AFP: PROTECCION S.A. ARP: ARL SURA CTA:

DATOS PARA LA CONTRATACION

LUGAR DE TRABAJO	IBAGUE	
LUGAR DONDE HA SIDO CONTRATADO	IBAGUE	
SALARIO	1,300,000	Mensual
AUXILIO LEGAL DE TRANSPORTE	102,854	
OTROS PAGOS SALARIALES	0.00	
OTROS PAGOS NO SALARIALES	0.00	
PERIODOS DE PAGO DEL SALARIO	MENSUAL	
CARGO PARA EL CUAL ES CONTRATADO	AUXILIAR ENFERMERIA	
OBRA O LABOR DETERMINADA PARA LA CUAL SE CONTRATA	PLAN APOYO SECRETARIA DE SALUD	
MOTIVO QUE DA ORIGEN A LA OBRA O LABOR	PLAN APOYO OPERATIVO	
USUARIA A DONDE SE REMITE EL TRABAJADOR	MUNICIPIO DE IBAGUE	
FECHA DE INICIO DE LABORES	13 DE ABRIL DE 2020	
FECHA FIRMA DEL CONTRATO	07 DE ABRIL DE 2020	

Servicompetentes S.A.S

Certificado de Aptitud Laboral
Ingreso



Fecha: 07/Abr/2020, **Hora:** 07:51:39 a.m.
Apellido: RODRIGUEZ DEVIA
Nombre: LUZ ANGELICA
Tipo Doc: CC
Nro Identidad: 65769089
Empresa: TEMPORALES UNO A S.A.
Cargo: AUX. DE ENFERMERIA
Lugar:
Direccion: MZ B CASA 6 LOS LAGOS
Telefono: **Celular:** 3142913014 **Email:** ANGYLOMAXIMO@HOTMAIL.COM
Ciudad: Tolima - Ibagué

HC: # 9909
Edad: 44 años
Sexo: Femenino
Nacim: 28/Jul/1975
Rh: O+
Estado Civil: Soltero

Examenes Realizados

Serologia II, Examen Medico Ocupacional de Ingreso, Osteomuscular

Concepto Médico para Examen de Ingreso

Cumple sin restricciones ☑ Cumple con restricciones ☐

Cual:

Concepto Médico para Examen de Alturas

Apto ☐ Aplazado ☐ No Apto ☐

Concepto Médico para Examen de Periódico

Puede continuar con su labor ☐ Requiere reubicación ☐

Incluir en SVE:

Concepto Médico para Examen de Retiro

Retiro sin Patología aparente ☐ Retiro con Patología para seguimiento en EPS ☐ ARL ☐

Cual:

Concepto Médico para Examen Especial

Observaciones y Recomendaciones

1.Inducción En El Cargo, 2. Se Dan Recomendaciones Sobre Realización De Pausas Activas 3.Ejercicio Físico 3 Veces Por Semana. 4. Utilizar Epp Según La Exposición, Higiene Postural Y De Columna, Hábitos Saludables, Manejo Adecuado De Cargas. 5. Bajar De Peso Dieta Balanceada Uso De Protector Solar. Ropa Adecuada Para El Cargo, Fortalecimiento Muscular 6. Seguimiento O Valoración Nutrición y medicina general De La Eps 7. continuar programa de enfermedades cronicas

CERTIFICO QUE NO HE OMITIDO INFORMACIÓN ACERCA DE MI ESTADO DE SALUD. TODO ES VERIDICO Y PUEDE SER CONFIRMADO

LA HISTORIA CLINICA MÉDICA OCUPACIONAL, ES UN DOCUMENTO SOMETIDO A RESERVA DE INFORMACIÓN ESTRICTAMENTE CONFIDENCIAL, POR LO QUE LA CUSTODIA DE LAS HISTORIAS CLINICAS OCUPACIONALES, DOCUMENTOS, EXAMENES O VALORACIONES PARACLINICAS, ESTARA A CARGO DEL PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD OCUPACIONAL QUE LA GENERO EN EL CURSO DE LA ATENCIÓN, CUMPLIENDO LOS REQUISITOS Y PROCEDIMIENTOS DE ARCHIVO DE ACUERDO A LAS NORMAS LEGALES VIGENTES PARA LA HISTORIA CLINICA (RESOL. 2346/2007 Art. 16 RESOL. 1918/2009 Art. 13-1)

Gloria Cuentas M.
Medico U. del Norte

GLORIA MARIA CUENTAS MOJICA
Medico Ocupacional
Lic. de S.O #: 024650 del 24 Diciembre de 2015
Registro #: 085316/2009

LUZ ANGELICA RODRIGUEZ DEVIA
CC 65769089

ARL | sura

Medellín, 07 de abril de 2020

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 TEMPORALES UNO A S.A que se encuentra EN COBERTURA.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número Identificació	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante
Centro de trabajo:	0800113389 MUNICIPIO DE IBAGUE	Clase: 5		Porcentaje Cotización:	6,96 %
C65769089	RODRIGUEZ DEVIA LUZ ANGELICA	13/04/2020		P17116E1	DEPENDIENTE

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 07/04/2020 17:56:13 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 190.146.54.236, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4005049421	0|8|0|4|2|0|2|0

I. DATOS DEL TRÁMITE (Lea las instrucciones que se encuentran anexas al fromulario antes de diligenciarlo) Página 1 de 2

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

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			
RODRIGUEZ (Primer apellido)	DEVIA (Segundo apellido)	LUZ (Primer nombre)	ANGELICA (Segundo nombre)
7.Tipo documento de identidad	**8.Número del documento de identidad**	**9.Sexo**	**10.Fecha de nacimiento**
CC	65769089	Femenino ☒ Masculino ☐	2|8|0|7|1|9|7|5

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.	PROTECCION	1300000

18.Residencia			
MZ B CA 6 BRR LAGOS SALADO (Dirección)	Telefono fijo	3142913014 (Telefono celular)	ANGY10MAXIMO@HOTMAIL.COM (Correo electronico)
IBAGUE (Municipio/Distrito)	zona Urbana ☒ Rural ☐	Localidad / comuna	TOLIMA (Departamento)

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

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

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

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

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

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

Datos complementarios

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

32. Datos de rasidencia					
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 LA QUINTA - VS LA QUINTA	VSLAQUINTA - VSLAQUINTA
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 documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a ragistrar por la EPS)
TEMPORALES UNO A S.A	NIT	809000876	01

39.Ubicación				
CR 7 14 28 TERCER PI (Dirección)	2633656 (Teléfono)	CONTRATACION@TEMPORALESUNOA.COM.CO (Correo electrónico)	IBAGUE (Municipio/distrito)	TOLIMA (Departamento)

No de Radicacion
4005049421

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. Misma 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 ☐ Femenino ☐ Masculino	Fecha de nacimiento	42.Fecha 1|3|0|4|2|0|2|0
43.EPS anterior	44.Motivo de traslado Código:	45.Caja de Compensación Familiar o pagador de pensiones		

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- 46. ☐ Declaracion 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 documentos que acrediten la condición de beneficiarios.
- 49. ☐ Declaración de no internación del cotizante,cabeza de familia ,beneficiarios e afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Salud .
- 50. ☒ Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante e cabeza de familia y de sus beneficiarios e 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 publicas 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 la previsto en la ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013
- 53. ☒ Autorización para que la EPS envie información al correo electronico e 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
Luz Angelica Rodriguez	

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 emitida por la autoridad competente.
- ☐ 58. Copia registro civil de matrimonio, o de la escritura pública,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la union marital.
- ☐ 59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio ,sentencia judicial para que declare la separación de cuerpos y escritura pública,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la union marital.
- ☐ 60. Copia certificado de adopción o acta de entrega del menor
- ☐ 61.Copia orden judicial o acto administrativo de custodia.
- ☐ 62.Documento en que conste la perdida de la patria potestad, o el certificado 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 consista la calidad de beneficiario o se ordene la afiliacion de oficio.

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

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

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

Observaciones

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

CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE FENALCO DEL TOLIMA
COMFENALCO TOLIMA
FORMULARIO OE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN DE SUBSIDIO FAMILIAR
TRABAJADORES DEPENDIENTES
NIT. 890.700.148-4

1059000000143701

Antes de diligenciar esta formularia lea las instrucciones que se encuentran al respaldo

Identificación

I. Información del Trabajador

1. T.D.	2. Número:	3. 1er. Apellido	2do. Apellido	1er. Nombre	2do. Nombre	4. Sexo
CC	65769089	RODRIGUEZ DEVIA		LUZ	ANGELICA	F X M

5. Fecha de Nacimiento (Año Mes Día)	6. Estado Civil	7. Nivel de Escolaridad	8. Discapacidad
1975-07-28	Soltero X Separado Viudo Casado Union Libre	Ninguno Bachillerato Tecnologico Profesional Primaria Técnico Numero Profesión	Tipo 4 Grado %

9. Dirección de residencia	Barrio	Municipio	Departamento
MZ B CA 6	URBANIZACION MONTECARLO		

10. Tipo de Vivienda	11. Estrato	12. Telefono	13. Celular	14. Correo Electrónico
Propia Alquilada Familiar		2727176	3118258689	

15. Pasaporte No.	Fecha de Vencimiento (Año Mes Dia)	16. Pasatiempos
		Viajes Pintura Música Danza Cine Manualidades Informática Teatro

17. Deportes	18. Información Caja anterior - Nombre
Fútbol Natación Bolos Baloncesto Tennis Volleyball Patineja Otros	Fecha de Ingreso: AAo Mes Dia Fecha de Retiro: Año Mes Dia

II. Otro Empleador (Solo en caso de que labere en una Empresa Diferente a la que reporta en el módulo VI)

19. T.D	20. NIT	DV	21. Razón Social	22. Jornada (Numero Horas Mensual)	23. Sector (Rural Urbano)

24. Salario (Fijo Variable)	Basico $	Comisiones + Bonificaciones $	25. Cargo	26. Caja de Compensación

III. Información del Cónyuge o compañero(a) permanente

27. Conyuge Compañero(a)	28. T.D.	29. Número:	30. 1er. Apellido	2do. Apellido	1er. Nombre	2do. Nombre	31. Sexo F M

32. Fecha de Nacimiento	33. Discapacidad (Tipo Grado %)	34. Fecha de Inicio de relación marital	35. Nivel de Escolaridad (Ninguno Bachiller Tecnólogo Primaria Técnico Profesional)	Nombre Profesión

36. Trabaja SI NO	37. T.D	38. Nit.	39. Razón Social	40. Recibe subsidio S NO

41. Caja de Compensación	42. Horas Trabajadas	43. Salario (Fijo Variable) Basico $	Comisiones + Bonificaciones $	44. Cargo

IV. Datos del Grupo Familiar

45.	Documento		Nombres completos de beneficiarios				Sexo		Parentesco				Fecha nacimiento			Discapacidad		Subsidio otra caja
	TD	Numero	1er. Apellido	2do. Apellido	1er. Nombre	2da. Nombre	M	F	Hijo	Padres	Hermano	Otros	Año	Mes	Dia	Tipo	Grado %	
1																		
2																		
3																		
4																		
5																		

V. Escolaridad

	Número Documento	Nombre Institución donde estudia	Nivel de escolaridad	Calendario	Grado
1					
2					
3					
4					

VI. Información Laboral

47. T.D	48. NIT	DV	49. Razón Social	50. Sucursal	51. Div. Administ.	52. Código Nomina
NI	809000876		TEMPORALES UNO A S A	1	00	

53. Fecha de ingreso a la Empresa	54. Tipo de Contrato	55. Cargo	56. Jornada (Numero Horas Mensual)
2020-04-13	MISION	OTRO PERSONAL DE APOYO ADMINISTRATIVO NO CLASIFICADOS EN OTROS GRUPOS PRIMARIOS	240

57. Salario (Fija Variable N)	Basico $	Comisiones + Bonificaciones $	58. Tipo Vinculación	59. % Aportes
	1300000	0	DEPENDIENTE CAJA	CAJA UNIFICADO

Observaciones

Bajo la gravedad de juramento declaro que la información suministrada es cierta y ha sido revisada personalmente. Los documentos anexos que soportan esta inscripción, serán para el uso exclusivo de Comfenalco Tolima; motivo por el cual no se devolverán a la empresa ni al trabajador. Autorizo que la información sea verificada en cualquier momento por COMFENALCO TOLIMA.

Fecha Radicacion 2020-04-06

Firma Autorizada y Sello de la Empresa

Firma y C.C. del Trabajador

Firma y Sello de recibido por Comfenalco Tolima

Generado por Sirep Web el Caja

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.198.281

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **RODRIGUEZ DEVIA LUZ ANGELICA** identificado(a) con **CC** número **65.769.089** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 01 de octubre de 2007 y sus recursos se encuentran distribuidos como se enuncia a continuación, de conformidad con lo consagrado en el Decreto 2373 de 2010 así:

1. El 60% al FONDD DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MODERADO
2. El 40% al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 24 de marzo de 2020.

Cordialmente,

Laura Patricia Merchan Metaute
Equipo Gestión de Operaciones.

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

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

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 65.769.089
RODRIGUEZ DEVIA
APELLIDOS
LUZ ANGELICA
NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 28-JUL-1975
IBAGUE
(TOLIMA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.50 ESTATURA | O+ G.S. RH | F SEXO

20-JUN-1994 IBAGUE
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-2900100-00209548-F-0065769089-20100118 0020068049A 1 6370567456

R60707

TEMPORALES UNO-A S.A.

"Suministro de trabajadores en misión"

CONTRATO INDIVIDUAL DE TRABAJO DE DURACION POR LA OBRA O LABOR CONTRATADA

IB-041979

DATOS DE LA E.S.T. EMPLEADORA

NOMBRE DE LA EMPRESA	:TEMPORALES UNO-A S.A.
DOMICILIO SOCIAL Y DIRECCION	:IBAGUE, CRA 7 # 14-26 PISO 3
NIT	:809.000.876-1
REPRESENTANTE LEGAL	:NOLLY MERCEDES BELTRAN GALEANO
C.C.	:38.260.480 DE IBAGUE

DATOS DEL TRABAJADOR

NOMBRE	RODRIGUEZ LONDOÑO GINA VANESSA
No. IDENTIFICACION	1,007,371,967 , IBAGUE Tel: 3108743104 Contrato:01
DOMICILIO Y RESIDENCIA	SMZA 7 MZA 3 CASA 13 LAS AMÉRICAS
LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO	IBAGUE, 25 DE JUNIO DE 2000

EPS: NUEVA EPS AFP: PORVENIR S.A. ARP: ARL SURA CTA:

DATOS PARA LA CONTRATACION

LUGAR DE TRABAJO	IBAGUE	
LUGAR DONDE HA SIDO CONTRATADO	IBAGUE	
SALARIO	1,300,000	Mensual
AUXILIO LEGAL DE TRANSPORTE	102,854	
OTROS PAGOS SALARIALES	0.00	
OTROS PAGOS NO SALARIALES	0.00	
PERIODOS DE PAGO DEL SALARIO	MENSUAL	
CARGO PARA EL CUAL ES CONTRATADO	AUXILIAR ENFERMERIA	
OBRA O LABOR DETERMINADA PARA LA CUAL SE CONTRATA	PLAN APOYO SECRETARIA SALUD	
MOTIVO QUE DA ORIGEN A LA OBRA O LABOR	PLAN APOYO OPERATIVO	
USUARIA A DONDE SE REMITE EL TRABAJADOR	MUNICIPIO DE IBAGUE	
FECHA DE INICIO DE LABORES	13 DE ABRIL DE 2020	
FECHA FIRMA DEL CONTRATO	07 DE ABRIL DE 2020	

Servicompetentes

Certificado de Aptitud Laboral
Ingreso



Fecha: 07/Abr/2020, **Hora:** 09:17:20 a.m.
Apellido: RODRIGUEZ LONDOÑO **Nombre:** GINA VANESSA
Tipo Doc: CC **Nro Identidad:** 1007371967
Empresa: TEMPORALES UNO A S.A.
Cargo: AUXILIAR DE ENFERMERIA
Lugar:
Direccion: SPMZA 7 MZA 3 CASA 13 LAS AMERICAS
Telefono: 3108743104 **Celular:** 3108743104 **Email:** **Estado Civil:** Soltero
Ciudad: Tolima - Ibagué

HC: # 9921
Edad: 19 años
Sexo: Femenino
Nacim: 25/Jun/2000
Rh: O+

Examenes Realizados

Serologia II, Examen Medico Ocupacional de Ingreso, Osteomuscular

Concepto Médico para Examen de Ingreso

Cumple sin restricciones ☑ Cumple con restricciones ☐
Cual:

Concepto Médico para Examen de Altura

Apto ☐ Aplazado ☐ No Apto ☐

Concepto Médico para Examen de Periódico

Puede continuar con su labor ☐ Requiere reubicación ☐
Incluir en SVE:

Concepto Médico para Examen de Retiro

Retiro sin Patología aparente ☐ Retiro con Patología para seguimiento en EPS ☐ ARL ☐
Cual:

Concepto Médico para Examen Especial

Observaciones y Recomendaciones

1.Inducción En El Cargo, 2. Se Dan Recomendaciones Sobre Realización De Pausas Activas 3.Ejercicio Físico 3 Veces Por Semana. 4. Utilizar Epp Según La Exposición, Higiene Postural Y De Columna, Hábitos Saludables, Manejo Adecuado De Cargas. 5. Bajar De Peso Dieta Balanceada Uso De Protector Solar. Ropa Adecuada Para El Cargo, Fortalecimiento Muscular 6. Seguimiento O Valoración Nutrición De La Eps

CERTIFICO QUE NO HE OMITIDO INFORMACIÓN ACERCA DE MI ESTADO DE SALUD, TODO ES VERIDICO Y PUEDE SER CONFIRMADO.
LA HISTORIA CLINICA MEDICA OCUPACIONAL, ES UN DOCUMENTO SOMETIDO A RESERVA DE INFORMACIÓN ESTRICTAMENTE CONFIDENCIAL, POR LO QUE LA CUSTODIA DE LAS HISTORIAS CLINICAS OCUPACIONALES, DOCUMENTOS, EXAMENES O VALORACIONES PARACLINICAS, ESTARA A CARGO DEL PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD OCUPACIONAL QUE LA GENERO EN EL CURSO DE LA ATENCIÓN, CUMPLIENDO LOS REQUISITOS Y PROCEDIMIENTOS DE ARCHIVO DE ACUERDO A LAS NORMAS LEGALES VIGENTES PARA LA HISTORIA CLINICA (RESOL. 2346/2007 Art. 16 RESOL. 1995/2009 Art. 12-1)

Gloria Cuentas M
Medico U.S.P. S.S.T
Reg. S.O. 50
U. del Norte

GLORIA MARIA CUENTAS MOJICA
Medico Ocupacional
Lic. de S.O #: 024650 del 24 Diciembre de 2015
Registro #: 085316/2009

Gina Rodriguez

GINA VANESSA RODRIGUEZ LONDOÑO
CC 1007371967

ARL | sura

Medellín, 07 de abril de 2020

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 TEMPORALES UNO A S.A que se encuentra EN COBERTURA.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificació	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante
Centro de trabajo:	0800113389 MUNICIPIO DE IBAGUE	Clase: 5		Porcentaje Cotización:	6,96 %
C100737196 7	RODRIGUEZ LONDOÑO GINA VANESSA	13/04/2020		8S96176M	DEPENDIENTE

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 07/04/2020 17:27:17 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 190.146.54.236, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 07/04/2020, el empleador TEMPORALES UNO A S.A. identificado con NIT número 809000876 registró la siguiente solicitud de reingreso en nuestro portal transaccional.

NÚMERO DE RADICACIÓN	FECHA DE RADICACIÓN	TIPO DE SOLICITUD
2542905	07/04/2020	Reingresos

DETALLE

TIPO IDENTIFICACIÓN	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA REINGRESO
CÉDULA DE CIUDADANÍA	1007371967	GINA VANESSA RODRIGUEZ LONDOÑO	1300000	AUXILIAR DE ENFERMERIA	2020-04-13

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 7 días del mes de Abril del año 2020.

Cordialmente,

GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES

Nueva EPS

CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE FENALCO DEL TOLIMA
COMFENALCO TOLIMA
FORMULARIO DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN DE SUBSIDIO FAMILIAR
TRABAJADORES DEPENDIENTES
NIT. 890.700.148-4

1059000000143699

Antes de diligenciar esta formulario lea las instrucciones que se encuentran el respaldo

Identificación — I. Información del Trabajador

1. T.D.	2. Número	3. 1er. Apellido	2do. Apellido	1er. Nombre	2do. Nombre	4. Sexo
CC	1007371967	RODRIGUEZ	LONDONO	GINA	VANESSA	F X M

5. Fecha de Nacimiento (Año Mes Día)	6. Estado Civil	7. Nivel de Escolaridad	8. Discapacidad
2000-06-25	Soltero X; Separado; Viudo; Casado; Unión Libre	Ninguno; Primaria; Bachillerato; Técnico; Tecnológico; Profesional; Nombre Profesión	Tipo 4 Grado %

9. Dirección de residencia	Barrio	Municipio	Departamento
SM 7 MZ 3 CA 13 BRR LAS AMERICAS	IBAGUE		

10. Tipo de Vivienda	11. Estrato	12. Teléfono	13. Celular	14. Correo Electrónico
Propia; Alquilada; Familiar		2616822	3108743104	

15. Pasaporte No. — Fecha de Vencimiento: Año Mes Día

16. Pasatiempos: Viajes; Pintura; Música; Danza; Cine; Manualidades; Informática; Teatro

17. Deportes: Fútbol; Natación; Bolos; Baloncesto; Tênnis; Volleyball; Patinaje; Otros

18. Información Caja anterior - Nombre

Fecha de Ingreso: Año Mes Día — Fecha de Retiro: Año Mes Día

II. Otro Empleador (Solo en caso de que labore en una Empresa Diferente a la que reporta en el módulo VI)

19. T.D.	20. NIT	DV	21. Razón Social	22. Jornada (Número Horas Mensual)	23. Sector (Rural; Urbano)

24. Salario: Básico $ — Comisiones + Bonificaciones $ — Fijo; Variable — 25. Cargo — 26. Caja de Compensación

III. Información del Cónyuge o compañero(a) permanente

27. Cónyuge / Compañero(a)	28. T.D.	29. Número	30. 1er. Apellido	2do. Apellido	1er. Nombre	2do. Nombre	31. Sexo F M

32. Fecha de Nacimiento — 33. Discapacidad: Tipo Grado % — 34. Fecha de inicio de relación marital — 35. Nivel de Escolaridad: Ninguno; Primaria; Bachillerato; Técnico; Tecnólogo; Profesional — Nombre Profesión

36. Trabaja	37. T.D.	38. Nit.	39. Razón Social	40. Recibe subsidio
Si; No				Si; No

41. Caja de Compensación — 42. Horas Trabajadas — 43. Salario: Fijo; Variable — Básico $ — Comisiones + Bonificaciones $ — 44. Cargo

IV. Datos del Grupo Familiar

45.	Documento: TD	Número	Nombres completos de beneficiarios: 1er. Apellido	2do. Apellido	1er. Nombre	2do. Nombre	Sexo: M	F	Parentesco: Hijo; Hijastro; Padrastro; Hermano; Nieto; Abuelo; Padre; Madre	Fecha nacimiento: Año	Mes	Día	Discapacidad: Tipo; Grado %	Semanas cotizadas
1														
2														
3														
4														
5														

V. Escolaridad

	Número Documento	Nombre Institución donde estudia	Nivel de escolaridad	Calendario	Grado
1					
2					
3					
4					

VI. Información Laboral

47. T.S.	48. NIT	DV	49. Razón Social	50. Sucursal	51. Dir. Administ.	52. Código Nómina
NI	809000876		TEMPORALES UNO A S A	1	00	

53. Fecha de Ingreso a la Empresa	54. Tipo de Contrato	55. Cargo	56. Jornada (Número Horas Mensual)
2020-04-13	MISION	OTRO PERSONAL DE APOYO ADMINISTRATIVO NO CLASIFICADOS EN OTROS GRUPOS PRIMARIOS	240

57. Salario: Fijo; Variable N — Básico $ 1300000 — Comisiones + Bonificaciones $ 0

58. Tipo Vinculación	59. % Aportes
DEPENDIENTE CAJA	CAJA UNIFICADO

Observaciones:

Bajo la gravedad de juramento declaro que la información suministrada es cierta y ha sido revisada personalmente. Los documentos anexos que soportan esta inscripción, serán para el uso exclusivo de Comfenalco Tolima; motivo por el cual no se devolverán a la empresa ni al trabajador. Autorizo que la información sea verificada en cualquier momento por COMFENALCO TOLIMA.

Fecha Radicación 2020-04-08

Firma Autorizada y Sello de la Empresa

Firma y C.C. del Trabajador

Firma y Sello de recibido por Comfenalco Tolima

Generado por Sivac Virtual Caja

Fondo de Pensiones Obligatorias
Solicitud de Vinculación o Traslado

porvenir

Sociedad Administradora de Fondos de Pensiones y Cesantías Porvenir S.A. Nit 800.144.331-3

N° 21321409

21321409

(42 2 6 7) Ciudad: IBAGUE — Fecha de Solicitud de Afiliación: 2020 04 13

1. Tipo de Vinculación

Vinculación Inicial	Traslado de AFP (Permanencia mínima de 6 meses en otra AFP)	Traslado de Régimen
Marque con X, si el solicitante va a cotizar por primera vez y no ha estado afiliado nunca a una AFP, Colpensiones o Caja y desea vincularse a Porvenir.	Pensiones Obligatorias	Marque con X si el solicitante ha estado vinculado al régimen de prima media en alguna entidad, en Colpensiones o cajas durante más de 5 años y desea vincularse a Porvenir.
Pensiones Obligatorias: X	Entidad Origen Traslado: — Pensión Familiar:	Entidad Origen Traslado: — Pensión Familiar:
	Entidad Destino:	Entidad Destino:

2. Datos Básicos

Tipo de Documento	N° de Documento de Identidad	Fecha de Expedición del Documento de Identidad	Lugar de Expedición	Género	Es Pensionado (Jubilado)
CC X TI CE PAS RC CD	1007371967	06 27	Ibague	M F X	SI NO X

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Otros Nombres
Rodriguez	Londoño	Gina	Vanessa

Fecha de Nacimiento	Lugar de Nacimiento	Nacionalidad
2000 06 25	Ibague	Colombiana X Otra ¿Cuál?

3. Datos de Localización

Dirección de Residencia	Barrio	Ciudad/Municipio
Superman Etapa 7 Mza 3 Casa 13	Las Americas	Ibague

Departamento	N° de Teléfono Fijo	N° de Teléfono Celular	Autorización de Envío de Información a Través de Medios Electrónicos. Autorizo a Porvenir S.A. para enviar notificaciones, extractos y cualquier información de interés a mi correo electrónico y/o a mi teléfono celular.
Tolima		3108743904	SI X NO

Dirección de Correo Electrónico (e-mail): notiene@porvenir.com.co

Dirección Laboral	Ciudad	Departamento	N° de Teléfono
Cra 17 26 Centro	Ibague	Tolima	2616822

4. Datos Empleador e Información del Vínculo Laboral

Tipo de Documento	N° de Documento de Identidad	Nombre y/o Razón Social
NIT X C.C C.E PAS T.I	809000876	Temporales UNO A

Ciudad	Dirección Empleador	Departamento	Teléfono(s)
Ibague	Cra 17 26 Centro	Tolima	

Ocupación o Cargo Actual	Salario o Ingreso Mensual	Salario Integral
Auxiliar Enfermeria	$ 1300.000	y/o $

Envío de Notificación	Sucursal Principal	Sucursal Ciudad	Tipo de Trabajador	Independiente Contratista	Dependiente	Pensionado Voluntario
	X				X	

5. Datos Beneficiarios

Nombre y Apellido	Género	Tipo de documento	N° de Documento de Identidad	Fecha de Nacimiento	Grupo Parentesco
	M F				
	M F				
	M F				
	M F				

*Códigos parentesco: 01 Cónyuge 02 Compañero permanente 03 Padres 04 Hijo 05 Hijo inválido 06 Hermano inválido *Los beneficiarios relacionados serán verificados de acuerdo con las normas legales vigentes.

6. Clientes Considerados PEPS

¿Usted Maneja Fondos Públicos? SI NO X — ¿Es Reconocido Públicamente? SI NO X — Si es reconocido públicamente indique en cuál actividad

7. Derecho a Bono Pensional

Tengo derecho al Bono Pensional porque antes de mi vinculación a Porvenir S.A. Estuve afiliado a Colpensiones, a una Caja o Fondo Prestacional y estuve 150 semanas.

Tengo Derecho a Bono Pensional: SI NO X

8. Régimen de Transición / Información del Pensionado

Importante: Manifiesto que luego de haber recibido asesoría amplia y suficiente sobre el producto ofrecido, conozco y entiendo las implicaciones legales que tiene mi decisión de trasladar el régimen de ahorro individual administrado por la sociedad administradora del Fondo de Pensiones Obligatorias de Porvenir S.A. particularmente en la que tiene que ver con el régimen de transición establecido en la ley. Así mismo fui informado del derecho que me asiste de verificar la información de los cinco (5) días hábiles siguientes a la fecha de la presente solicitud.

- Anexo la fotocopia de su documento de identidad ampliado al 150% en blanco y negro.
- Si usted es independiente adjunte la documentación correspondiente.

9. Voluntad de Afiliación y Selección

"Declaro bajo juramento que los antecedentes del trabajador indicados en el presente contrato corresponden a la información que me ha sido suministrada"

Hago constar que la selección del Régimen de _____ a mi elección es de forma libre y espontánea y sin presiones. Manifiesto que he elegido a _____ para que administre mis recursos pensionales y que los datos proporcionados en esta solicitud son verdaderos.

FIRMA Y NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL DEL EMPLEADOR

FIRMA Y HUELLA DEL SOLICITANTE

10. Datos del Promotor

Nombre del Promotor: Jacob Hugo Fenton J.

No. de identificación del Promotor: 9336383

Firma del Promotor

Firma solicitante del Representante Legal

FEB-19 F-01-AF-CR-01 V.20

Porvenir / Pensiones Obligatorias

N° 21321409

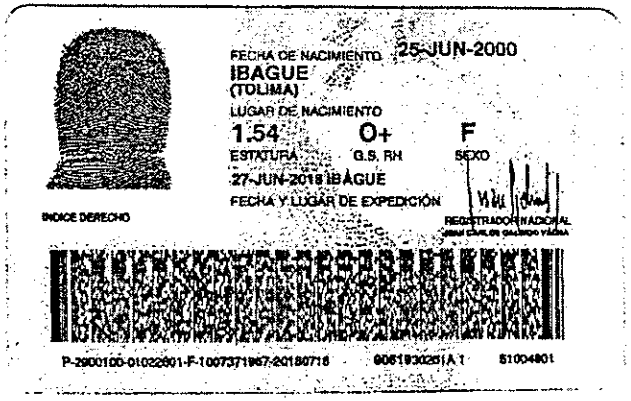
Escaneado con CamScanner



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.007.371.967
RODRIGUEZ LONDOÑO
APELLIDOS
GINA VANESSA
NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 25-JUN-2000
IBAGUE
(TOLIMA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.54 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
27-JUN-2018 IBAGUE
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO

P-2900100-01022601-F-1007371967-20180716 0061930251 A 1 51004801

Scanned with Cam

TEMPORALES UNO-A S.A.

R60707

suministro de trabajadores en misión

CONTRATO INDIVIDUAL DE TRABAJO DE DURACION POR LA OBRA O LABOR CONTRATADA

IB-041995

DATOS DE LA E.S.T. EMPLEADORA

NOMBRE DE LA EMPRESA	:TEMPORALES UNO-A S.A.
DOMICILIO SOCIAL Y DIRECCION	:IBAGUE, CRA 7 # 14-26 PISO 3
NIT	:809.000.876-1
REPRESENTANTE LEGAL	:NOLLY MERCEDES BELTRAN GALEANO
C.C.	:38.260.480 DE IBAGUE

DATOS DEL TRABAJADOR

NOMBRE	ROJAS VERA MARIA FERNANDA
No. IDENTIFICACION	1,110,494,400 , IBAGUE Tel: 3185730815 Contrato:01
DOMICILIO Y RESIDENCIA	MZA B CASA 43 SAN LUIS GONZAGA BARRIO UNICO
LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO	ESPINAL, 25 DE NOVIEMBRE DE 1989

EPS: SALUD TOTAL EPS AFP: PORVENIR S.A. ARP: ARL SURA CTA:

DATOS PARA LA CONTRATACION

LUGAR DE TRABAJO	IBAGUE	
LUGAR DONDE HA SIDO CONTRATADO	IBAGUE	
SALARIO	2,300,000	Mensual
AUXILIO LEGAL DE TRANSPORTE	0	
OTROS PAGOS SALARIALES	0.00	
OTROS PAGOS NO SALARIALES	0.00	
PERIODOS DE PAGO DEL SALARIO	MENSUAL	
CARGO PARA EL CUAL ES CONTRATADO	ENFERMERA PROFESIONAL	
OBRA O LABOR DETERMINADA PARA LA CUAL SE CONTRATA	PLAN APOYO SECRETARIA DE SALUD	
MOTIVO QUE DA ORIGEN A LA OBRA O LABOR	PLAN APOYO OPERATIVO	
USUARIA A DONDE SE REMITE EL TRABAJADOR	MUNICIPIO DE IBAGUE	
FECHA DE INICIO DE LABORES	13 DE ABRIL DE 2020	
FECHA FIRMA DEL CONTRATO	08 DE ABRIL DE 2020	

Servicompetentes S.A.S.

Certificado de Aptitud Laboral
Ingreso



Fecha: 08/Abr/2020, **Hora:** 09:13:25 a.m.
Apellido: ROJAS VERA **Nombre:** MARIA FERNANDA
Tipo Doc: CC **Nro Identidad:** 1110494400
Empresa: TEMPORALES UNO A S.A.
Cargo: ENFERMERA PROFESIONAL
Lugar:
Direccion: MZB CASA 43 SAN LUIS GONZAGA
Telefono: **Celular:** 3185730815 **Email:** MARIAFERNANDAROJASVERA905@GMAIL.COM **Estado Civil:** Soltero
Ciudad: Tolima - Ibagué

HC: # 9948
Edad: 30 años
Sexo: Femenino
Nacim: 25/Nov/1989
Rh: A+

Examenes Realizados

Serologia II, Examen Medico Ocupacional de Ingreso, Osteomuscular

Concepto Médico para Examen de Ingreso

Cumple sin restricciones ☑ Cumple con restricciones ☐
Cual:

Concepto Médico para Examen de Alturas

Apto ☐ Aplazado ☐ No Apto ☐

Concepto Médico para Examen de Periodico

Puede continuar con su labor ☐ Requiere reubicación ☐
Incluir en SVE:

Concepto Médico para Examen de Retiro

Retiro sin Patología aparente ☐ Retiro con Patología para seguimiento en EPS ☐ ARL ☐
Cual

Concepto Médico para Examen Especial

Observaciones y Recomendaciones

1.Inducción En El Cargo, 2. Se Dan Recomendaciones Sobre Realización De Pausas Activas 3.Ejercicio Físico 3 Veces Por Semana. 4. Utilizar Epp Según La Exposición, Higiene Postural Y De Columna, Hábitos Saludables, Manejo Adecuado De Cargas. 5. Bajar De Peso Dieta Balanceada Uso De Protector Solar. Ropa Adecuada Para El Cargo, Fortalecimiento Muscular 6. Seguimiento O Valoración Nutrición y programa de obesidad De La Eps.

CERTIFICO QUE NO HE OMITIDO INFORMACIÓN ACERCA DE MI ESTADO DE SALUD, TODO ES VERIDICO Y PUEDE SER CONFIRMADO
LA HISTORIA CLINICA MEDICA OCUPACIONAL, ES UN DOCUMENTO SOMETIDO A RESERVA DE INFORMACIÓN ESTRICTAMENTE CONFIDENCIAL, POR LO QUE LA CUSTODIA DE LAS HISTORIAS CLINICAS OCUPACIONALES, DOCUMENTOS, EXAMENES O VALORACIONES PARACLINICAS, ESTARÁ A CARGO DEL PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD OCUPACIONAL QUE LA GENERO EN EL CURSO DE LA ATENCIÓN, CUMPLIENDO LOS REQUISITOS Y PROCEDIMIENTOS DE ARCHIVO DE ACUERDO A LAS NORMAS LEGALES VIGENTES PARA LA HISTORIA CLINICA (RESOL 2346 2007 Art 16 RESOL 1995 2009 Art 17-1)

Gloria Maria Cuentas M
Medico U. del Norte

GLORIA MARIA CUENTAS MOJICA
Medico Ocupacional
Lic. de S.O #: 024650 del 24 Diciembre de 2015
Registro #: 085316/2009

María Rojas

MARIA FERNANDA ROJAS VERA
CC 1110494400

ARL | sura

Medellín, 08 de abril de 2020

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 TEMPORALES UNO A S.A que se encuentra EN COBERTURA.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificació	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante
Centro de trabajo:	0800113389 MUNICIPIO DE IBAGUE	Clase: 5	Porcentaje Cotización:		6.96 %
C111049440 0	ROJAS VERA MARIA FERNANDA	13/04/2020		13123813	DEPENDIENTE

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 08/04/2020 14:41:20 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 190.146.54.236, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4005050315	0|8|0|4|2|0|2|0

I. DATOS DEL TRÁMITE

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

1.tipo de tramite: A. Afiliación ☐ B.Reporte de Novedades ☒

2.Tipo afiliacion: A. Individual: -Cotizante Cabeza de familia ☒ -Beneficiario afiliado adicional ☐ B. Institucional ☐ B. De oficio ☐

3.Regimsn: A.Contributivo ☒ B.Subsidiado ☐

4. Tipo de afiliado: A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐

5. Tipo de cotizante: A. Dependients ☒ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐

Codigo (a registrar por la EPS): 1

A. AFILIACIÓN

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

6.Apellides y nombres			
Primer apellido: ROJAS	Segundo apellido: VERA	Primer nombre: MARIA	Segundo nombre: FERNANDA
7.Tipe documento de identidad: CC	**8.Número del documente de identidad**: 1110494400	**9.Sexo**: Femenine ☒ Masculine ☐	**10.Fecha de nacimiente**: 2|5|1|1|1|9|8|9

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11.Etnia: 6

12.Discapacidad: Tipo [F][N][M] Condicion [T][P]

13.Puntaje SISBEN:

14.Grupo de poblacion especial:

15. Administradora de riesgos Laboralas - ARL: SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA S.A.

16. Administradora de Pensiones: PORVENIR FPC

17. Ingreso base de cotizacion - IBC: 2300000

18.Residencia

Dirección	Telefono fijo	Telefono celular	Correo electronico
MZ I CA 23		3185730615	MARIAFERNANDAROJASVERA905@GMAIL.COM

Municipio/Distrito	zona	Localidad / comuna	Departamento
IBAGUE	Urbana ☒ Rural ☐		TOLIMA

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. Tipe documento de identidad	**21. Número documento identidad**	**22. Sexo**: Femenino ☐ Masculino ☐	**23. Fecha de nacimiente**

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 documente 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			Condicion	
			Tipo F	N	M	I	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 EPS)
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 UAB VARSOVIA - VS UOD VARSOVIA	vsuabvarso - vsuodvarso
B	-	-
B	-	-
B	-	-

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

35. Nombre e razón social	36. Tipo de identificación	37. Numero de documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar par la EPS)
TEMPORALES UNO A S.A	NIT	809000876	01

39.Ubicacion				
Dirección: CR 7 14 26 TERCER PI	Telefono: 2633856	Correo electrónico: CONTRATACION@TEMPORALESUNOA.COM.CO	Municipio/distrito: IBAGUE	Departamento: TOLIMA

No de Radicacion
4005050315

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 afiliadas 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 3 0 4 2 0 2 0

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 economica 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 documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- 49. ☐ Declaración de no internación del cotizante,cabeza de familia ,beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Salud .
- 50. ☒ Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
- 51. ☒ Autorización para que la EPS reporte la información que se genera de la afiliación del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades publicas 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 envie información al correo electronico o celular como mensaje de texto

VIII. FIRMAS

54. Cotizante o sabeza de familia o beneficiario	55. El empleador aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de oficio
Maria Fernanda Rojas	

IX. ANEXOS

- ☐ 56.Anexa Copia del documento de identidad: CN. ☐ RC. ☐ TI. ☐ CC. ☐ PA. ☐ CE. ☐ Co. ☐ 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 publica o sentencia judicial que declare el divorcio ,sentencia judicial para que declare la separacion de cuerpos y escritura pública,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la union marital
- ☐ 60. Copia certificado de adopción o acta de entrega del menor
- ☐ 61.Copia orden judicial o acto administrativo de custodia.
- ☐ 62.Documento en que conste la perdida de la patria potestad, o el certificaco de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los padres.
- ☐ 63.Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud
- ☐ 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 capitulo VII Declaraciones y IX. Autorizaciones, así como la veracidad de las demás información registrada.

CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE FENALCO DEL TOLIMA
COMFENALCO TOLIMA
FORMULARIO DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN DE SUBSIDIO FAMILIAR
TRABAJADORES DEPENDIENTES
NIT. 890.700.148-4

1059000000143733

Antes de diligenciar este formulario lea las instrucciones que se encuentran al respaldo

I. Información del Trabajador

Identificación

1. T.D.	2. Número	3. 1er. Apellido	2do. Apellido	1er. Nombre	2do. Nombre	4. Sexo
CC	1110494400	ROJAS	VERA	MARIA	FERNANDA	F X M

5. Fecha de Nacimiento: Año 1989 Mes 11 Día 25

6. Estado Civil: Soltero X | Casado | Separado | Union Libre | Viudo

7. Nivel de Escolaridad: Ninguno | Primaria | Bachillerato | Técnico | Tecnologico | Profesional — Nombre Profesión

8. Discapacidad: Tipo | Grado %

9. Dirección de residencia: MZ B CA 43 BRR SAN LUIS GONZAGA — Barrio: IBAGUE — Municipio — Departamento

10. Tipo de Vivienda: Propia | Alquilada | Familiar — 11. Estrato — 12. Teléfono: 2616822 — 13. Celular: 3185730815 — 14. Correo Electrónico

15. Pasaporte No. — Fecha de Vencimiento: Año Mes Día

16. Pasatiempos: Viajes | Pintura | Música | Danza | Cine | Manualidades | Informatica | Teatro

17. Deportes: Fútbol | Natación | Bolos | Baloncesto | Tennis | Volleyball | Patinaje | Otros

18. Información Caja anterior - Nombre — Fecha de Ingreso: Año Mes Día — Fecha de Retiro: Año Mes Día

II. Otro Empleador (Solo en caso de que labore en una Empresa Diferante a la que reporta en el móduloVI)

19. T.D.	20. NIT	DV	21. Razón Social	22. Jornada: Número Horas Mensual	23. Sector: Rural	Urbano

24. Salario: Fijo | Variable — Basico $ — Comisiones + Bonificaciones $ — 25. Cargo — 26. Caja de Compensación

III. Información del Cónyuge o compañero(a) permanente

27. Conyuge / Compañero(a)	28. T.D.	29. Número	30. 1er. Apellido	2do. Apellido	1er. Nombre	2do. Nombre	31. Sexo F M

32. Fecha de Nacimiento — 33. Discapacidad: Tipo | Grado % — 34. Fecha de inicio de relación marital — 35. Nivel de Escolaridad: Ninguno | Primaria | Bachiller | Técnico | Tecnologo | Profesional — Nombre Profesión

36. Trabaja	37. T.D.	38. Nit	39. Razón Social	40. Recibe subsidio
S: No:				S: No

41. Caja de Compensación — 42. Horas Trabajadas — 43. Salario: Fijo | Variable — Básico $ — Comisiones + Bonificaciones $ — 44. Cargo

IV. Datos del Grupo Familiar

45.	Documento		Nombres completos de beneficiarios				Sexo		Parentesco		Fecha nacimiento			Discapacidad		Subsidio otra caja
	TD	Número	1er. Apellido	2do. Apellido	1er. Nombre	2do. Nombre	M	F	Hijo / Padre / Madrastra / Padrastro / Hijastro / Abuelo / Nieto / Hermano / Bisnieto / Tatarabuelo / Tatarabisnieto		Año	Mes	Día	Tipo	Grado %	
1																
2																
3																
4																
5																

V. Escolaridad

	Número Documento	Nombre Institución donde estudio	Nivel de escolaridad	Calendario	Grado
1					
2					
3					
4					

VI. Información Laboral

47. T.D.	48. NIT	DV	49. Razón Social	50. Sucursal	51. Div. Administ.	52. Código Nómina
NI	809000876		TEMPORALES UNO A S A	1	00	

53. Fecha de ingreso a la Empresa	54. Tipo de Contrato	55. Cargo	56. Jornada: Número Horas Mensual
2020-04-13	MISION	OTRO PERSONAL DE APOYO ADMINISTRATIVO NO CLASIFICADOS EN OTROS GRUPOS PRIMARIOS	240

57. Salario: Fijo | Variable N — Basico $ 2300000 — Comisiones + Bonificaciones $ 0

58. Tipo Vinculación: DEPENDIENTE CAJA

59. % Aportes: CAJA UNIFICADO

Observaciones:

Bajo la gravedad de juramento declaro que la información suministrada es cierta y ha sido revisada personalmente. Los documentos anexos que soportan esta inscripción, serán para el uso exclusivo de Comfenalco Tolima; motivo por el cual no se devolverán a la empresa ni al trabajador. Autoriza que la información sea verificada en cualquier momento por COMFENALCO TOLIMA.

Fecha Radicación 2020-04-08

Firma Autorizada y Sello de la Empresa

1110494400 Firma y C.C. del Trabajador

Firma y Sello de recibido por Comfenalco Tolima

Generado por Sepe Versión 6.xx

porvenir
sólo hay uno

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS PORVENIR S.A.
En su condición de administradora del
FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR
NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

MARIA FERNANDA ROJAS VERA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.110.494.400**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir.**

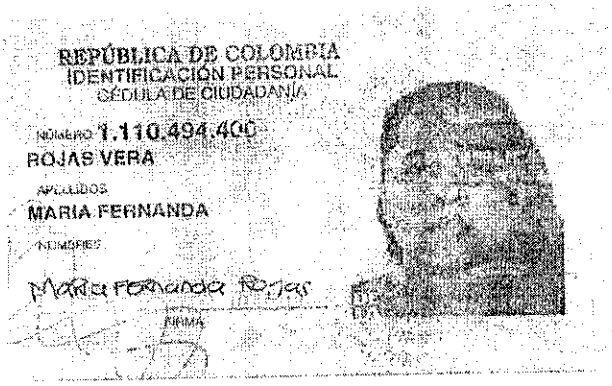
La presente certificación se expide el 08 de Abril del 2020.

Cordialmente,

Vicepresidente de Clientes y Operaciones

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.



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.110.494.400

ROJAS VERA

APELLIDOS

MARIA FERNANDA

NOMBRES

María Fernanda Rojas

FIRMA

TEMPORALES UNO-A S.A.

R60707

SGS
"suministro de trabajadores en misión"

CONTRATO INDIVIDUAL DE TRABAJO DE DURACION POR LA OBRA O LABOR CONTRATADA

IB-042000

DATOS DE LA E.S.T. EMPLEADORA

NOMBRE DE LA EMPRESA	:TEMPORALES UNO-A S.A.
DOMICILIO SOCIAL Y DIRECCION	:IBAGUE, CRA 7 # 14-26 PISO 3
NIT	:809.000.876-1
REPRESENTANTE LEGAL	:NOLLY MERCEDES BELTRAN GALEANO
C.C.	:38.260.480 DE IBAGUE

DATOS DEL TRABAJADOR

NOMBRE	ROMERO GOMEZ LINA MARIA
No. IDENTIFICACION	1,110,568,769 , IBAGUE Tel: 3209780248 Contrato:01
DOMICILIO Y RESIDENCIA	MZA 123 CASA 1 PISO 1 MODELIA II
LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO	GIRARDOT, 07 DE MARZO DE 1996

EPS: SALUD TOTAL EPS AFP: PORVENIR S.A. ARP: ARL SURA CTA:

DATOS PARA LA CONTRATACION

LUGAR DE TRABAJO	IBAGUE	
LUGAR DONDE HA SIDO CONTRATADO	IBAGUE	
SALARIO	1,300,000	Mensual
AUXILIO LEGAL DE TRANSPORTE	102,854	
OTROS PAGOS SALARIALES	0.00	
OTROS PAGOS NO SALARIALES	0.00	
PERIODOS DE PAGO DEL SALARIO	MENSUAL	
CARGO PARA EL CUAL ES CONTRATADO	AUXILIAR ENFERMERIA	
OBRA O LABOR DETERMINADA PARA LA CUAL SE CONTRATA	PLAN APOYO SECRETARIA DE SALUD	
MOTIVO QUE DA ORIGEN A LA OBRA O LABOR	PLAN APOYO OPERATIVO	
USUARIA A DONDE SE REMITE EL TRABAJADOR	MUNICIPIO DE IBAGUE	
FECHA DE INICIO DE LABORES	14 DE ABRIL DE 2020	
FECHA FIRMA DEL CONTRATO	13 DE ABRIL DE 2020	

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4005052430	13|04|20|20

I. DATOS DEL TRÁMITE

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

1.tipo de tramite: A. Afiliación ☐ B.Reporte de Novedades ☒

2.Tipo afiliacion: A. Individual: -Cotizante Cabeza de familia ☒ -Beneficiario afiliado adicional ☐ B. Institucional ☐ B. De oficio ☐

3.Regimen: 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 ☐

Codigo (a registrar por la EPS): 1

A. AFILIACIÓN

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

6.Apellidos y nombres			
ROMERO (Primer apellido)	GOMEZ (Segundo apellido)	LINA (Primer nombre)	MARIA (Segundo nombre)
7.Tipo documento de Identidad	**8.Número del documento de Identidad**	**9.Sexo**	**10.Fecha de nacimiento**
CC	1110568769	Femenino ☒ Masculino ☐	07|03|1999|6

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11.Etnia	12.Discapacidad	13.Puntaje SISBEN	14.Grupo de poblacion especial
6	Tipo: FIN-F Condicion: TIP		

15. Administradora de riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotizacion - IBC
SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA S.A.	PORVENIR FPC	1300000

18.Residencia			
MZ 123 CRT 1 MODELIA II (Dirección)	Telefono fijo	3209780248 (Telefono celular)	LINAMARIAROMEROGOMEZ03071999@GMAIL.COM (Correo electronico)
IBAGUE (Municipio/Distrito)	zona: Urbana ☒ Rural ☐	Localidad / comuna	TOLIMA (Departamento)

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

Datos basicos 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						25. Tipo documento de identidad	26. Número de identidad	27.Sexo		28.Fecha de nacimiento
	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre					Femenino	Masculino	
B1											
B2											
B3											
B4											
B5											

Datos complementarios

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

32. Datos de residencia

	Municipio/Distrito	Zona: Urbana	Zona: Rural	Departamento	Teléfono Fijo y/e 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 Salud - IPS	Codigo de la IPS(a registrar por la EPS)
C	VS CADIZ - VS UOD VARSOVIA	VSCADIZ - vsuodvarso
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 documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS)
TEMPORALES UNO A S.A	NIT	809000875	01

39.Ubicación				
CR 7 14 26 TERCER PI (Dirección)	2633856 (Teleéfono)	CONTRATACION@TEMPORALESUNOA.COM.CO (Correo electrónico)	IBAGUE (Municipio/distrito)	TOLIMA (Departamento)

No de Radicacion
4005052430

B. REPORTE DE NDVEDADES

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 complementarias
- ☐ 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. Exclusion 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 NDVEDAD

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|4|0|4|2|0|2|0

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

VII. DECLARACIDNES Y AUTORIZACIONES

- 46. ☐ Declaracion de dependencia económica de los beneficianos y afiliados adicionales.
- 47. ☐ Declaracion de la no obligación de afiliarse al Regimen Contributivo,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 información 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 afiliacion 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. ☒ Autorizacion para que la EPS envie información al correo efectronico 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 declara la separación de cuerpos y escritura pública,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la union marital.
- ☐ 60. Copia certificado de adopción o acta de entrega del menor
- ☐ 61.Copia orden judicial o acto administrativo de custodia.
- ☐ 62.Documento en que conste la perdida de la patria potestad, o el certificaco de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los padres
- ☐ 63.Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud
- ☐ 64.Certificacion 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 funcionaria 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 capitulo VII Declaraciones y IX. Autorizaciones, así como la veracidad de las demás información registrada.

ARL | sura

Medellín, 13 de abril de 2020

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 TEMPORALES UNO A S.A que se encuentra EN COBERTURA.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificació	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante
Centro de trabajo: 0800113389 MUNICIPIO DE IBAGUE		Clase: 5	Porcentaje Cotización: 6,96 %		
C111056876 9	ROMERO GOMEZ LINA MARIA	14/04/2020		I8248156	DEPENDIENTE

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A asi como para su desafiliación
Importante: La información contenida en este certificado puede sar 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 13/04/2020 10:01:40 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pandientes de retiro.

Dirección IP: 190.146.54.236, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE FENALCO DEL TOLIMA
COMFENALCO TOLIMA
FORMULARIO DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN DE SUBSIDIO FAMILIAR
TRABAJADORES DEPENDIENTES
NIT. 890.700.148-4

1059000000143795

Antes de diligenciar este formulario lea las instrucciones que se encuentran al respaldo

I. Información del Trabajador

Identificación

1. T.D.: CC | 2. Número: 1110568769

3. 1er. Apellido: ROMERO | 2do. Apellido: GOMEZ | 1er. Nombre: LINA | 2do. Nombre: MARIA | 4. Sexo: F X M

5. Fecha de Nacimiento: Año 1996 Mes 03 Día 07

6. Estado Civil: Soltero X | Separado | Viudo | Casado | Unión Libre

7. Nivel de Escolaridad: Ninguno | Bachillerato | Tecnológico | Profesional | Primaria | Técnico | Nombre Profesión

8. Discapacidad: Tipo 4 | Grado 5

9. Dirección de residencia: MZ A C INT 3 AP 302 | Barrio: IBAGUE | Municipio | Departamento

10. Tipo de Vivienda: Propia | Alquilada | Familiar | 11. Estrato | 12. Teléfono: 2748562 | 13. Celular | 14. Correo Electrónico

15. Pasaporte No. | Fecha de Vencimiento: Año Mes Día | 16. Pasatiempos: Viajes | Pintura | Música | Danza | Cine | Manualidades | Informática | Teatro

17. Deportes: Fútbol | Natación | Bates | Baloncesto | Tenis | Volleyball | Patinaje | Otros

18. Información Caja anterior - Nombre | Fecha de Ingreso: Año Mes Día | Fecha de Retiro: Año Mes Día

II. Otro Empleador (Solo en caso de que labore en una Empresa Diferente a la que reporta en el móduloVI)

19. T.D. | 20. NIT | DV | 21. Razón Social | 22. Jornada: Número Horas Mensual | 23. Sector: Rural | Urbano

24. Salario: Básico $ | Comisiones + Bonificaciones $ | Fijo | Variable | 25. Cargo | 26. Caja de Compensación

III. Información del Cónyuge o compañero(a) permanente

27. Cónyuge / Compañero(a) | 28. T.D. | 29. Número | 30. 1er. Apellido | 2do. Apellido | 1er. Nombre | 2do. Nombre | 31. Sexo F M

32. Fecha de Nacimiento | 33. Discapacidad: Tipo | Grado % | 34. Fecha de Inicio de relación marital | 35. Nivel de Escolaridad: Ninguno | Bachiller | Tecnólogo | Primaria | Técnico | Profesional | Nombre Profesión

36. Trabaja: SI | NO | 37. T.D. | 38. NIT | 39. Razón Social | 40. Recibe subsidio: SI | NO

41. Caja de Compensación | 42. Horas Trabajadas | 43. Salario: Fijo | Variable | Básico $ | Comisiones + Bonificaciones $ | 44. Cargo

IV. Datos del Grupo Familiar

45.	Documento TD	Documento Número	Nombres completos de beneficiarios: 1er. Apellido	2do. Apellido	1er. Nombre	2do. Nombre	Sexo M	Sexo F	Parentesco: Hijo(a)	Padrastro	Madrastro	Hijastro(a)	Fecha nacimiento: Año	Mes	Día	Discapacidad	Cuota monetaria
1	RC	1201468453	MORENO	ROMERO	JHOAN	EMANUEL	X		HIJO				2014	09	02	4	N
2																	
3																	
4																	
5																	

V. Escolaridad

	Número Documento	Nombre Institución donde estudia	Nivel de escolaridad	Calendario	Grado
1					
2					
3					
4					

VI. Información Laboral

46. T.D.: NI | 49. NIT: 809000876 | DV | 48. Razón Social: TEMPORALES UNO A S A | 50. Sucursal: 1 | 51. Dir. Adicional: 00 | 52. Código Nomina

53. Fecha de ingreso a la Empresa: 2020-04-14 | 54. Tipo de Contrato: MISION | 55. Cargo: OTRO PERSONAL DE APOYO ADMINISTRATIVO NO CLASIFICADOS EN OTROS GRUPOS PRIMARIOS | 56. Jornada: Número Horas Mensual: 240

57. Salario: Fijo | Variable N | Basico $: 1300000 | Comisiones + Bonificaciones $: 0 | 58. Tipo Vinculación: DEPENDIENTE CAJA | 59. % Aportes: CAJA UNIFICADO

Observaciones:

Bajo la gravedad de juramento declaro que la información suministrada es cierta y ha sido revisada personalmente. Los documentos anexos que soportan esta inscripción, serán para el uso exclusivo de Comfenalco Tolima; motivo por el cual no se devolverán a la empresa ni al trabajador. Autorizo que la información sea verificada en cualquier momento por COMFENALCO TOLIMA.

Fecha Radicación 2020-04-13

Firma Autorizada y Sello de la Empresa

Firma y C.C. del Trabajador

Firma y Sello de recibido por Comfenalco Tolima

Generado por Sirah Virtual Cloud

porvenir

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

LINA MARIA ROMERO GOMEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.110.568.769**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 08 de Abril del 2020.

Cordialmente,

Vicepresidente de Clientes y Operaciones

Tenga en cuenta:

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



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.110.568.769
ROMERO GOMEZ
APELLIDOS
LINA MARIA
NOMBRES

FIRMA

FECHA DE NACIMIENTO 07-MAR-1996
GIRARDOT
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.72
ESTATURA

A+
G.S. RH

F
SEXO

21-MAR-2014 IBAGUE
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

INDICE DERECHO

A-2900100-00778866-F-1110568769-20151222 0047812793A 1 6373705213

Colfondos
del grupo HABITAT

COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) MARYORI JAULEYDY VELOZA TOVAR identificado(a) con C.C No. 1.006.007.500, se encuentra afiliado(a) al Fondo Pensiones Obligatorias NIT 800.227.940-6.

Se expide la presente certificación a solicitud del afiliado(a) el día 23 de marzo del 2020.

El presente certificado es emitido como un archivo PDF y contiene una firma digitalizada válida para todos sus efectos de conformidad con lo dispuesto en la Ley 527 de 1999.

Cualquier inquietud adicional no dude en escribirnos a través de nuestro portal transaccional www.colfondos.com.co opción contáctanos, o comuníquese con nuestro Contact Center a través de las siguientes líneas Bogotá 7484888, Barranquilla 386 9888, Bucaramanga 698 5888, Cali 489 9888, Cartagena 694 9888, Medellín 604 2888 y en el resto del país 604 2888.

Carolina Galvis C.

Carolina Galvis Castellanos
Directora de Cuentas y Recaudo
Colfondos S.A Pensiones y Cesantías

Escaneado con CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.006.007.500**

VELOZA TOVAR

APELLIDOS

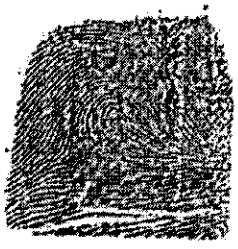
MARYORI JAULEYDY

NOMBRES

Maryori Veloza

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **07-NOV-1999**

SANTA ISABEL
(TOLIMA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.67 ESTATURA | **O+** G.S. RH | **F** SEXO

09-NOV-2017 SANTA ISABEL

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-2911200-00964154-F-1006007500-20171227 0058924012A 2 48471980

Escaneado con CamScanner

R60707

TEMPORALES UNO-A S.A.

SGS "suministro de trabajadores en misión"

CONTRATO INDIVIDUAL DE TRABAJO DE DURACION POR LA OBRA O LABOR CONTRATADA

IB-041983

DATOS DE LA E.S.T. EMPLEADORA

NOMBRE DE LA EMPRESA	:TEMPORALES UNO-A S.A.
DOMICILIO SOCIAL Y DIRECCION	:IBAGUE, CRA 7 # 14-26 PISO 3
NIT	:809.000.876-1
REPRESENTANTE LEGAL	:NOLLY MERCEDES BELTRAN GALEANO
C.C.	:38.260.480 DE IBAGUE

DATOS DEL TRABAJADOR

NOMBRE	SERRANO ACEVEDO ERIKA PAOLA
No. IDENTIFICACION	1,110,586,195 , IBAGUE Tel: 3155023484 Contrato:01
DOMICILIO Y RESIDENCIA	CALLE 29 S BIS NO. 4C19 HIPÓDROMO
LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO	IBAGUE, 03 DE NOVIEMBRE DE 1997

EPS: NUEVA EPS AFP: PROTECCION S.A. ARP: ARL SURA CTA:

DATOS PARA LA CONTRATACION

LUGAR DE TRABAJO	IBAGUE
LUGAR DONDE HA SIDO CONTRATADO	IBAGUE
SALARIO	1,300,000 Mensual
AUXILIO LEGAL DE TRANSPORTE	102,854
OTROS PAGOS SALARIALES	0.00
OTROS PAGOS NO SALARIALES	0.00
PERIODOS DE PAGO DEL SALARIO	MENSUAL
CARGO PARA EL CUAL ES CONTRATADO	AUXILIAR ENFERMERIA
OBRA O LABOR DETERMINADA PARA LA CUAL SE CONTRATA	PLAN APOYO SECRETARIA DE SALUD
MOTIVO QUE DA ORIGEN A LA OBRA O LABOR	PLAN APOYO OPERATIVO
USUARIA A DONDE SE REMITE EL TRABAJADOR	MUNICIPIO DE IBAGUE
FECHA DE INICIO DE LABORES	13 DE ABRIL DE 2020
FECHA FIRMA DEL CONTRATO	07 DE ABRIL DE 2020

Servicompetentes SAS

Certificado de Aptitud Laboral
Ingreso



Fecha: 07/Abr/2020, **Hora:** 09:24:22 a.m.
Apellido: SERRANO ACEVEDO **Nombre:** ERIKA PAOLA
Tipo Doc: CC **Nro Identidad:** 1110586195
Empresa: TEMPORALES UNO A S.A.
Cargo: AUX. ENFERMERIA
Lugar:
Direccion: CALLE 29 4 BIS NO 4C 19
Telefono: **Celular:** 3104587582 **Email:** ERIKASA1197@GMAIL.COM **Estado Civil:** Union Libre
Ciudad: Tolima - Ibagué

HC: # 9922
Edad: 22 años
Sexo: Femenino
Nacim: 03 Nov 1997
Rh: O+

Examenes Realizados

Serologia H, Examen Medico Ocupacional de Ingreso, Osteomuscular

Concepto Médico para Examen de Ingreso

Cumple sin restricciones ☑ Cumple con restricciones ☐
Cual:

Concepto Médico para Examen de Alturas

Apto ☐ Aplazado ☐ No Apto ☐

Concepto Médico para Examen de Periódico

Puede continuar con su labor ☐ Requiere reubicación ☐
Incluir en SVE:

Concepto Médico para Examen de Retiro

Retiro sin Patología aparente ☐ Retiro con Patología para seguimiento en EPS ☐ ARL ☐
Cual:

Concepto Médico para Examen Especial

Observaciones y Recomendaciones

1.Inducción En El Cargo 2.Se Dan Recomendaciones Sobre Realización De Pausas Activas 3.Ejercicio Físico 3 Veces Por Semana. 4. Utilizar Epp Según La Exposición, Higiene Postural Y De Columna, Hábitos Saludables, 5. Dieta Balanceada Uso De Protector Solar. Ropa Adecuada Para El Cargo, Fortalecimiento Muscular

CERTIFICO QUE NO HE OMITIDO INFORMACIÓN ACERCA DE MI ESTADO DE SALUD, TODO ES VERIDICO Y PUEDE SER CONFIRMADO.
LA HISTORIA CLINICA MÉDICA OCUPACIONAL, ES UN DOCUMENTO SOMETIDO A RESERVA DE INFORMACIÓN ESTRICTAMENTE CONFIDENCIAL, POR LO QUE LA CUSTODIA DE LAS HISTORIAS CLINICAS OCUPACIONALES, DOCUMENTOS, EXAMENES O VALORACIONES PARACLINICAS, ESTARÁ A CARGO DEL PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD OCUPACIONAL QUE LA GENERO EN EL CURSO DE LA ATENCION, CUMPLIENDO LOS REQUISITOS Y PROCEDIMIENTOS DE ARCHIVO DE ACUERDO A LAS NORMAS LEGALES VIGENTES PARA LA HISTORIA CLINICA (RESOL. 2346 2007 Art. 3E RESOL. 1918/2009 Art. 17-1)

Gloria Cuentas Mojica
Medico Ocupacional
Lic. de S.O #: 024650 del 24 Diciembre de 2015
Registro #: 085316/2009

Erika S.

ERIKA PAOLA SERRANO ACEVEDO
CC 1110586195

ARL | sura

Medellín, 07 de abril de 2020

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 TEMPORALES UNO A S.A que se encuentra EN COBERTURA.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificació	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante
Centro de trabajo: 0800113389 MUNICIPIO DE IBAGUE		Clase: 5		Porcentaje Cotización:	6,96 %
C111058619 5	SERRANO ACEVEDO ERIKA PAOLA	13/04/2020		2061382	DEPENDIENTE

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 07/04/2020 17:51:56 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 190.146.54.236, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

nueva eps

NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 08/04/2020, el empleador TEMPORALES UNO A S.A. identificado con NIT número 809000876 registró la siguiente solicitud de reingreso en nuestro portal transaccional.

NÚMERO DE RADICACIÓN	FECHA DE RADICACIÓN	TIPO DE SOLICITUD
2543291	08/04/2020	Reingresos

DETALLE

TIPO IDENTIFICACIÓN	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA REINGRESO
CÉDULA DE CIUDADANÍA	1110586195	ERIKA PAOLA SERRANO ACEVEDO	1300000	AUXILIAR DE ENFERMERIA	2020-04-13

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 8 días del mes de Abril del año 2020.

Cordialmente,

GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES

Nueva EPS

Protección

Fondo de Cesantías Protección

NIT 800.170.494

Hace constar que:

El(La) Señor(a) **ERIKA PAOLA SERRANO ACEVEDO** identificado(a) con **CC** numero **1.110.586.195** se encuentra afiliado(a) al FONDO DE CESANTÍAS PROTECCIÓN, desde el 14 de febrero de 2020.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el dia 02 de abril de 2020.

Cordialmente,

Laura Patricia Merchan Metaute
Equipo Gestión de Operaciones.

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

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros.
Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**

envio 8/4/2020

CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE FENALCO DEL TOLIMA
COMFENALCO
NIT. 890.700.148-4

Fecha: Enero 2018
Versión: 10
S.G.C.

FORMULARIO DE AFILIACIÓN AL RÈGIMEN DE SUBSIDIO FAMILIAR TRABAJADORES DEPENDIENTES

ANTES DE DILIGÈNCIAR ESTE FORMULARIO LEA LAS INSTRUCCIONES QUE SE ENCUENTRAN AL RESPALDO DE LA COPIA

TRABAJADOR NUEVO ☐ REACTIVACIÓN ☐ ADICIÓN BENEFICIARIOS ☐

INFORMACIÓN TRABAJADOR

1. Tipo y No. documento de identidad	2. Lugar Expedición:	3. Fecha Expedición (d/m/aa):	4. Sexo:
CC ☒ CE ☐ PAP ☐ TI ☐ OTRO ☐ 1110286195	Ibagué	24/11/2015	M ☐ F ☒

5. Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
Serrano	Acevedo	Erika	Paola

6. Teléfono:	7. Celular:	8. Correo Electrónico:	9. Tipo Vivienda
	3155023484	erikapaola1197@gmail.com	Propia ☒ Familiar ☐ Alquilada ☐

10. Dirección Residencia	11. Barrio	12. Municipio	13. Departamento	14. Sector
cl 29 Bis 4C 19	Hipodromo	Ibagué	Tolima	Urbano ☒ Rural ☐

15. Lugar de nacimiento	16. Fecha de nacimiento (d/m/aa)	17. Estado Civil:	
Ibagué	03/11/1997	Soltero ☒	Casado ☐
		Unión Libre ☐	Viudo ☐ Separado ☐

18. Nivel Escolaridad:				19. Pasatiempos:	20. Deportes que prefiere:
Ninguno ☐	Primaria ☐	Bachillerato ☐	Técnico ☒ Profesional ☐ Otros ____		

INFORMACIÓN EMPRESA

21. Tipo y No. Documento Empresa	22. Razón Social	23. Dirección Empresa	24. Municipio Empresa
NIT 8090008761	Temporales Uno-A	Cra 7 No 14-26	Ibagué

25. Teléfono Contacto Empresa	26. Salario Trabajador $	27. Tipo Contrato	28. Fecha de Ingreso a la Empresa (d/m/aa)	29. Cargo	30. No. Horas Laboradas / Mes
2616822	1.300.000 ☒ Fijo Variable ☐	D	13/4/2020	Aux. Enfermera	240

INFORMACIÓN CÓNYUGE O COMPAÑERO(A)

31. Tipo y No. documento identidad:	32. Lugar Expedición	33. Fecha Expedición (d/m/aa)	34. Sexo:
CC ☐ CE ☐ PAP ☐ TI ☐ OTRO ☐			M ☐ F ☐

35. Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

36 Teléfono	37. Celular	38. Correo Electrónico	39. Cônyuge ☐ Compañero(a) ☐

40. Trabaja	41. Fecha Ingreso a la Empresa (d/m/aa)	42. Recibe Subsidio	43. Si recibe Subsidio por cual Caja
SI ☐ NO ☐		SI ☐ NO ☐	

44. INFORMACIÓN GRUPO FAMILIAR

Tipo y No. Documento identidad	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Sexo	Fecha Nacimiento (d/m/aa)	Parentesco (Hijo, Hijastro, Madre, Padre, Hermano, Autorizado con Custodia)

RECUERDE QUE AÚN SI LA MADRE DE LOS BENEFICIARIOS NO HACE PARTE DE SU GRUPO FAMILIAR, ELLA SERÁ LA AUTORIZADA PARA EL COBRO DE SUBSIDIO, MOTIVO POR EL CUAL PARA AFILIAR ESTOS BENEFICIARIOS DEBERÁ APORTAR COPIA DE LA CÉDULA DE LA MADRE DEL (DE LOS) MENOR(ES) AUTORIZADA: _____ C.C. _____ BENEFICIARIOS _____

Observaciones Comfenalco Tolima

Declaro bajo la gravedad de juramento que la información aquí suministrada es verídica y ha sido revisada por la empresa y trabajador, autorizo a COMFENALCO TOLIMA para que por cualquier medio verifique los datos aquí contenidos y que en caso de falsedad se apliquen las sanciones contempladas por Ley, así como autorizo que se realicen los cruces correspondientes con otras Cajas para verificación de la información y pago de subsidio.

Declaro que soy responsable de la actualización de documentos de identidad y certificaciones de mis beneficiarios de subsidio familiar (Tarjeta de identidad, certificaciones escolares).
Autorizo el tratamiento de mis datos personales con fines comerciales, envío de información de otros servicios producto de alianzas, conforme a lo establecido en la Ley 1581 de 2012 "Habeas Data" y Decreto 1377 de 2013 "Protección de Datos"

SI ☐ NO ☐

Firma autorizada EMPLEADOR	Firma y CC TRABAJADOR Erika Paola Serrano 1110286195	Firma y Sello COMFENALCO TOLIMA

VIGILADO Supersubsidio

C-10219207

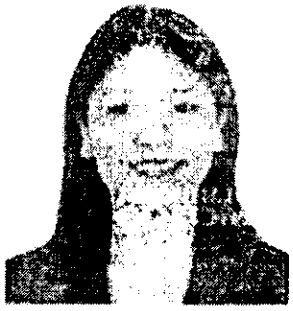
REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 1.110.586.195

SERRANO ACEVEDO
APELLIDOS

ERIKA PAOLA
NOMBRES

Erika Serrano
FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 03-NOV-1997
IBAGUE
(TOLIMA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.55 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO

24-NOV-2015 IBAGUE
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO

P-2900100-00805490-F-1110586195-20170517 0055440644A 1 9010003008

TEMPORALES UNO-A S.A.

R60707

"suministro de trabajadores en misión"

IB-041984

CONTRATO INDIVIDUAL DE TRABAJO DE DURACION POR LA OBRA O LABOR CONTRATADA

DATOS DE LA E.S.T. EMPLEADORA

NOMBRE DE LA EMPRESA	:TEMPORALES UNO-A S.A.
DOMICILIO SOCIAL Y DIRECCION	:IBAGUE, CRA 7 # 14-26 PISO 3
NIT	:809.000.876-1
REPRESENTANTE LEGAL	:NOLLY MERCEDES BELTRAN GALEANO
C.C.	:38.260.480 DE IBAGUE

DATOS DEL TRABAJADOR

NOMBRE	VELOZA TOVAR MARYORI JAULEYDY
No. IDENTIFICACION	1,006,007,500 , SANTA ISABEL Tel: 3154808828 Contrato:01
DOMICILIO Y RESIDENCIA	CRA 4G NO. 40-47 MACARENA I Y II
LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO	SANTA ISABEL, 07 DE NOVIEMBRE DE 1999

EPS: NUEVA EPS AFP: COLFONDOS S.A. ARP: ARL SURA CTA:

DATOS PARA LA CONTRATACION

LUGAR DE TRABAJO	IBAGUE	
LUGAR DONDE HA SIDO CONTRATADO	IBAGUE	
SALARIO	1,300,000	Mensual
AUXILIO LEGAL DE TRANSPORTE	102,854	
OTROS PAGOS SALARIALES	0.00	
OTROS PAGOS NO SALARIALES	0.00	

PERIODOS DE PAGO DEL SALARIO	MENSUAL
CARGO PARA EL CUAL ES CONTRATADO	AUXILIAR ENFERMERIA
OBRA O LABOR DETERMINADA PARA LA CUAL SE CONTRATA	PLAN APOYO SECRETARIA SALUD
MOTIVO QUE DA ORIGEN A LA OBRA O LABOR	PLAN APOYO OPERATIVO
USUARIA A DONDE SE REMITE EL TRABAJADOR	MUNICIPIO DE IBAGUE
FECHA DE INICIO DE LABORES	13 DE ABRIL DE 2020
FECHA FIRMA DEL CONTRATO	08 DE ABRIL DE 2020

Servicompetentes S.A.S

Certificado de Aptitud Laboral
Ingreso



Fecha: 08/Abr/2020, **Hora:** 08:27:25 a.m.
Apellido: VELOZA TOVAR **Nombre:** MARYORI JAULEIDY
Tipo Doc: CC **Nro Identidad:** 1006007500
Empresa: TEMPORALES UNO A S.A.
Cargo: AUX. DE ENFERMERIA
Lugar:
Direccion: MZ F CASA 11 MACARENA PARTE BAJA
Telefono: **Celular:** 3154808828 **Email:** VELOZAMARYORI@GMAIL.COM Estado Civil: Soltero
Ciudad: Tolima - Ibagué

HC: # 9939
Edad: 20 años
Sexo: Femenino
Nacim: 07/Nov/1999
Rh: O-

Examenes Realizados

Serologia II, Examen Medico Ocupacional de Ingreso, Osteomuscular

Concepto Médico para Examen de Ingreso

Cumple sin restricciones ☑ Cumple con restricciones ☐

Cual:

Concepto Médico para Examen de Alturas

Apto ☐ Aplazado ☐ No Apto ☐

Concepto Médico para Examen de Periodico

Puede continuar con su labor ☐ Requiere reubicación ☐

Incluir en SVE:

Concepto Médico para Examen de Retiro

Retiro sin Patologia aparente ☐ Retiro con Patologia para seguimiento en EPS ☐ ARL ☐

Cual:

Observaciones y Recomendaciones

1.Inducción En El Cargo, 2. Se Dan Recomendaciones Sobre Realización De Pausas Activas 3.Ejercicio Fisico 3 Veces Por Semana. 4. Utilizar Epp Según La Exposición, Higiene Postural Y De Columna, Hábitos Saludables, Manejo Adecuado De Cargas. 5. Bajar De Peso Dieta Balanceada Uso De Protector Solar. Ropa Adecuada Para El Cargo, Fortalecimiento Muscular 6. Seguimiento O Valoración Nutrición De La Eps

CERTIFICO QUE NO HE OMITIDO INFORMACIÓN ACERCA DE MI ESTADO DE SALUD, TODO ES VERIDICO Y PUEDE SER CONFIRMADO.
LA HISTORIA CLINICA MEDICA OCUPACIONAL, ES UN DOCUMENTO SOMETIDO A RESERVA DE INFORMACIÓN ESTRICTAMENTE CONFIDENCIAL, POR LO QUE LA CUSTODIA DE LAS HISTORIAS CLINICAS OCUPACIONALES, DOCUMENTOS, EXAMENES O VALORACIONES PARACLINICAS, ESTARA A CARGO DEL PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD OCUPACIONAL QUE LA GENERO EN EL CURSO DE LA ATENCIÓN, CUMPLIENDO LOS REQUISITOS Y PROCEDIMIENTOS DE ARCHIVO DE ACUERDO A LAS NORMAS LEGALES VIGENTES PARA LA HISTORIA CLINICA (RESOL. 2346/2007 Art. 16 RESOL. 1918/2009 Art. 13-1)

GLORIA MARIA CUENTAS MOJICA
Medico Ocupacional
Lic. de S.O #: 024650 del 24 Diciembre de 2015
Registro #: 085316/2009

MARYORI JAULEIDY VELOZA TOVAR
CC 1006007500

ARL | sura

Medellin, 08 de abril de 2020

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 TEMPORALES UNO A S.A que se encuentra EN COBERTURA.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificació	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante
Centro de trabajo:	0800113389 MUNICIPIO DE IBAGUE	Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6,96 %	
C100600750 0	VELOZA TOVAR MARYORI JAULEYDY	13/04/2020		21158251	DEPENDIENTE

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 08/04/2020 10:23:37 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 190.146.54.236, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 08/04/2020, el empleador TEMPORALES UNO A S.A. identificado con NIT número 809000876 registró la siguiente solicitud de reingreso en nuestro portal transaccional.

NÚMERO DE RADICACIÓN	FECHA DE RADICACIÓN	TIPO DE SOLICITUD
2543354	08/04/2020	Reingresos

DETALLE

TIPO IDENTIFICACIÓN	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA REINGRESO
CÉDULA DE CIUDADANÍA	1006007500	MARYORI JAULEYDY VELOZA TOVAR	1300000	AUXILIAR DE ENFERMERIA	2020-04-13

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 8 días del mes de Abril del año 2020.

Cordialmente,

GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES

Nueva EPS

CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE FENALCO DEL TOLIMA
COMFENALCO TOLIMA
FORMULARIO DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN DE SUBSIDIO FAMILIAR
TRABAJADORES DEPENDIENTES
NIT. 890.700.146-4

1059000000143704

Antes de diligenciar este formulario lea las instrucciones que se encuentran al respaldo

Identificación — I. Información del Trabajador

1 T.D.	2. Número	3. 1er. Apellido	2do. Apellido	1er. Nombre	2do. Nombre	4. Sexo
CC	1006007500	VELOZA	TOVAR	MARYORI	JAULEYDY	F X M

5. Fecha de Nacimiento (Año Mes Día)	6. Estado Civil	7. Nivel de Escolaridad	8. Discapacidad
1999-11-07	Soltero X Casado Separado Unión Libre Viudo	Ninguno Primaria Bachillerato Técnico Tecnológico Profesional Nombre Profesión	Tipo 4 Grado %

9. Dirección de residencia	Barrio	Municipio	Departamento
CR 4 G 40 47 BRR MACARENA	IBAGUE		

10. Tipo de Vivienda	11. Estrato	12. Teléfono	13. Celular	14. Correo Electrónico
Propia Alquilada Familiar		2616822	3154808828	

15. Pasaporte No. / Fecha de Vencimiento (Año Mes Día)	16. Pasatiempos
	Viajes Pintura Música Danza Cine Manualidades Informática Teatro

17. Deportes	18. Información Caja anterior - Nombre
Fútbol Natación Boles Baloncesto Tenis Volleyball Patinaje Otros	Fecha de Ingreso: Año Mes Día / Fecha de Retiro: Año Mes Día

II. Otro Empleador (Solo en caso de que labore en una Empresa Diferente a la que reporta en el módulo VI)

19 T.D.	20. NIT	DV	21. Razón Social	22. Jornada (Número Horas Mensual)	23. Sector (Rural / Urbano)

24. Salario (Básico $ / Comisiones + Bonificaciones $)	25. Cargo	26. Caja de Compensación
Fijo Variable		

III. Información del Cónyuge o compañero(a) permanente

27. Cónyuge Compañero(a)	28. T.D.	29. Número	30. 1er. Apellido	2do. Apellido	1er. Nombre	2do. Nombre	31. Sexo
							F M

32. Fecha de Nacimiento	33. Discapacidad (Tipo / Grado %)	34. Fecha de Inicio de relación marital	35. Nivel de Escolaridad (Ninguno, Primaria, Bachiller, Técnico, Tecnólogo, Profesional) / Nombre Profesión

36. Trabaja	37. T.D.	38. NIT	39. Razón Social	40. Recibe subsidio
SI NO				SI NO

41. Caja de Compensación	42. Horas Trabajadas	43. Salario (Fijo / Variable) Básico $	Comisiones + Bonificaciones $	44. Cargo

IV. Datos del Grupo Familiar

45	Documento		Nombres completos de beneficiarios				Sexo		Parentesco				Fecha nacimiento			Discapacidad	Número de Hijos
	TD	Número	1er. Apellido	2do. Apellido	1er. Nombre	2do. Nombre	M	F	Hijo	Hijastro	Padres	Padrastro	Año	Mes	Día	Tipo / Grado %	
1																	
2																	
3																	
4																	
5																	

V. Escolaridad

	Número Documento	Nombre Institución donde estudia	Nivel de escolaridad	Calendario	Grado
1					
2					
3					
4					

VI. Información Laboral

47 TS	48. NIT	DV	49. Razón Social	50. Sucursal	51. Div. Administ.	52. Código Nómina
NI	809000876	1	TEMPORALES UNO A S A	1	00	

53. Fecha de ingreso a la Empresa	54. Tipo de Contrato	55. Cargo	56. Jornada (Número Horas Mensual)
2020-04-13	MISION	OTRO PERSONAL DE APOYO ADMINISTRATIVO NO CLASIFICADOS EN OTROS GRUPOS PRIMARIOS	240

57. Salario (Fijo / Variable N / Básico $)	Comisiones + Bonificaciones $	58. Tipo Vinculación	59. % Aportes
Fijo Variable N Básico $ 1300000	0	DEPENDIENTE CAJA	CAJA UNIFICADO

Observaciones:

Bajo la gravedad de juramento declaro que la información suministrada es cierta y ha sido revisada personalmente. Los documentos anexos que soportan esta inscripción, serán para el uso exclusivo de Comfenalco Tolima; motivo por el cual no se devolverán a la empresa ni al trabajador. Autorizo que la información sea verificada en cualquier momento por COMFENALCO TOLIMA.

Fecha Radicación 2020-04-08

Firma Autorizada y Sello de la Empresa

Firma y C.C. del Trabajador

Firma y Sello de recibido por Comfenalco Tolima

Generado por Sisac Web Cloud

TEMPORALES UNO-A S.A.

R60707

"suministro de trabajadores en misión"

IB-042033

CONTRATO INDIVIDUAL DE TRABAJO DE DURACION POR LA OBRA O LABOR CONTRATADA

DATOS DE LA E.S.T. EMPLEADORA

NOMBRE DE LA EMPRESA	TEMPORALES UNO-A S.A.
DOMICILIO SOCIAL Y DIRECCION	IBAGUE, CRA 7 # 14-28 PISO 3
NIT	809.000.876-1
REPRESENTANTE LEGAL	NOLLY MERCEDES BELTRAN GALEANO
C.C.	38.260.480 DE IBAGUE

DATOS DEL TRABAJADOR

NOMBRE	VIVAS MORALES MARIO ALBERTO
No. IDENTIFICACION	1,110,485,880 IBAGUE Tel: 3155808097 Contrato:01
DOMICILIO Y RESIDENCIA	MZ A CASA 09 URBANIZACION OVIEDO SALADO OVIEDO
LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO	IBAGUE, 17 DE MAYO DE 1989

EPS: SALUD TOTAL EPS AFP: PORVENIR S.A. ARP: ARL SURA CTA: 5752034424 COLPATRIA

DATOS PARA LA CONTRATACION

LUGAR DE TRABAJO	IBAGUE
LUGAR DONDE HA SIDO CONTRATADO	IBAGUE
SALARIO	1,000,000 Mensual
AUXILIO LEGAL DE TRANSPORTE	102,854
OTROS PAGOS SALARIALES	0.00
OTROS PAGOS NO SALARIALES	0.00
PERIODOS DE PAGO DEL SALARIO	MENSUAL
CARGO PARA EL CUAL ES CONTRATADO	CONDUCTOR
OBRA O LABOR DETERMINADA PARA LA CUAL SE CONTRATA	PLAN APOYO OPERATIVO
MOTIVO QUE DA ORIGEN A LA OBRA O LABOR	PLAN APOYO OPERATIVO
USUARIA A DONDE SE REMITE EL TRABAJADOR	MUNICIPIO DE IBAGUE
FECHA DE INICIO DE LABORES	28 DE ABRIL DE 2020
FECHA FIRMA DEL CONTRATO	27 DE ABRIL DE 2020

servicompetentes SAS

Certificado de Aptitud Laboral
Ingreso



Fecha: 27/Abr/2020, **Hora:** 07:45:39 a.m.
Apellido: VIVAS MORALES **Nombre:** MARIO ALBERTO
Tipo Doc: CC **Nro Identidad:** 1110485880
Empresa: TEMPORALES UNO A S.A.
Cargo: CONDUCTOR
Lugar:
Direccion: MZ A CASA 9 OVIEDO
Telefono: **Celular:** 3155808097 **Email:** **Estado Civil:** Union Libre
Ciudad: Tolima - Ibagué

HC: # 10031
Edad: 30 años
Sexo: Masculino ♂
Nacim: 17/May/1989
Rh: O+

Examenes Realizados

Examen Medico Ocupacional de Ingreso, Osteomuscular, VDRL Serologia

Concepto Médico para Examen de Ingreso

Cumple sin restricciones ☑ Cumple con restricciones ☐
Cual:

Concepto Médico para Examen de Alturas

Apto ☐ Aplazado ☐ No Apto ☐

Concepto Médico para Examen de Periódico

Puede continuar con su labor ☐ Requiere reubicación ☐
Incluir en SVE:

Concepto Médico para Examen de Retiro

Retiro sin Patología aparente ☐ Retiro con Patología para seguimiento en EPS ☐ ARL ☐
Cual:

Concepto Médico para Examen Especial

Observaciones y Recomendaciones

1.Inducción En El Cargo, 2. Se Dan Recomendacinnes Sobre Realización De Pausas Activas 3.Ejercicia Fisico 3 Veces Por Semana. 4. Utilizar Epp Según La Exposición, Higiene Postural Y De Columna, Hábitos Saludables, Manejo Adecuado De Cargas. 5. Bajar De Peso Dieta Balanceada Uso De Protector Solar. Ropa Adecuada Para El Cargo, Fortaleconiento Muscular 6. Seguimiento O Valoración Nutrición De La Eps

CERTIFICO QUE NO HE OMITIDO INFORMACIÓN ACERCA DE MI ESTADO DE SALUD, TODO ES VERIDICO Y PUEDE SER CONFIRMADO. LA HISTORIA CLINICA MÉDICA OCUPACIONAL, ES UN DOCUMENTO SOMETIDO A RESERVA DE INFORMACIÓN ESTRICTAMENTE CONFIDENCIAL, POR LO QUE LA CUSTODIA DE LAS HISTORIAS CLINICAS OCUPACIONALES, DOCUMENTOS, EXAMENES O VALORACIONES PARACLINICAS, ESTARÁ A CARGO DEL PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD OCUPACIONAL QUE LA GENERO EN EL CURSO DE LA ATENCIÓN, CUMPLIENDO LOS REQUISITOS Y PROCEDIMIENTOS DE ARCHIVO DE ACUERDO A LAS NORMAS LEGALES VIGENTES PARA LA HISTORIA CLINICA (RESOL. 2346/2007 Art .16 RESOL. 1918/2009 Art. 17-1)

Gloria Cuentas Mojica
Gloria Cuentas M
Médico S.S.P. S.S.T
Reg. 024650
U. del Norte
GLORIA MARIA CUENTAS MOJICA
Medico Ocupacional
Lic. de S.O #: 024650 del 24 Diciembre de 2015
Registro #: 085316/2009

Mario Vivas
MARIO ALBERTO VIVAS MORALES
CC 1110485880

ARL | sura

Medellín, 27 de abril de 2020

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 TEMPORALES UNO A S.A que se encuentra EN COBERTURA.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número Identificació	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante
Centro de trabajo:	890703630A CLINICA TOLIMA		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6,96 %
C111048588 0	VIVAS MORALES MARIO ALBERTO	28/04/2020		14816222	DEPENDIENTE

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 27/04/2020 09:43:31.
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

SaludTotal EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4005076326	2|7|0|4|2|0|2|0

I. DATOS DEL TRÁMITE (Lea las instrucciones que se encuentren anexas al tramutario antes de diligenciarlo) Página 1 de 2

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

A. AFILIACIÓN

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

6.Apellidos y nombres			
VIVAS (Primer apellido)	MORALES (Segundo apellido)	MARIO (Primer nombre)	ALBERTO (Segundo nombre)
7.Tipo documento de identidad: CC	8.Número del documento de identidad: 1110485880	9.Sexo: Femenino ☐ Masculino ☒	10.Fecha de nacimiento: 1|7|0|9|1|9|8|9

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11.Etnia	12.Discapacidad	13.Puntaje SISBEN	14.Grupo de población especial
6	Tipo: F L M 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 FPC	1000000

18.Residencia			
M2 A CA 9 BRR OVIEDO SALADO (Dirección)	2616872 (Teléfono fijo)	3156808097 (Teléfono celular)	HERRERALEIDY1078@GMAIL.COM (Correo electrónico)
IBAGUE (Municipio/Distrito)	zona: Urbana ☒ Rural ☐	Localidad / comuna	TOLIMA (Departamento)

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

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

19. Apellidos y nombres completos			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

20. Tipo documento de identidad	21. Número documento identidad	22. Sexo	23. Fecha de nacimiento
		Femenino ☐ Masculino ☐	

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

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

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

Datos complementarios

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

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

Seleccion de la IPS Primaria

	34. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS (VS CADIZ - VS MACARENA)	Codigo de la IPS (a registrar por la EPS) (VS CADIZ - VS MACARENA)
C		
B		
G		
S		

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. Número de documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
TEMPORALES UNO A S.A	NIT	809000675	01

39.Ubicación				
CR 7 14 26 TERCER PI (Dirección)	2633856 (Teléfono)	CONTRATACION@TEMPORALESUNOA.COM.CO (Correo electrónico)	IBAGUE (Municipio/distrito)	TOLIMA (Departamento)

No de Radicacion
4005076326

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 inscripción 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 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 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 (Femenino ☐ Masculino ☐)	Fecha de nacimiento	42.Fecha 2 9 0 4 2 0 2 0

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 documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- 49. ☒ Declaración de no información del cotizante,cabeza de familia ,beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Salud
- 50. ☒ Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
- 51. ☒ Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación,del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades publicas 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 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
Mario Alberto Vivas Morales 1110485880	Erna Rodgers

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 unión marital.
- ☐ 59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio ,sentencia judicial para que declare la separación de cuerpos y escritura pública,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión 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 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 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 consista 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	71.Firma del funcionario

Tipo documento de identidad	Número documento de identidad

Observaciones

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

CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE FENALCO DEL TOLIMA
COMFENALCO TOLIMA
FORMULARIO DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN DE SUBSIDIO FAMILIAR
TRABAJADDRES DEPENDIENTES
NIT. 890.700.148-4

Comfenalco TOLIMA

1059000000144381

Antes de diligenciar este formulario lea las instrucciones que se encuentran al respaldo

I. Información del Trabajador

Identificación

1. T.D.	2. Número	3. 1er. Apellido	2do. Apellido	1er. Nombre	2do. Nombre	4. Sexo
CC	1110485880	VIVAS	MORALES	MARIO	ALBERTO	M X

5. Fecha de Nacimiento (Año Mes Día)	6. Estado Civil	7. Nivel de Escolaridad	8. Discapacidad
1989-05-17	Soltero: Separado: Viudo: Casado: Unión Libre X	Ninguna: Bachillerato: Tecnológico: Profesional: Primaria: Técnico: Nombre Profesión:	Tipo: 4 Grado: %

9. Dirección de residencia	Barrio	Municipio	Departamento
MZ A CA 9	URBANIZACION OVIEDO		

10. Tipo de Vivienda	11. Estrato	12. Teléfono	13. Celular	14. Correo Electrónico
Propia: Alquilada: Familiar:		2725306	3212642660	

15. Pasaporte No.	Fecha de Vencimiento (Año Mes Día)	16. Pasatiempos
		Viajes: Pintura: Musica: Danza: Cine: Manualidades: Informática: Teatro:

17. Deportes	18. Información Caja anterior - Nombre
Futbol: Natación: Bolos: Baloncesto: Tenis: Voleybol: Patinaje: Otros:	Fecha de Ingreso: Año Mes Día — Fecha de Retiro: Año Mes Día

II. Otro Empleador (Solo en caso de que labore en una Empresa Diferente a la que reporta en el módulo VI)

19. T.D.	20. NIT	DV	21. Razón Social	22. Jornada (Número Horas Semanal)	23. Sector (Rural / Urbano)

24. Salario (Fijo / Variable)	Básico $	Comisiones + Bonificaciones $	25. Cargo	26. Caja de Compensación

III. Información del Conyuge o compañero(a) permanente

27. Conyuge X / Compañero(a)	28. T.D.	29. Número	30. 1er. Apellido	2do. Apellido	1er. Nombre	2do. Nombre	31. Sexo
	CC	1110453759	PEREZ	RUEDA	DEISY	YURLEY	F X M

32. Fecha de Nacimiento	33. Discapacidad (Tipo / Grado %)	34. Fecha de inicio de relación marital	35. Nivel de Escolaridad (Ninguna: Bachiller: Tecnólogo: Primaria: Técnico: Profesional:)	Nombre Profesión
1986-12-04	Tipo: 4 Grado: %			

36. Trabaja (Si / No)	37. T.D.	38. NIT	39. Razón Social	40. Recibe subsidio (Si / No X)

41. Caja de Compensación	42. Horas trabajadas	43. Salario (Fijo / Variable $)	Básico $	Comisiones + Bonificaciones $	44. Cargo

IV. Datos del Grupo Familiar

#	Documento TD	Documento Número	Nombres completos de beneficiarios: 1er. Apellido	2do. Apellido	1er. Nombre	2do. Nombre	Sexo M/F	Parentesco	Fecha nacimiento Año	Mes	Día	Discapacidad (S/N)	Vive con el trabajador (S/N)
1	TI	1104545618	VIVAS	PEREZ	LAURA	VALENTINA	X	HIJA	2005	09	21	4	N
2	RC	1197469973	VIVAS	HERRERA	SANTIAGO		M	HIJO	2015	08	20	4	N
3													
4													
5													

V. Escolaridad

#	Número Documento	Nombre Institución donde estudia	Nivel de escolaridad	Grado actual	Grado aprobado
1					
2					
3					
4					

VI. Información Laboral

45. T.D.	46. NIT	DV	48. Razón Social	50. Sucursal	51. Cc. Adtiva	52. Código Postal
NI	809000876		TEMPORALES UNO A S A	1	00	

53. Fecha de Ingreso a la Empresa	54. Tipo de Contrato	55. Cargo	56. Jornada (Número Horas Semanal)
2020-04-28	LABOR CONTRATADA	CONDUCTORES DE BUSES, MICROBUSES Y TRANVÍAS	240

57. Salario (Fijo / Variable N)	Básico $	Comisiones + Bonificaciones $	58. Tipo Vinculación	59. Tipo Aportes
	1000000	0	DEPENDIENTE CAJA	CAJA UNIFICADO

Observaciones:

Bajo la gravedad de juramento declaro que la información suministrada es cierta y ha sido revisada personalmente. Los documentos anexos que soportan esta inscripción, serán para el uso exclusivo de Comfenalco Tolima, motivo por el cual no se devolverán a la empresa ni al trabajador. Autorizo que la información sea verificada en cualquier momento por COMFENALCO TOLIMA

Fecha Radicación 2020-04-27

En su condición de administradora del
FONDO DE CESANTÍAS PORVENIR
NIT. 800.170.043-7
Cra 13 Nro. 26 A - 65

CERTIFICA QUE:

MARIO ALBERTO VIVAS MORALES identificado(a) con cédula de ciudadanía **1,110,485,880**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Cesantías Porvenir.**

La presente certificación se expide el 24 de Abril de 2020.

Vicepresidente de Clientes y Operaciones

AVAL

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.110.485.880

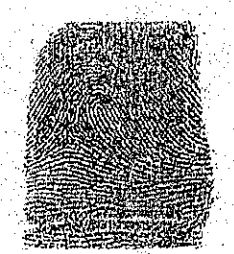
VIVAS MORALES

APELLIDOS

MARIO ALBERTO

NOMBRES





FECHA DE NACIMIENTO 17-MAY-1989

IBAGUE
(TOLIMA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.76 O+ M

ESTATURA G.S. RH SEXO

11-JUL-2007 IBAGUE

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-2900100-01099558-M-1110485880-20190927 0067828381A 1 9910249080

TEMPORALES UNO-A S.A.

R60707

SGS
"suministro de trabajadores en misión"

CONTRATO INDIVIDUAL DE TRABAJO DE DURACION POR LA OBRA O LABOR CONTRATADA

IB-041987

DATOS DE LA E.S.T. EMPLEADORA

NOMBRE DE LA EMPRESA	:TEMPORALES UNO-A S.A.
DOMICILIO SOCIAL Y DIRECCION	:IBAGUE, CRA 7 # 14-26 PISO 3
NIT	:809.000.876-1
REPRESENTANTE LEGAL	:NOLLY MERCEDES BELTRAN GALEANO
C.C.	:38.260.480 DE IBAGUE

DATOS DEL TRABAJADOR

NOMBRE	ZEA GALINDO ANGELICA MARIA
No. IDENTIFICACION	1,110,455,881 , IBAGUE Tel: 3208259041 Contrato:01
DOMICILIO Y RESIDENCIA	CONJ. ALTA GRACIA CRA 8 SUR NO.93-65 BARRIO UNICO
LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO	BOGOTA, 02 DE SEPTIEMBRE DE 1986

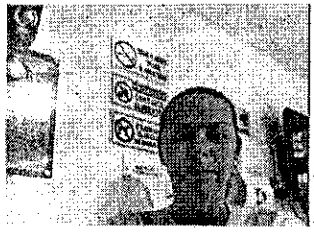
EPS: MEDIMAS AFP: COLPENSIONES ARP: ARL SURA CTA:

DATOS PARA LA CONTRATACION

LUGAR DE TRABAJO	IBAGUE	
LUGAR DONDE HA SIDO CONTRATADO	IBAGUE	
SALARIO	2,300,000	Mensual
AUXILIO LEGAL DE TRANSPORTE	0	
OTROS PAGOS SALARIALES	0.00	
OTROS PAGOS NO SALARIALES	0.00	
PERIODOS DE PAGO DEL SALARIO	MENSUAL	
CARGO PARA EL CUAL ES CONTRATADO	ENFERMERA PROFESIONAL	
OBRA O LABOR DETERMINADA PARA LA CUAL SE CONTRATA	PLAN APOYO SECRETARIA DE SALUD	
MOTIVO QUE DA ORIGEN A LA OBRA O LABOR	PLAN APOYO OPERATIVO	
USUARIA A DONDE SE REMITE EL TRABAJADOR	MUNICIPIO DE IBAGUE	
FECHA DE INICIO DE LABORES	13 DE ABRIL DE 2020	
FECHA FIRMA DEL CONTRATO	08 DE ABRIL DE 2020	

Servicompetentes S.A.S

Certificado de Aptitud Laboral
Ingreso



Fecha: 08/Abr/2020, **Hora:** 10:12:08 a.m.
Apellido: ZEA GALINDO **Nombre:** ANGELICA MARIA
Tipo Doc: CC **Nro Identidad:** 1110455881
Empresa: TEMPORALES UNO A S.A.
Cargo: ENFERMERA PROFESIONAL
Lugar:
Direccion: ALTA VISTA CRA 8 SUR NUMERO9365
Telefono: **Celular:** 3208259041 **Email:** **Estado Civil:** Soltero
Ciudad: Tolima - Ibagué

HC: # 9951
Edad: 33 años
Sexo: Femenino
Nacim: 02/Sep/1986
Rh: A+

Examenes Realizados
Serologia II, Examen Medico Ocupacional de Ingreso, Osteomuscular

Concepto Médico para Examen de Ingreso
Cumple sin restricciones ☑ Cumple con restricciones ☐
Cual:

Concepto Médico para Examen de Alturas
Apto ☐ Aplazado ☐ No Apto ☐

Concepto Médico para Examen de Periódico
Puede continuar con su labor ☐ Requiere reubicación ☐
Incluir en SVE:

Concepto Médico para Examen de Retiro
Retiro sin Patología aparente ☐ Retiro con Patología para seguimiento en EPS ☐ ARL ☐
Cual:

Concepto Médico para Examen Especial

Observaciones y Recomendaciones
Inducción En El Cargo 2.Se Dan Recomendaciones Sobre Realización De Pausas Activas 3.Ejercicio Físico 3 Veces Por Semana. 4. Utilizar Epp Según La Exposición, Higiene Postural Y De Columna, Hábitos Saludables, 5. Dieta Balanceada Uso De Protector Solar. Ropa Adecuada Para El Cargo, Fortalecimiento Muscular

CERTIFICO QUE NO HE OMITIDO INFORMACIÓN ACERCA DE MI ESTADO DE SALUD, TODO ES VERIDICO Y PUEDE SER CONFIRMADO.
LA HISTORIA CLINICA MÉDICA OCUPACIONAL, ES UN DOCUMENTO SOMETIDO A RESERVA DE INFORMACIÓN ESTRICTAMENTE CONFIDENCIAL, POR LO QUE LA CUSTODIA DE LAS HISTORIAS CLINICAS OCUPACIONALES, DOCUMENTOS, EXÁMENES O VALORACIONES PARACLINICAS, ESTARÁ A CARGO DEL PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD OCUPACIONAL QUE LA GENERO EN EL CURSO DE LA ATENCIÓN, CUMPLIENDO LOS REQUISITOS Y PROCEDIMIENTOS DE ARCHIVO DE ACUERDO A LAS NORMAS LEGALES VIGENTES PARA LA HISTORIA CLINICA (RESOL. 2346/2007 Art .16 RESOL. 1918/2009 Art. 17-1)

Gloria Cuentas Mojica
Gloria Cuentas M
Medico E.S.P. S.S.T
Reg. 024650
U. del Norte

GLORIA MARIA CUENTAS MOJICA
Medico Ocupacional
Lic. de S.O #: 024650 del 24 Diciembre de 2015
Registro #: 085316/2009

ANGELICA MARIA ZEA GALINDO
CC 1110455881

ARL | sura

Medellín, 08 de abril de 2020

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 TEMPORALES UNO A S.A que se encuentra EN COBERTURA.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificació	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante
Centro de trabajo: 0800113389 MUNICIPIO DE IBAGUE		Clase: 5		Porcentaje Cotización: 6,96 %	
C111045588 1	ZEA GALINDO ANGELICA MARIA	13/04/2020		225Q4324	DEPENDIENTE

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 08/04/2020 11:32:12 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 190.146.54.236, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

medimás EPS

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

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

No. de Radicación	Fecha de Radicación

I. DATOS DEL TRÁMITE

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

4. Tipo de afiliado	5. Tipo de cotizante	Código (a registrar por la EPS)
A. Cotizante [X] B. Cabeza de familia [ ] C. Beneficiario [ ]	A. Dependiente [X] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]	1

A. AFILIACIÓN

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

6. Apellidos y nombres			
Primer apellido: ZEA	Segundo apellido: GALINDO	Primer nombre: ANGELICA	Segundo nombre: MARIA
7. Tipo documento de identidad: CC	8. Número del documento de identidad: 1110455881	9. Sexo: Femenino [X] Masculino [ ]	10. Fecha de nacimiento: 02 09 1986

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

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

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotización - IBC
SURA	COLPENSIONES	2.300.000

18. Residencia			
Dirección: CONJUNTO ALTA GRACIA CRA 5	Teléfono fijo:	Teléfono celular: 3208259041	Correo electrónico: NO TIENE
Municipio/Distrito: IBAGUE	Zona: Urbana [X] Rural [ ]	Localidad/Comuna:	Departamento: TOLIMA

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

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					
B2					
B3					
B4					
B5					

Datos complementarios

	29. Parentesco	30. Etnia	Tipo: F	N	Condición: M	I
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	CORPORACION IPS AMBALA	3625
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 de documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
TEMPORALES UNO A, S.A.	nit	809000876	

39. Ubicación					
Dirección: CR 7 NO 14-26 3 PISO	Teléfono: 2616822	Correo electrónico: CONTRATACION@TEMPORALESUNO	Municipio/Distrito: IBAGUE	Departamento: TOLIMA	

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de identidad	Número del documento de identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	42. Fecha
		Femenino [ ] Masculino [ ]		1 3 0 4 2 0 2 0

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 información del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
- [ ] 50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
- [ ] 51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.
- [ ] 52. Autorización para 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 solicitante: ANGELICA ZEA GALVEZ

55. El empleador, aportante o entidad 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. 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:		

70. Datos del funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
CEPEDA	ORTIZ	HERLEY	YESID

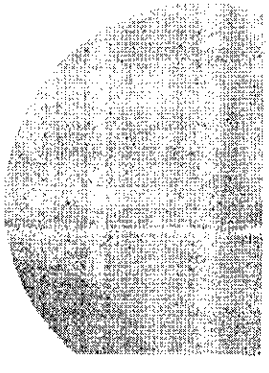
Tipo documento de identidad	Número del documento de identidad	71. Firma del funcionario
CC	1020745757	

OBSERVACIONES:

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

Ten encuenta los siguientes TIPS:

- Diligencialo con de tinta negra.
- Todos los campos del Formulario son obligatorios.
- Diligencia los espacios sin tachones ni enmendaduras.
- Marca las casillas únicamente con una X.
- Incluye a todo tu grupo familiar.
- Utiliza la tabla de apoyo para consultar los códigos.
- Asesorate con uno de los consultores de esta oficina.
- Consulta el instructivo en **www.medimas.com.co**



CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE FENALCO DEL TOLIMA
COMFENALCO TOLIMA
FORMULARIO DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN DE SUBSIDIO FAMILIAR
TRABAJADORES DEPENDIENTES
NIT. 890.700.148-4

1059000000143707

Antes de diligenciar este formulario lea las instrucciones que se encuentran al respaldo

I. Información del Trabajador

Identificación

1. T.e.: CC | 2. Número: 1110455881

3. 1er. Apellido: ZEA | 2do. Apellido: GALINDO | 1er. Nombre: ANGELICA | 2do. Nombre: MARIA | 4. Sexo: F X M

5. Fecha de Nacimiento (Año Mes Día): 1986-09-02

6. Estado Civil: Soltero X | Separado | Viudo | Casado | Unión Libre

7. Nivel de Escolaridad: Ninguno | Bachillerato | Técnologico | Profesional | Primaria | Técnico | Nombre Profesión

8. Discapacidad: Tipo 4 | Grado | %

9. Dirección de residencia: CR 6 69 95 ED EDNA ROCIO AP 202 | Barrio: GALAN | Municipio | Departamento

10. Tipo de Vivienda: Propia | Alquilada | Familiar

11. Estrato

12. Teléfono: 2770678

13. Celular: 3208259041

14. Correo Electrónico: lecamaneca@hotmail.com

15. Pasaporte No. | Fecha de Vencimiento: Año Mes Día

16. Pasatiempos: Viajes | Pintura | Música | Danza | Cine | Manualidades | Informática | Teatro

17. Deportes: Fútbol | Natación | Bolos | Baloncesto | Tenis | Valleyball | Patinaje | Otros

18. Información Caja anterior - Nombre | Fecha de Ingreso: Año Mes Día | Fecha de Retiro: Año Mes Día

II. Otro Empleador (Solo en caso de que labore en una Empresa Diferente a la que reporta en el módulo VI)

19. T.D. | 20. NIT | DV | 21. Razón Social | 22. Jornada: Número Horas Mensual | 23. Sector: Rural | Urbano

24. Salario: Fijo | Variable | Básico $ | Comisiones + Bonificaciones $ | 25. Cargo | 26. Caja de Compensación

III. Información del Cónyuge o compañera(a) permanente

27. Cónyuge Compañero(a) | 28. T.D. | 29. Número | 30. 1er. Apellido | 2do. Apellido | 1er. Nombre | 2do. Nombre | 31. Sexo: F M

32. Fecha de Nacimiento | 33. Discapacidad: Tipo | Grado % | 34. Fecha de inicio de relación marital | 35. Nivel de Escolaridad: Ninguna | Bachiller | Tecnologo | Primaria | Técnico | Profesional | Nombre Profesión

36. Trabaja: Si | No | 37. T.D. | 38. Nit. | 39. Razón Social | 40. Recibe subsidio: Si | No

41. Caja de Compensación | 42. Horas Trabajadas | 43. Salario: Fijo | Variable | básico $ | Comisiones + Bonificaciones $ | 44. Cargo

IV. Datos del Grupo Familiar

45.	Documento TI	Número	Nombres completos de beneficiarios: 1er. Apellido	2do. Apellido	1er. Nombre	2do. Nombre	Sexo M	Sexo F	Parentesco: Hijo Padre Madre Hijastro Padrastro Abuelo Hermano Nieto Otro	Fecha nacimiento: Año	Mes	Día	Cónyuge Compañero Padre Madre Padrastro Hijastro Abuelo Hermano Nieto Otro	Discapacidad
1														
2														
3														
4														
5														

V. Escolaridad

	Número Documento	Nombre Institución donde estudie	Nivel de escolaridad	Calendaria	Grado
1					
2					
3					
4					

VI. Información Laboral

46. T.D.: NI | 47. NIT: 809000876 | DV | 48. Razón Social: TEMPORALES UNO A S A | 50. Sucursal: 1 | 51. Div. Admva: 00 | 52. Código Sucursal

53. Fecha de ingreso a la Empresa: 2020-04-13

54. Tipo de Contrato: MISION

55. Cargo: OTRO PERSONAL DE APOYO ADMINISTRATIVO NO CLASIFICADOS EN OTROS GRUPOS PRIMARIOS

56. Jornada Número Horas Mensual: 240

57. Salario: Fijo | Variable N | Basico $ 2300000 | Comisiones + Bonificaciones $ 0

58. Tipo Vinculación: DEPENDIENTE CAJA

59. % Aportes: CAJA UNIFICADO

Observaciones:

Bajo la gravedad de juramento declaro que la información suministrada es clarle y ha sido revisada personalmente. Los documentos anexos que soportan esta inscripción, serán para el uso exclusivo de Comfenalco Tolima; motivo por el cual no se devolverán a la empresa ni al trabajador. Autorizo que la información sea verificada en cualquier momento por COMFENALCO TOLIMA.

Firma Autorizada y Sello de la Empresa

Firma y C.C. del Trabajador 1110455881

Fecha Radicacion 2020-04-08

Firma y Sello de recibido por Comfenalco Tolima

Generado por Sitep Web at Caja

Colpensiones

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **ANGELICA MARIA ZEA GALINDO** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1110455881,** se encuentra afiliado/a desde **06/11/2009** 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 13 de abril de 2020.

Rosa Mercedes Niño 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.



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO: 02-SEP-1986
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.54 A+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
07-FEB-2005 IBAGUE
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADURIA NACIONAL

P-2900100-63137312-F-1110455881-20050518 0368205138D 02 177515144

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 1.110.455.881

ZEA GALINDO
APELLIDOS

ANGELICA MARIA
NOMBRES



Ibagué, 13 de abril de 2020

Señores
TEMPORALES UNO-A S.A.
E. S. D
Cra. 7 N° 14-26 piso 3
Ciudad

Asunto: renuncia voluntaria al contrato de conductor por motivos personales

Apreciados señores **Temporales UNO-A S.A**, reciban un cordial saludo.

Yo, **William Jamir Ramírez Lozano,** identificado con C.C. 5.966.866 de Ortega, Tolima, domiciliado en la ciudad de Ibagué, agradezco la oportunidad y la confianza que me brindó tan prestigiosa empresa al seleccionarme para desempeñar el cargo de conductor. Para mí es un gusto y un honor haber hecho parte de este importante proceso de selección.

En este sentido, me permito informar y presentar la **renuncia voluntaria irrevocable** al contrato como conductor, firmado el día lunes 13 de abril del año 2020 con **Temporales UNO-A S.A**, para prestar los servicios a la Secretaría de Salud de la Alcaldía de la ciudad de Ibagué. La razón principal de la decisión obedece netamente a **motivos personales y familiares,** los cuales no me permiten cumplir a cabalidad con el objeto del contrato, y no tiene ninguna relación con la empresa. Espero en otra ocasión tener la oportunidad de prestar mis servicios a tan acreditada empresa.

Cordialmente,

William Jamir Ramírez Lozano
C.C. 5.966.866 de Ortega
Celular: 3107686756

TEMPORALES UNO-A S.A.

R60707

SGS
"suministro de trabajadores en misión"

CONTRATO INDIVIDUAL DE TRABAJO DE DURACION POR LA OBRA O LABOR CONTRATADA

IB-041994

DATOS DE LA E.S.T. EMPLEADORA

NOMBRE DE LA EMPRESA	:TEMPORALES UNO-A S.A.
DOMICILIO SOCIAL Y DIRECCION	:IBAGUE, CRA 7 # 14-26 PISO 3
NIT	:809.000.876-1
REPRESENTANTE LEGAL	:NOLLY MERCEDES BELTRAN GALEANO
C.C.	:38.260.480 DE IBAGUE

DATOS DEL TRABAJADOR

NOMBRE	CABALLERO CAMELO ERIKA JOHANNA
No. IDENTIFICACION	1,110,504,193 , IBAGUE Tel: 3168077610 Contrato:01
DOMICILIO Y RESIDENCIA	CALLE 39 NO. 2A20 LA CASTELLANA
LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO	IBAGUE, 11 DE SEPTIEMBRE DE 1990

EPS: SALUD TOTAL EPS AFP: PROTECCION S.A. ARP: ARL SURA CTA:

DATOS PARA LA CONTRATACION

LUGAR DE TRABAJO	IBAGUE	
LUGAR DONDE HA SIDO CONTRATADO	IBAGUE	
SALARIO	2,300,000	Mensual
AUXILIO LEGAL DE TRANSPORTE	0	
OTROS PAGOS SALARIALES	0.00	
OTROS PAGOS NO SALARIALES	0.00	
PERIODOS DE PAGO DEL SALARIO	MENSUAL	
CARGO PARA EL CUAL ES CONTRATADO	ENFERMERA PROFESIONAL	
OBRA O LABOR DETERMINADA PARA LA CUAL SE CONTRATA	PLAN APOYO SECRETARIA DE SALUD	
MOTIVO QUE DA ORIGEN A LA OBRA O LABOR	PLAN APOYO OPERATIVO	
USUARIA A DONDE SE REMITE EL TRABAJADOR	MUNICIPIO DE IBAGUE	
FECHA DE INICIO DE LABORES	13 DE ABRIL DE 2020	
FECHA FIRMA DEL CONTRATO	08 DE ABRIL DE 2020	

Servicompetentes S.A.S

Certificado de Aptitud Laboral
Ingreso



Fecha: 08/Abr/2020, **Hora:** 07:19:43 a.m.
Apellido: CABALLERO CAMELO **Nombre:** ERIKA JOHANA
Tipo Doc: CC **Nro Identidad:** 1110504193
Empresa: TEMPORALES UNO A S.A.
Cargo: ENFERMERA PROFESIONAL
Lugar:
Direccion: CALLE 39 NUMERO 12A 20 LKA CASTELLANA
Telefono: **Celular:** 3168077610 **Email:** EJCABALLERO@UT.EDU.CO **Estado Civil:** Soltero
Ciudad: Tolima - Ibagué

HC: # 9929
Edad: 29 años
Sexo: Femenino
Nacim: 11/Sep/1990
Rh: O+

Examenes Realizados

Serologia II, Examen Medico Ocupacional de Ingreso, Osteomuscular

Concepto Médico para Examen de Ingreso

Cumple sin restricciones ☑ Cumple con restricciones ☐
Cual:

Concepto Médico para Examen de Alturas

Apto ☐ Aplazado ☐ No Apto ☐

Concepto Médico para Examen de Periodico

Puede continuar con su labor ☐ Requiere reubicación ☐
Incluir en SVE:

Concepto Médico para Examen de Retiro

Retiro sin Patología aparente ☐ Retiro con Pacología para seguimiento en EPS ☐ ARL ☐
Cual:

Concepto Médico para Examen Especial

Observaciones y Recomendaciones

1.Inducción En El Cargo, 2. Se Dan Recomendaciones Sobre Realización De Pausas Activas 3.Ejercicio Físico 3 Veces Por Semana. 4. Utilizar Epp Según La Exposición, Higiene Postural Y De Columna, Hábitos Saludables, Manejo Adecuado De Cargas. 5. Bajar De Peso Dieta Balanceada Uso De Protector Solar. Ropa Adecuada Para El Cargo, Fortalecimiento Muscular 6. Seguimiento O Valoración Nutrición De La Eps

CERTIFICO QUE NO HE OMITIDO INFORMACIÓN ACERCA DE MI ESTADO DE SALUD, TODO ES VERIDICO Y PUEDE SER CONFIRMADO.
LA HISTORIA CLINICA MÉDICA OCUPACIONAL, ES UN DOCUMENTO SOMETIDO A RESERVA DE INFORMACIÓN ESTRICTAMENTE CONFIDENCIAL, POR LO QUE LA CUSTODIA DE LAS HISTORIAS CLINICAS OCUPACIONALES, DOCUMENTOS, EXAMENES O VALORACIONES PARACLINICAS, ESTARA A CARGO DEL PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD OCUPACIONAL QUE LA GENERO EN EL CURSO DE LA ATENCIÓN, CUMPLIENDO LOS REQUISITOS Y PROCEDIMIENTOS DE ARCHIVO DE ACUERDO A LAS NORMAS LEGALES VIGENTES PARA LA HISTORIA CLINICA (RESOL. 2346/2007 Art. 16 RESOL. 1918/2009 Art. 17-1)

Gloria Cuentas M
Medico S.O. S.S.T
Reg. 024650
U. del Norte

GLORIA MARIA CUENTAS MOJICA
Medico Ocupacional
Lic. de S.O #: 024650 del 24 Diciembre de 2015
Registro #: 085316/2009

ERIKA JOHANA CABALLERO CAMELO
CC 1110504193

ARL | sura

Medellín, 08 de abril de 2020

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 TEMPORALES UNO A S.A que se encuentra EN COBERTURA.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificació	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante
Centro de trabajo: 0800113389 MUNICIPIO DE IBAGUE		Clase: 5	Porcentaje Cotización: 6,96 %		
C111050419 3	CABALLERO CAMELO ERIKA JOHANNA	13/04/2020		hN61Xm16	DEPENDIENTE

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 08/04/2020 14:06:09 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 190.146.54.236, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4005050225	0|8|0|4|2|0|2|0

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

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

4. Tipe da afiliado	5. Tipo da cotizante	Codiga (a registrar por la EPS)
A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐	A. Dependiente ☒ B. Independiente ☐ C. Pensionedo ☐	1

A. AFILIACIÓN

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

6.Apellidos y nombres			
CABALLERO (Primer apellido)	CAMELO (Segundo apellido)	ERIKA (Primer nombre)	JOHANNA (Segundo nombre)
7.Tipo documento de identidad	**8.Número del documento de identidad**	**9.Sexo**	**10.Fecha de nacimiento**
CC	1110504193	Femenino ☒ Masculino ☐	1|1|0|9|1|9|9|0

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11.Etnia	12.Discapacidad		13.Puntaje SISBEN	14.Grupo de poblacion especial
6	Tipo F N H	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.	PROTECCION	2300000

18.Residencia			
CL 39 2A 20 BRR LA CASTELLANA (Dirección)	Telefono fijo	3168077610 (Telefono celular)	EJCABALLERO@UT.EDU.CO (Correo electronico)
IBAGUE (Municipio/Distrito)	zona Urbana ☒ Rural ☐	Localidad / comuna	TOLIMA (Departamento)

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

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

19. Apellidos y nombres completos			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
20. Tipe documento de identidad	**21. Número documento identidad**	**22. Saxo**	**23. Fecha de nacimienta**
		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 Femenino	27.Sexo Masculino	29.Fecha de nacimiento
B1					
B2					
B3					
B4					
B5					

Datos complementarios

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

32. Datos de residencia

	Municipio/Distrito	Zona Urbana	Zona Rural	Dapartamento	Teléfono Fijo y/o celular	33.Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
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 CADIZ - VS MACARENA	VSCADIZ - VSMACARENA
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. Numare de docuamnto de identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS)
TEMPORALES UNO A S.A	NIT	809000976	01

39.Ubicación				
CR 7 14 26 TERCER PI (Dirección)	2633656 (Teléfono)	CONTRATACION@TEMPORALESUNOA.COM.CO (Correo electrónico)	IBAGUE (Municipio/distrito)	TOLIMA (Departamento)

No de Radicacion
4005050225

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

- ☐ 1. Modificación datos básicos de identificación
- ☐ 2. Corrección datos básicos de identificación
- ☐ 3. Actualizacion documento de identidad
- ☐ 4. Actualización y/o corrección datos complementarias
- ☐ 5. Terminacion de la inscripcion en la EPS
  Código: ☐
- ☐ 6. Reinscripción en la EPS
- ☐ 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- ☒ 9. Inicio de relacion 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 Contributiva ☐ B. Régimen Subsidiado
- ☐ 14.Traslado: ☐ A. Mismo regimen ☐ B. Diferente regimen
- ☐ 15. Reporte de fallecimiento
- ☐ 16.Reporte del tramite de protección al cesante
- ☐ 17. Reporte de la calidad de pre-Pensionado
- ☐ 18. Reporte de la calidad 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|3|0|4|2|0|2|0

43.EPS anterior	44.Motivo de traslado Código:	45.Caja de Compensación Familiar e pagader de pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

46. ☐ Declaración de dependencia económica de los beneficianos 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 documentos que acreditan la condicion de beneficiarios.
49. ☐ Declaracion de no intarmación del cotizante,cabeza de familia ,baneficiarios 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 a afiliados adicionales.
51. ☒ Autorización para que la EPS reporte la información que se genero de la afiliación del reporte de novedadas a la basa 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 a afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013
53. ☒ Autorizacion para que la EPS envie información al correo electronico o celular como mansaje de texto

VIII. FIRMAS

54. Cotizante o cabeza de familia e beneficiario	55. El empleador aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional e : da 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 public,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la union marital.
- ☐ 59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio ,sentencia judicial para que declare la separación de cuerpos y escritura pública,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la union marital.
- ☐ 60. Copia certificado de adopción o acte 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 vinculacion 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 afiliacion 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 capitulo VII Declaraciones y IX. Autorizaciones, asi como la veracidad de las demás información registrada.

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.198.281

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **CABALLERO CAMELO ERIKA JOHANNA** identificado(a) con **CC** número **1.110.504.193** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 01 de octubre de 2015 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO.**

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 30 de marzo de 2020.

Cordialmente,

Laura Patricia Merchan Metaute
Equipo Gestión de Operaciones.

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

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

CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE FENALCO DEL TOLIMA
COMFENALCO
NIT. 890.700.148-4

FORMULARIO DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN DE SUBSIDIO FAMILIAR
TRABAJADORES DEPENDIENTES

ANTES DE DILIGENCIAR ESTE FORMULARIO LEA LAS INSTRUCCIONES QUE SE ENCUENTRAN AL RESPALDO DE LA COPIA

TRABAJADOR NUEVO ☐ REACTIVACIÓN ☐ ADICIÓN BENEFICIARIOS ☐

Fecha: Enero 2018
Versión: 10
S.G.C.

INFORMACIÓN TRABAJADOR

1. Tipo y No. documento de Identidad	2. Lugar Expedición:	3. Fecha Expedición (d/m/aa):	4. Sexo:
CC ☒ 1110504193 CE ☐ PAP ☐ TI ☐ OTRO ☐	Ibagué	25/11/2008	M ☐ F ☒

5. Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
Caballero	Camelo	Erika	Johanna

6. Teléfono:	7 Celular:	8. Correo Electrónico:	9. Tipo Vivienda
3168076710		ejcaballeroc@ut.edu.co	Propia ☐ Familiar ☐ Alquilada ☐

10. Dirección Residencia	11. Barrio	12. Municipio	13. Departamento	14. Sector
calle 39 No 2A 20	la castellana	Ibagué	Tolima	Urbano ☒ Rural ☐

15. Lugar de nacimiento	16. Fecha de nacimiento (d/m/aa)	17. Estado Civil:		
Ibagué	11/09/1990	Soltero ☒	Casado ☐	
		Unión Libre ☐	Viudo ☐	Separado ☐

18. Nivel Escolaridad:				19. Pasatiempos:	20. Deportes que prefiere:
Ninguno ☐	Primaria ☐	Bachillerato ☐	Técnico ☐		
Profesional ☐	Otros _____				

INFORMACIÓN EMPRESA

21. Tipo y No. Documento Empresa	22. Razón Social	23. Dirección Empresa	24. Municipio Empresa
NIT 890900086	Tempoplex Ltda. A	Cra 7 No 14-26	Ibagué

25 Teléfono Contacto Empresa	26. Salario Trabajador $		27. Tipo Contrato	28. Fecha de Ingreso a la Empresa (d/m/as)	29. Cargo	30. No. Horas Laboradas / Mes
2616822	2300000	☒ Fijo Variable ☐	3	13/4/2020	Enfermera	240

INFORMACIÓN CÓNYUGE O COMPAÑERO(A)

31. Tipo y No. documento Identidad:	32. Lugar Expedición	33. Fecha Expedición (d/m/aa)	34. Sexo:
CC ☐ CE ☐ PAP ☐ TI ☐ OTRO ☐			M ☐ F ☐

35. Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

36 Teléfono	37. Celular	38. Correo Electrónico	39. Cónyuge ☐ Compañero(a) ☐

40. Trabaja	41. Fecha Ingreso a la Empresa (d/m/aa)	42. Recibe Subsidio	43. Si recibe Subsidio por cuál Caja
SI ☐ NO ☐		SI ☐ NO ☐	

44. INFORMACIÓN GRUPO FAMILIAR

Tipo y No. Documento Identidad	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Sexo	Fecha Nacimiento (d/m/aa)	Parentesco (Hijo, Hijastro, Madre, Padre, Hermano, Autorizado con Custodia)

RECUERDE QUE AÚN SI LA MADRE DE LOS BENEFICIARIOS NO HACE PARTE DE SU GRUPO FAMILIAR, ELLA SERÁ LA AUTORIZADA PARA EL COBRO DE SUBSIDIO, MOTIVO POR EL CUAL PARA AFILIAR ESTOS BENEFICIARIOS DEBERÁ APORTAR COPIA DE LA CÉDULA DE LA MADRE DEL (DE LOS) MENOR(ES)
AUTORIZADA: _____ C.C. _____ BENEFICIARIOS _____

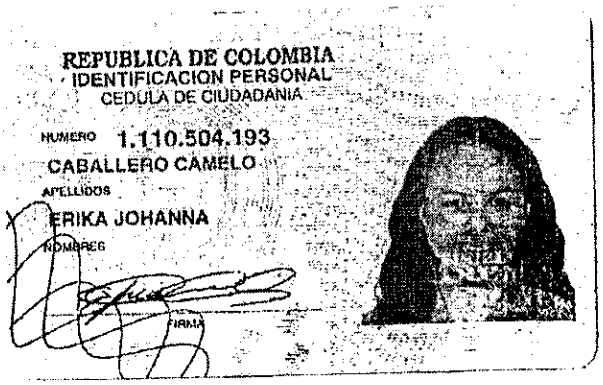
Observsciones Comfenalco Tolima

Declaro bajo la gravedad de juramento que la información aquí suministrada es verídica y ha sido revisada por la empresa y trabajador, autorizo a COMFENALCO TOLIMA para que por cualquier medio verifique los datos aquí contenidos y que en caso de falsedad se apliquen las sanciones contempladas por Ley, así como autorizo que se realicen los cruces correspondientes con otras Cajas para verificación de la información y pago de subsidio.

Firma autorizada EMPLEADOR	Declaro que soy responsable de la actualización de documentos de identidad y certificaciones de mis beneficiarios de subsidio familiar (Tarjeta de identidad, certificaciones escolares). Autorizo el tratamiento de mis datos personales con fines comerciales, envío de información de otros servicios producto de alianzas, conforme a lo establecido en la Ley 1581 de 2012 "Habeas Data" y Decreto 1377 de 2013 "Protección de Datos" SI ☐ NO ☐ 1110.504.193	Firma y Sello COMFENALCO TOLIMA
	Firma y CC TRABAJADOR	

VIGILADO SuperSubsidio

C-10219207



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.110.504.193

CABALLERO CAMELO

APELLIDOS

ERIKA JOHANNA

NOMBRES

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 11-SEP-1990

IBAGUE
(TOLIMA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.64 ESTATURA | O+ G.S. RH | F SEXO

25-NOV-2008 IBAGUE
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

P-2900100-00140694-F-1110504193-20090206 0009891853A 1 32203063

Ibagué, 13 de abril de 2020

Señores:
TEMPORALES UNO-A S.A

Reciban un cordial saludo,

Por medio de la presente Yo Angie Beatriz Bonilla Rodriguez identificada con C.C 1.110.547.002 de Ibagué/Tolima me permito manifestar que por motivos personales presento mi carta de renuncia irrevocable al cargo que iba a desempeñar como Enfermera.

Agradezco el apoyo incondicional brindado por ustedes y darme la oportunidad de formar parte de su empresa.

Atentamente;

Angie Beatriz Bonilla Rodriguez
C.c. 1.110.547.002

Escaneado con CamScanner

TEMPORALES UNO-A S.A.

R60707

SGS
"suministro de trabajadores en misión"

CONTRATO INDIVIDUAL DE TRABAJO DE DURACION POR LA OBRA O LABOR CONTRATADA

IB-041999

DATOS DE LA E.S.T. EMPLEADORA

NOMBRE DE LA EMPRESA	:TEMPORALES UNO-A S.A.
DOMICILIO SOCIAL Y DIRECCION	:IBAGUE, CRA 7 # 14-26 PISO 3
NIT	:809.000.876-1
REPRESENTANTE LEGAL	:NOLLY MERCEDES BELTRAN GALEANO
C.C.	:38.260.480 DE IBAGUE

DATOS DEL TRABAJADOR

NOMBRE	BONILLA RODRIGUEZ ANGIE BEATRIZ
No. IDENTIFICACION	1,110,547,002 , IBAGUE Tel: 3156169568 Contrato:02
DOMICILIO Y RESIDENCIA	PEDREGAL MZA E CASA 6 BARRIO UNICO
LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO	IBAGUE, 15 DE MAYO DE 1994

EPS: SANITAS EPS AFP: PORVENIR S.A. ARP: ARL SURA CTA:

DATOS PARA LA CONTRATACION

LUGAR DE TRABAJO	IBAGUE	
LUGAR DONDE HA SIDO CONTRATADO	IBAGUE	
SALARIO	2,300,000	Mensual
AUXILIO LEGAL DE TRANSPORTE	0	
OTROS PAGOS SALARIALES	0.00	
OTROS PAGOS NO SALARIALES	0.00	
PERIODOS DE PAGO DEL SALARIO	MENSUAL	
CARGO PARA EL CUAL ES CONTRATADO	ENFERMERA PROFESIONAL	
OBRA O LABOR DETERMINADA PARA LA CUAL SE CONTRATA	PLAN APOYO SECRETARIA DE SALUD	
MOTIVO QUE DA ORIGEN A LA OBRA O LABOR	PLAN APOYO OPERATIVO	
USUARIA A DONDE SE REMITE EL TRABAJADOR	MUNICIPIO DE IBAGUE	
FECHA DE INICIO DE LABORES	13 DE ABRIL DE 2020	
FECHA FIRMA DEL CONTRATO	08 DE ABRIL DE 2020	

Servicompetentes S.A.S

Certificado de Aptitud Laboral
Ingreso



Fecha: 08/Abr/2020, **Hora:** 07:34:06 a.m.
Apellido: BONILLA RODRIGUEZ **Nombre:** ANGIE BEATRIZ
Tipo Doc: CC **Nro Identidad:** 1110547002
Empresa: TEMPORALES UNO A S.A.
Cargo: ENFERMERA PROFESIONAL
Lugar:
Direccion: MZ E CASA 6 PEDREGAL
Telefono: **Celular:** 3156169568 **Email:** ABONILLAR_15@HOTMAIL.COM **Estado Civil:** Soltero
Ciudad: Tolima - Ibagué

HC: # 9931
Edad: 25 años
Sexo: Femenino
Nacim: 15/May/1994
Rh: O+

Examenes Realizados

Serologia H, Examen Medico Ocupacional de Ingreso, Osteomuscular

Concepto Médico para Examen de Ingreso

Cumple sin restricciones ☑ Cumple con restricciones ☐
Cual:

Concepto Médico para Examen de Alturas

Apto ☐ Aplazado ☐ No Apto ☐

Concepto Médico para Examen de Periódico

Puede continuar con su labor ☐ Requiere reubicación ☐
Incluir en SVE:

Concepto Médico para Examen de Retiro

Retiro sin Patologia aparente ☐ Retiro con Patologia para seguimiento en EPS ☐ ARL ☐
Cual:

Concepto Médico para Examen Especial

Observaciones y Recomendaciones

1.Inducción En El Cargo, 2. Se Dan Recomendaciones Sobre Realización De Pausas Activas 3.Ejercicio Fisico 3 Veces Por Semana. 4. Utilizar Epp Según La Exposición, Higiene Postural Y De Columna, Hábitos Saludables, Manejo Adecuado De Cargas. 5. Bajar De Peso Dieta Balanceada Uso De Protector Solar. Ropa Adecuada Para El Cargo, Fortalecimiento Muscular 6. Seguimiento O Valoración Nutrición De La Eps

CERTIFICO QUE NO HE OMITIDO INFORMACIÓN ACERCA DE MI ESTADO DE SALUD, TODO ES VERIDICO Y PUEDE SER CONFIRMADO
LA HISTORIA CLINICA MÉDICA OCUPACIONAL, ES UN DOCUMENTO SOMETIDO A RESERVA DE INFORMACIÓN ESTRICTAMENTE CONFIDENCIAL, POR LO QUE LA CUSTODIA DE LAS HISTORIAS CLINICAS OCUPACIONALES, DOCUMENTOS, EXAMENES O VALORACIONES PARACLINICAS, ESTARA A CARGO DEL PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD OCUPACIONAL QUE LA GENERO EN EL CURSO DE LA ATENCIÓN, CUMPLIENDO LOS REQUISITOS Y PROCEDIMIENTOS DE ARCHIVO DE ACUERDO A LAS NORMAS LEGALES VIGENTES PARA LA HISTORIA CLINICA (RESOL. 2346/2007 Art .16 RESOL 1918/2009 Art 17-1)

GLORIA MARIA CUENTAS MOJICA
Medico Ocupacional
Lic. de S.O #: 024650 del 24 Diciembre de 2015
Registro #: 085316/2009

ANGIE BEATRIZ BONILLA RODRIGUEZ
CC 1110547002

274 03 06 318 348 3386 Mza. B casa 19 Sector II Prados del Norte
www.servicompetentes.com
administrativo@servicompetentes.com

ARL | sura

Medellín, 08 de abril de 2020

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 TEMPORALES UNO A S.A que se encuentra EN COBERTURA.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificació	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante
Centro de trabajo: 0800113389 MUNICIPIO DE IBAGUE		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C1110547002	BONILLA RODRIGUEZ ANGIE BEATRIZ	13/04/2020		24592223	DEPENDIENTE

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 08/04/2020 16:00:21 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 190.146.54.236, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SG

EPS Sanitas

128984247

X Y

Bonilla Rodriguez Angie Beatriz

1.110.545.002 16051994

Sura 2 300 000

Pedregal Manzana E Casa 6 3156169568

3156169568

Ibague Tolima

EPS activo Ibague - Tolima Salud vol

Tolima Salud 809.000.216 1

Cámara - Nº 14-16 Pág 3

Ibagué Folio

13/04/2020

Angie Beatriz Borrero

E.P.S. Sanitas

OFICINA IBAGUE

Recibido por: Liz Echeverri

Fecha: 13-4-20 Hora: 8:20 a.m.

Liz Echeverri sellado cedula

Scanned with CamScanner

CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE FENALCO DEL TOLIMA
COMFENALCO TOLIMA
FORMULARIO DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN DE SUBSIDIO FAMILIAR
TRABAJADORES DEPENDIENTES
NIT. 890.700.146-4

1059000000143742

Antes de diligenciar este formulario lea las instrucciones que se encuentran al respaldo

I. Información del Trabajador

Identificación

1. T.D.	2. Número	3. 1er. Apellido	2do. Apellido	1er. Nombre	2do. Nombre	4. Sexo
CC	1110547002	BONILLA	RODRIGUEZ	ANGIE	BEATRIZ	F X M

5. Fecha de Nacimiento (Año Mes Día)	6. Estado Civil	7. Nivel de Escolaridad	8. Discapacidad
1994-05-15	Soltero X, Separado, Viudo, Casado, Unión Libre	Ninguno, Bachillerato, Tecnológico, Profesional, Primaria, Técnico, Nombre Profesión	Tipo 4, Grado, %

9. Dirección de residencia	Barrio	Municipio	Departamento
MZ 2 F CA 13	URBANIZACION VILLA CLARA		

10. Tipo de Vivienda	11. Estrato	12. Teléfono	13. Celular	14. Correo Electrónico
Propia, Arrendada, Familiar		2726293	3156169568	

15. Pasaporte No. / Fecha de Vencimiento (Año Mes Día)

16. Pasatiempos: Viajes, Pintura, Música, Danza, Cine, Manualidades, Informática, Teatro

17. Deportes: Fútbol, Natación, Bolos, Baloncesto, Tenis, Volleyball, Patinaje, Otros

18. Información Caja anterior - Nombre

Fecha de Ingreso: Año Mes Día — Fecha de Retiro: Año Mes Día

II. Otro Empleador (Solo en caso de que labore en una Empresa Diferente a la que reporta en el módulo VI)

19. Tipo	20. NIT	DV	21. Razón Social	22. Jornada (Número Horas Mensual)	23. Sector (Rural, Urbano)

24. Salario (Fijo, Variable)	Básico $	Comisiones + Bonificaciones $	25. Cargo	26. Caja de Compensación

III. Información del Cónyuge o compañaro(a) permanente

27. Cónyuge (Compañero(a))	28. T.D.	29. Número	30. 1er. Apellido	2da. Apellido	1er. Nombre	2do. Nombre	31. Sexo (F, M)

32. Fecha de Nacimiento	33. Discapacidad (Tipo, Grado %)	34. Fecha de inicio de relación marital	35. Nivel de Escolaridad (Ninguno, Bachiller, Tecnólogo, Primaria, Técnico, Profesional)	Nombre Profesión

36. Trabaja (S, No)	37. T.D.	38. Nit.	39. Razón Social	40. Recibe subsidio (S, No)

41. Caja de Compensación	42. Horas Trabajadas	43. Salario (Fija, Variable)	Básico $	Comisiones + Bonificaciones $	44. Cargo

IV. Datos del Grupo Familiar

45.	Documento		Nombres completos de beneficiarios				Sexo		Parentesco						Fecha nacimiento			Discapacidad		Subsidio adicional
	TD	Número	1er. Apellido	2da. Apellido	1er. Nombre	2do. Nombre	M	F	Hijo	Padre	Madrastra	Hijastro	Padrastro	Otro	Año	Mes	Día	Tipo	Grado %	
1																				
2																				
3																				
4																				
5																				

V. Escolaridad

	Número Documento	Nombre institución donde estudia	Nivel de escolaridad	Calendario	Grado
1					
2					
3					
4					

VI. Información Laboral

47. T.D.	48. NIT	DV	49. Razón Social	50. Sucursal	51. Div. Administ.	52. Código Nómina
NI	809000876		TEMPORALES UNO A S A	1	00	

53. Fecha de ingreso a la Empresa	54. Tipo de Contrato	55. Cargo	56. Jornada (Número Horas Mensual)
2020-04-13	MISION	OTRO PERSONAL DE APOYO ADMINISTRATIVO NO CLASIFICADOS EN OTROS GRUPOS PRIMARIOS	240

57. Salario (Fijo, Variable N)	Básico $	Comisiones + Bonificaciones $	58. Tipo Vinculación	59. % Aportes
	2300000	0	DEPENDIENTE CAJA	CAJA UNIFICADO

Observaciones:

Bajo la gravedad de juramento declaro que la información suministrada es cierta y ha sido revisada personalmente. Los documentos anexos que soportan esta inscripción, serán para el uso exclusivo de Comfenalco Tolima; motivo por el cual no se devolverán a la empresa ni al trabajador. Autorizo que la información sea verificada en cualquier momento por COMFENALCO TOLIMA.

Fecha Radicación 2020-04-08

Firma Autorizada y Sello de la Empresa

Firma y C.C. del Trabajador — 1.116.547.002

Firma y Sello de recibido por Comfenalco Tolima

Generado por Scrap Virtual Cocs

porvenir
sólo hay uno

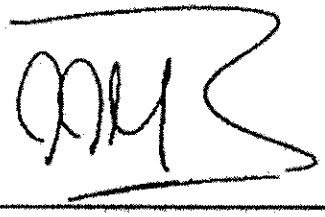
SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS PORVENIR S.A.
En su condición de administradora del
FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR
NIT 800.224.808-6

CERTIFICA QUE:

ANGIE **BEATRIZ BONILLA RODRIGUEZ**, identificado(a) con cédula de ciudadanía 1.**110.547.002**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 11 de Marzo del 2020.

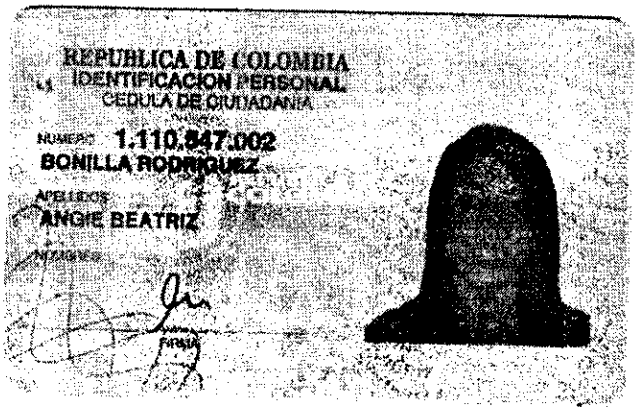
Cordialmente,

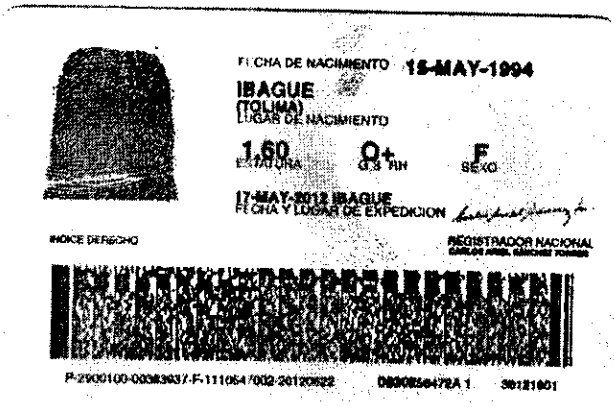


Vicepresidente de Clientes y Operaciones

Tenga en cuenta:

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


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 1.110.547.002
BONILLA RODRIGUEZ
APELLIDOS
ANGIE BEATRIZ
NOMBRES
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 15-MAY-1994
IBAGUE
(TOLIMA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.60
ESTATURA
O+
G.S. RH
F
SEXO
17-MAY-2012 IBAGUE
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO
P-2900100-0038307-F-1110547002-20120522 0030056478A 1 30121601

Ibagué 13-04-2020

Señores:

TEMPORALES UNO A

Bolsa de empleo

Asunto: Renuncia

Respetados señores:

A través del presente escrito, deseo manifestar la renuncia al contrato obra labor a partir del día lunes 13-04-2020 como enfermera. Dicha decisión responde a motivos personales, por lo que agradezco todos los aprendizajes y experiencias que enriquecieron mi formación, producto del tiempo de servicios prestados.

Sin más que agregar, esperando que sean comprendidas las razones antes expuestas.

Atentamente



Erika Johanna Caballero Camelo

CC.: 1.110.504.193

Enfermera Especialista

TEMPORALES UNO-A S.A.

R60707

SGS
"suministro de trabajadores en misión"

CONTRATO INDIVIDUAL DE TRABAJO DE DURACION POR LA OBRA O LABOR CONTRATADA

IB-041998

DATOS DE LA E.S.T. EMPLEADORA

NOMBRE DE LA EMPRESA	:TEMPORALES UNO-A S.A.
DOMICILIO SOCIAL Y DIRECCION	:IBAGUE, CRA 7 # 14-26 PISO 3
NIT	:809.000.876-1
REPRESENTANTE LEGAL	:NOLLY MERCEDES BELTRAN GALEANO
C.C.	:38.260.480 DE IBAGUE

DATOS DEL TRABAJADOR

NOMBRE	RAMIREZ LOZANO WILLIAM JAMIR
No. IDENTIFICACION	5,966,866 , ORTEGA Tel: 3107686756 Contrato:01
DOMICILIO Y RESIDENCIA	CRA 20 NO. 16-17 CLARITA BOTERO
LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO	ORTEGA, 12 DE DICIEMBRE DE 1957

EPS: SALUD TOTAL EPS AFP: COLPENSIONES ARP: ARL SURA CTA:

DATOS PARA LA CONTRATACION

LUGAR DE TRABAJO	IBAGUE	
LUGAR DONDE HA SIDO CONTRATADO	IBAGUE	
SALARIO	1,000,000	Mensual
AUXILIO LEGAL DE TRANSPORTE	102,854	
OTROS PAGOS SALARIALES	0.00	
OTROS PAGOS NO SALARIALES	0.00	
PERIODOS DE PAGO DEL SALARIO	MENSUAL	
CARGO PARA EL CUAL ES CONTRATADO	CONDUCTOR	
OBRA O LABOR DETERMINADA PARA LA CUAL SE CONTRATA	PLAN APOYO SECRETARIA DE SALUD	
MOTIVO QUE DA ORIGEN A LA OBRA O LABOR	PLAN APOYO OPERATIVO	
USUARIA A DONDE SE REMITE EL TRABAJADOR	MUNICIPIO DE IBAGUE	
FECHA DE INICIO DE LABORES	13 DE ABRIL DE 2020	
FECHA FIRMA DEL CONTRATO	08 DE ABRIL DE 2020	

Servicompetentes S.A.S

Certificado de Aptitud Laboral
Ingreso



Fecha: 08/Abr/2020, **Hora:** 08:55:56 a.m.
Apellido: RAMIREZ LOZANO **Nombre:** WILLIAM JAMIR
Tipo Doc: CC **Nro Identidad:** 5966866
Empresa: TEMPORALES UNO A S.A.
Cargo: CONDUCTOR
Lugar:
Direccion: CRA 20 NUMERO 16.17 CLARITA BOTERO
Telefono: **Celular:** 3107686756 **Email:** RAMIREZLOZANOJAMIR@GMAIL.COM **Estado Civil:** Union Libre
Ciudad: Tolima - Ibagué

HC: # 9944
Edad: 62 años
Sexo: Masculino
Nacim: 12/Dic/1957
Rh: O+

Examenes Realizados

Examen Medico Ocupacional de Ingreso, Osteomuscular, VDRL Serologia

Concepto Médico para Examen de Ingreso

Cumple sin restricciones ☑ Cumple con restricciones ☐
Cual:

Concepto Médico para Examen de Alturas

Apto ☐ Aplazado ☐ No Apto ☐

Concepto Médico para Examen de Periódico

Puede continuar con su labor ☐ Requiere reubicación ☐
Incluir en SVE:

Concepto Médico para Examen de Retiro

Retiro sin Patología aparente ☐ Retiro con Patología para seguimiento en EPS ☐ ARL ☐
Cual:

Concepto Médico para Examen Especial

Observaciones y Recomendaciones

1.Inducción En El Cargo, 2. Se Dan Recomendaciones Sobre Realización De Pausas Activas 3.Ejercicio Físico 3 Veces Por Semana. 4. Utilizar Epp Según La Exposición, Higiene Postural Y De Columna, Hábitos Saludables, Manejo Adecuado De Cargas. 5. Bajar De Peso Dieta Balanceada Uso De Protector Solar. Ropa Adecuada Para El Cargo, Fortalecimiento Muscular 6. Seguimiento O Valoración Nutrición y programa de enfermedades cronicas De La Eps

CERTIFICO QUE NO HE OMITIDO INFORMACIÓN ACERCA DE MI ESTADO DE SALUD. TODO ES VERIDICO Y PUEDE SER CONFIRMADO.
LA HISTORIA CLINICA MÉDICA OCUPACIONAL, ES UN DOCUMENTO SOMETIDO A RESERVA DE INFORMACIÓN ESTRICTAMENTE CONFIDENCIAL. POR LO QUE LA CUSTODIA DE LAS HISTORIAS CLINICAS OCUPACIONALES, DOCUMENTOS, EXAMENES O VALORACIONES PARACLINICAS, ESTARÁ A CARGO DEL PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD OCUPACIONAL QUE LA GENERO EN EL CURSO DE LA ATENCIÓN, CUMPLIENDO LOS REQUISITOS Y PROCEDIMIENTOS DE ARCHIVO DE ACUERDO A LAS NORMAS LEGALES VIGENTES PARA LA HISTORIA CLINICA (RESOL. 2346/2007 Art. 16 RESOL. 1918/2009 Art. 17-1)

Gloria Maria Cuentas Mojica
Medico S.S.O. S.S.T
Reg. 085316/09
U. del Norte

GLORIA MARIA CUENTAS MOJICA
Medico Ocupacional
Lic. de S.O #: 024650 del 24 Diciembre de 2015
Registro #: 085316/2009

WILLIAM JAMIR RAMIREZ LOZANO
CC 5966866

312

ARL | sura

Medellin, 08 de abril de 2020

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 TEMPORALES UNO A S.A que se encuentra EN COBERTURA.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificació	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante
Centro de trabajo:	0800113389 MUNICIPIO DE IBAGUE	Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6,96 %	
C5966866	RAMIREZ LOZANO WILLIAM JAMIR	13/04/2020		18723z15	DEPENDIENTE

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 08/04/2020 15:47:15 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 190.146.54.236, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4005050589	0|8|0|4|2|0|2|0

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

1.tipo de tremite	2.Tipo afiliacion	3.Regimen
A. Afiliación ☐ B.Reporte de Novedades ☒	B. Colectiva ☐ A. Individual: -Cotizante Cabeza de familia ☒ -Beneficiario afiliade adicional ☐ B. Institucional ☐ B. De oficio ☐	A.Contributivo ☒ B.Subsidiado ☐
4. Tipo de afiliado	**5. Tipo de cotizante**	**Codigo** (a registrar por la EPS) 1
A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐	A. Dependiente ☒ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐	

A. AFILIACIÓN

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

6.Apellidos y nombres			
RAMIREZ (Primer apellido)	LOZANO (Segundo apellido)	WILLIAM (Primer nombre)	JAMIR (Segundo nombre)
7.Tipo documento de identidad	**8.Número del documento de identidad**	**9.Sexo**	**10.Fecha de nacimiento**
CC	5966866	Femenino ☐ Masculino ☒	1|2|1|2|1|9|5|7

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.	INSTITUTO DE SEGURD SOCIAL	1000000

18.Residencia			
CR 20 16 17 CLARITA BOTERO (Dirección)	Telefono fijo	3107686756 (Telefono celular)	RAMIREZLOZANOJAMIR@GMAIL COM (Correo electronico)
IBAGUE (Municipio/Distrito)	zona Urbana ☒ Rural ☐	Localidad / comuna	TOLIMA (Departamento)

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

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

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

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 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 EPS)
B1						
B2						
B3						
B4						
B5						

Seleccion de la IPS Primaria

	34. Nombre de la Institucion Prestadora de Salud - IPS	Codigo de la IPS(a registrar por la EPS)
C	VS CADIZ - VS MACARENA	VSCADIZ - VSMACARENA
B	-	-
B	-	-
B	-	-

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de identificación	37. Numero de documnto de identificación	38. Tipo de aportante e pagador de pensiones(a registrar por la EPS)
TEMPORALES UNO A S.A	NIT	809000876	01

39.Ubicación				
CR 7 14 26 TERCER PI (Dirección)	2633866 (Teléfono)	CONTRATACION@TEMPORALESUNOA.COM.CO (Correo electrónico)	IBAGUE (Municipio/distrito)	TOLIMA (Departamento)

CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE FENALCO DEL TOLIMA
COMFENALCO TOLIMA
FORMULARIO DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN DE SUBSIDIO FAMILIAR
TRABAJADORES DEPENDIENTES
NIT. 890.700.148-4

1059000000143739

Antes de diligenciar este formulario lea las instrucciones que se encuentran al respaldo

I. Información del Trabajador

Identificación

1. T.I.	2. Número:	3. 1er. Apellido	2do. Apellido	1er. Nombre	2do. Nombre	4. Sexo
CC	5966866	RAMIREZ	LOZANO	WILLIAM	JAMIR	F M X

5. Fecha de Nacimiento (Año Mes Día)	6. Estado Civil	7. Nivel de Escolaridad	8. Discapacidad
1957-12-12	Soltero Casado Separado Unión Libre X Viudo	Ninguno Primaria Bachillerato Técnico Tecnológico Profesional Nombre Profesión	Tipo 4 Grado %

9. Dirección de residencia	Barrio	Municipio	Departamento
CR 20 16 17	URBANIZACION CLARITA BOTERO		

10. Tipo de Vivienda	11. Estrato	12. Teléfono	13. Celular	14. Correo Electrónico
Propia Alquilada Familiar			3107687561	jamirezlozanojamir@gmail.com

15. Pasaporte No.	Fecha de Vencimiento (Año Mes Día)	16. Pasatiempos
		Viajes Pintura Música Danza Cine Manualidades Informática Teatro

17. Deportes	18. Información Caja anterior - Nombre
Fútbol Natación Bolos Baloncesto Tennis Volleyball Patinaje Otros	Fecha de Ingreso: Año Mes Día Fecha de Retiro: Año Mes Día

II. Otro Empleador (Solo en caso de que labore en una Empresa Diferente a la que reporta en el módulo VI)

19. T.D.	20. NIT	DV	21. Razón Social	22. Jornada (Número Horas Mensual)	23. Sector (Rural Urbano)

24. Salario (Básico $ / Comisiones + Bonificaciones $) (Fijo Variable)	25. Cargo	26. Caja de Compensación

III. Información del Cónyuge o compañero(a) permanente

27. Cónyuge Compañero(a)	28. T.D.	29. Número:	30. 1er. Apellido	2do. Apellido	1er. Nombre	2do. Nombre	31. Sexo F M

32. Fecha de Nacimiento	33. Discapacidad (Tipo Grado %)	34. Fecha de inicio de relación marital	35. Nivel de Escolaridad (Ninguna Primaria Bachiller Técnico Tecnólogo Profesional) Nombre Profesión

36. Trabaja (Si No)	37. T.D.	38. Nit.	39. Razón Social	40. Recibe subsidio (Si No)

41. Caja de Compensación	42. Horas Trabajadas	43. Salario (Fija Variable)	Básico $	Comisiones + Bonificaciones $	44. Cargo

IV. Datos del Grupo Familiar

45.	Documento		Nombres completos de beneficiarios				Sexo		Parentesco						Fecha nacimiento			Discapacidad		Estudia después de los 18 años
	TD	Número	1er. Apellido	2do. Apellido	1er. Nombre	2do. Nombre	M	F	Hijo	Padre	Madrastra	Padrastro	Hermano	Nieto	Año	Mes	Día	Tipo	Grado %	
1																				
2																				
3																				
4																				
5																				

V. Escolaridad

	Número Documento	Nombre Institución donde estudia	Nivel de escolaridad	Cafeteria	Grado
1					
2					
3					
4					

VI. Información Laboral

47. T.D.	48. NIT	DV	49. Razón Social	50. Sucursal	51. Div. Admtiva	52. Código Nómina
NI	809000876		TEMPORALES UNO A S A	1	00	

53. Fecha de ingreso a la Empresa	54. Tipo de Contrato	55. Cargo	56. Jornada (Número Horas Mensual)
2020-04-13	MISION	OTRO PERSONAL DE APOYO ADMINISTRATIVO NO CLASIFICADOS EN OTROS GRUPOS PRIMARIOS	240

57. Salario (Fija Variable N)	Básico $	Comisiones + Bonificaciones $	58. Tipo Vinculación	59. % Aportes
	1000000	0	DEPENDIENTE CAJA	CAJA UNIFICADO

Observaciones:

Bajo la gravedad de juramento declaro que la información suministrada es cierta y ha sido revisada personalmente. Los documentos anexos que soportan esta inscripción, serán para el uso exclusivo de Comfenalco Tolima; motivo por el cual no se devolverán a la empresa ni al trabajador. Autorizo que la información sea verificada en cualquier momento por COMFENALCO TOLIMA.

Fecha Radicacion 2020-04-08

Firma Autorizada y Sello de la Empresa

Firma y C.C. del Trabajador

Firma y Sello de recibido por Comfenalco Tolima

Generado por Sirat Virtual Data

Colpensiones

El futuro es de todos

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **WILLIAM JAMIR RAMIREZ LOZANO** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **5966866,** se encuentra afiliado/a desde **15/01/1980** 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 27 de marzo de 2020.

Rosa Mercedes Niño 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.


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
5.966.866
RAMIREZ LOZANO
WILLIAM JAMIR


FECHA DE NACIMIENTO 12-DIC-1957
ORTEGA
(TOLIMA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.65 O+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO
13-JUN-1977 ORTEGA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO
0015587767A 2

William Jamir Ramirez

Servicompetentes S.A.S.

Servicompetentes S.A.S.
800.378.855-8

Certificado de Aptitud Laboral
Ingreso



Fecha: 08/Abr/2020, **Hora:** 09:06:12 a.m.
Apellido: GAITAN TORRES **Nombre:** FRANCEDY
Tipo Doc: CC **Nro Identidad:** 1106778270
Empresa: TEMPORALES UNO A S.A.
Cargo: AUX. DE ENFERMERIA
Lugar:
Direccion: MZ 1 CASA 11 SANTA ANA
Telefono: **Celular:** 3187392293 **Email:** FRACEDY_1025@HOTMAIL.COM **Estado Civil:** Soltero
Ciudad: Tolima - Ibagué

HC: # 9946
Edad: 29 años
Sexo: Femenino ♀
Nacim: 25/Oct/1990
Rh: O+

Examenes Realizados

Serologia II, Examen Medico Ocupacional de Ingreso, Osteomuscular

Concepto Médico para Examen de Ingreso

Cumple sin restricciones ☑ Cumple con restricciones ☐
Cual:

Concepto Médico para Examen de Alturas

Apto ☐ Aplazado ☐ No Apto ☐

Concepto Médico para Examen de Periódico

Puede continuar con su labor ☐ Requiere reubicación ☐
Incluir en SVE:

Concepto Médico para Examen de Retiro

Retiro sin Patologia aparente ☐ Retiro con Patologia para seguimiento en EPS ☐ ARL ☐
Cual:

Concepto Médico para Examen Especial

Observaciones y Recomendaciones

1.Inducción En El Cargo 2.Se Dan Recomendaciones Sobre Realización De Pausas Activas 3.Ejercicio Físico 3 Veces Por Semana. 4. Utilizar Epp Según La Exposición, Higiene Pnstural Y De Columna, Hábitos Saludables, 5. Dieta Balanceada Uso De Protector Solar. Ropa Adecuada Para El Cargo. Fortalecimiento Muscular

CERTIFICO QUE NO HE OMITIDO INFORMACIÓN ACERCA DE MI ESTADO DE SALUD, TODO ES VERIDICO Y PUEDE SER CONFIRMADO.
LA HISTORIA CLINICA MÉDICA OCUPACIONAL, ES UN DOCUMENTO SOMETIDO A RESERVA DE INFORMACIÓN ESTRICTAMENTE CONFIDENCIAL, POR LO QUE LA CUSTODIA DE LAS HISTORIAS CLINICAS OCUPACIONALES, DOCUMENTOS, EXAMENES O VALORACIONES PARACLINICAS, ESTARÁ A CARGO DEL PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD OCUPACIONAL QUE LA GENERO EN EL CURSO DE LA ATENCIÓN, CUMPLIENDO LOS REQUISITOS Y PROCEDIMIENTOS DE ARCHIVO DE ACUERDO A LAS NORMAS LEGALES VIGENTES PARA LA HISTORIA CLINICA (RESOL. 2346/2007 Art .16 RESOL. 1918/2009 Art. 17-1)

GLORIA MARIA CUENTAS MOJICA
Medico Ocupacional
Lic. de S.O #: 024650 del 24 Diciembre de 2015
Registro #: 085316/2009

FRANCEDY GAITAN TORRES
CC 1106778270