

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 80.222.781
ALBA RESTREPO
APELLIDOS
FERNANDO
NOMBRES

Fernando Alba R.
FIRMA



ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 13-NOV-1982
LEJANIAS
(META)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.70 ESTATURA
O- G.S. RH
M SEXO

26-ENE-2001 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

A-1505500-01275331-M-0080222781-20220106 0077746944A 1 8503734267

MEDICINA OCUPACIONAL CIMA VERTICAL S.A.S
NIT 900.889.250-5
Profesionales de Salud Ocupacional
CRA 77 33 A 06 SUR. Barrio Kennedy Central
3828143 - 3015473361

CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL

No. 606

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO
1 DIA	3 MES	2024 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTÁ,COLOMBIA) CIUDAD	EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS EN ALTURAS

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

INDEPENDIENTE	80.222.781-8
NOMBRE DE LA EMPRESA	NIT

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN CC: CEDULA DE CIUDADANÍA, CE: CEDULA DE EXTRANJERÍA, TI: TARJETA DE IDENTIDAD, PT: PASAPORTE)

FERNANDO ALBA RESTREPO	GENERO	EDAD	DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	
APELLIDOS Y NOMBRES	MASCULINO	41 AÑOS	C.C	80222781
			TIPO	NUMERO

CARGO

INSTALADOR DE ALUMINIO

CONCEPTO:

APTO SIN RESTRICCIONES MÉDICAS PARA TRABAJAR EN ALTURAS

OBSERVACIONES:

NINGUNA

RESTICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

EL CONCEPTO DE APTITUD SE DEFINIÓ A PARTIR DE LOS SIGUIENTES EXÁMENES PRACTICADOS

- EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL
- OPTOMETRÍA
- PERFIL LIPÍDICO
- OSTEOMUSCULAR (PRUEBA VESTIBULAR, FUERZA MUSCULAR)
- AUDIOMETRIA
- GLICEMIA

RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES

1. CAPACITACIÓN EN EJECUCIÓN SEGURA DE SUS TAREAS. 2. HÁBITOS DE ESTILO DE VIDA SALUDABLES. 3. AUTOCUIDADO. 4. HIGIENE POSTURAL (ERGONOMIA). 5. PAUSAS ACTIVAS. 6. CAPACITACIÓN EN TRABAJO SEGURO EN ALTURAS.	7. CUIDADO, HIGIENE, PROTECCIÓN AMBIENTAL Y RESPIRATORIA, LAVADO DE MANOS FRECUENTE, DISTANCIAMIENTO SOCIAL, ASI COMO PARA LAS ENFERMEDADES ENDÉMICAS DE LA ZONA DONDE LABORE

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

PROFESIONAL: OSCAR JAVIER RUIZ NEGRETTE	ASPIRANTE O TRABAJADOR FIRMA Fernando Alba R.
REGISTRO 1788-1990 LIC. SST 2567 SST	FERNANDO ALBA RESTREPO CC 80222 781

Powered by CamScanner

Medellín, 03 de february de 2025

LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

CERTIFICA:

Que FERNANDO ALBA RESTREPO identificado(a) con cédula de ciudadanía 80222781 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:

Fecha inicio cobertura: 04/02/2025 **Fecha fin cobertura:**

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

SOLUCIONES ARKOS SAS N900662157

ACTIVIDAD ECONÓMICA:
5433002 - TERMINACIÓN Y ACABADO DE EDIFICIOS Y OBRAS DE INGENIERÍA CIVIL, INCLUYE INSTALACIÓN DE PUERTAS, VENTANAS Y MARCOS DE PUERTAS Y VENTANAS DE MADERA O DE OTROS MATERIALES.

CLASE DE RIESGO: 5 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 6.96%

CENTRO DE TRABAJO: 0000000001 - SOLUCIONES ARKOS SAS

CLASE: 5 **PORCENTAJE:** 6.96% **TIPO COTIZANTE:** INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES

ACTIVIDAD ECONÓMICA CENTRO DE TRABAJO:
5433002 - TERMINACIÓN Y ACABADO DE EDIFICIOS Y OBRAS DE INGENIERÍA CIVIL, INCLUYE INSTALACIÓN DE PUERTAS, VENTANAS Y MARCOS DE PUERTAS Y VENTANAS DE MADERA O DE OTROS MATERIALES.

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

ACTIVIDAD ECONÓMICA:
5433002 - TERMINACIÓN Y ACABADO DE EDIFICIOS Y OBRAS DE INGENIERÍA CIVIL, INCLUYE INSTALACIÓN DE PUERTAS, VENTANAS Y MARCOS DE PUERTAS Y VENTANAS DE MADERA O DE OTROS MATERIALES.

CODIGO DE ACTIVIDAD: 5433002

CLASE DE RIESGO: 5 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 6.96%

Su pago lo debe realizar con riesgo null (null %), teniendo en cuenta lo siguiente:

Artículo 11, Decreto 723 de 2013: Cotización y Pago: La cotización se realizará teniendo en cuenta el mayor riesgo entre:

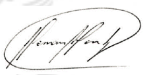
1. ***La clase de riesgo del centro de trabajo de la entidad o institución.***
2. ***El propio de la actividad ejecutada por el contratista.***

Parágrafo 1: Cuando las entidades o instituciones no tengan centros de trabajo se tomará la actividad principal o institución.

null

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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: 03/02/2025 4.18 PM

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva eps
gente cuidando gente
NIT. 900.156.264-2

C1310

Lea atentamente las instrucciones antes de diligenciar este formulario

FECHA DE RADICACIÓN DÍA 30 MES 12 AÑO 2024

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. TIPO DE TRÁMITE: A. AFILIACIÓN [ ] B. REPORTE DE NOVEDADES [X]
2. TIPO DE AFILIACIÓN: A. Individual: a) Cotizante o cabeza de familia [X] b) Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]
3. RÉGIMEN: A. Contributivo [X] B. Subsidiado [ ]
4. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA: SI [ ] NO [X]
5. TIPO DE AFILIADO: A. Cotizante [X] B. Cabeza de Familia [ ] C. Beneficiario [ ] D. Afiliado adicional [ ]
6. TIPO DE COTIZANTE: A. Dependiente [ ] B. Independiente [X] C. Pensionado [ ]
7. CÓDIGO

A. AFILIACIÓN

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

8. APELLIDOS Y NOMBRES
PRIMER APELLIDO: ALBA | SEGUNDO APELLIDO: RESTREPO | PRIMER NOMBRE: FERNANDO | SEGUNDO NOMBRE:

9. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: CC - Cédula de Ciudadanía
10. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 80222781
11. SEXO BIOLÓGICO: F [X]
12. SEXO IDENTIFICACIÓN: F [X] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual?
13. NACIONALIDAD: COLOMBIANO
14. LUGAR DE NACIMIENTO: PAÍS: COLOMBIA | DEPARTAMENTO: BOGOTA D.C. | MUNICIPIO: BOGOTA D.C.
15. FECHA NACIMIENTO: DÍA 13 MES 11 AÑO 1982

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

16. ETNIA: 6
17. COMUNIDAD INDÍGENA:
18. DISCAPACIDAD: SI [ ] NO [X] CAT. DE DISCAPACIDAD: N/A
19. TIENE ENCUESTA SISBÉN? SI [ ] NO [X]
20. CLASIFICACIÓN SISBÉN:
NIVEL:
GRUPO:
21. GRUPO POBLACIÓN ESPECIAL:
22. ARL: SURA - CIA. SURAMERICANA D
23. AFP: PROTECCION
24. IBC: $ 1.300.000
25. TARIFA CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA:
26. RESIDENCIA
TELÉFONO CELULAR: 3118196513
TELÉFONO FIJO:
DIRECCIÓN: CRA 40 D # 1 H 49 # -
COMPLEMENTO DIRECCIÓN:
CORREO ELECTRÓNICO: S4TS.SOCIAL@GMAIL.COM
DEPARTAMENTO: BOGOTA D.C.
MUNICIPIO/ DISTRITO: BOGOTA D.C.
LOCALIDAD/COMUNA: TRUJILLO
ZONA: CABECERA MUNICIPAL [ ] CENTRO POBLADO [ ] RURAL DISPERSO [ ] RESTO RURAL [ ]
IPS:

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

27. APELLIDOS Y NOMBRES
PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE
28. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD:
29. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD:
30. SEXO BIOLÓGICO: F [ ] M [ ]
31. SEXO IDENTIFICACIÓN: F [ ] M [ ] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual?
32. NACIONALIDAD:
33. LUGAR DE NACIMIENTO: PAÍS | DEPARTAMENTO | MUNICIPIO
34. FECHA NACIMIENTO: DÍA | MES | AÑO

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

	35. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS DE LOS BENEFICIARIOS	36. TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	37. NÚMERO DE IDENTIDAD	38. NACIONALIDAD	39. SEXO F	39. SEXO M	40. SEXO IDENTIFICACIÓN F	M	T	NB	Otro?	41. LUGAR DE NACIMIENTO PAÍS	DEPART.	MUNICIPIO	42. FECHA DE NACIMIENTO DÍA	MES	AÑO
B1																	
B2																	
B3																	
B4																	
B5																	

	Datos complementarios del Beneficiario 43. PARENTESCO	44. ETNIA	45. COMUNIDAD	46. GRUPO DE POBLACIÓN ESPECIAL	47. TIENE ENCUESTA SISBÉN? SI	NO	48. CLASIFICACIÓN SISBÉN NIVEL	GRUPO	49. DIS CAPACIDAD SI	NO	CATEGORÍA DE DISCAPACIDAD	50. INCAPACIDAD PERMANENTE SI	NO	51. Datos de residencia DEPARTAMENTO	MUNICIPIO/ DISTRITO	ZONA CABECERA MUNICIPAL	CENTRO POBLADO	RURAL DISPERSO	RESTO RURAL
B1							I. II.												
B2							I. II.												
B3							I. II.												
B4							I. II.												
B5							I. II.												

	TELÉFONO FIJO Y/O CELULAR	52. VALOR DE LA UPC DEL AFILIADO ADICIONAL	DIRECCIÓN	LOCALIDAD/ COMUNA	CORREO ELECTRÓNICO	53. IPS	54. CÓDIGO DE LA IPS (A REGISTRAR POR LA EPS)
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

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

55. Nombre o razón social	56. Tipo documento de identificación	57. Número del documento de identificación	TELÉFONO FIJO O CELULAR	58. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
FERNANDO ALBA RESTREPO	CC - Cédula de Ciudadanía	80222781	3118196513	

59. Dirección	CORREO ELECTRÓNICO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO/DISTRITO
CRA 40 D # 1 H 49 # -	S4TS.SOCIAL@GMAIL.COM	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.

B. REPORTE DE NOVEDADES

59. TIPO DE NOVEDAD
1. MODIFICACIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN [ ]
2. CORRECCIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN [ ]
3. ACTUALIZACIÓN DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD [ ]
4. ACTUALIZACIÓN Y/O CORRECCIÓN DE DATOS COMPLEMENTARIOS [ ]
5. TERMINACIÓN DE LA INSCRIPCIÓN EN LA EPS Código: _____ [ ]
6. REPORTE DE PAGO A TRAVÉS DE UN TERCERO Código: _____ [ ]
7. INCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES [ ]
8. EXCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES [ ]
9. INICIO DE RELACIÓN LABORAL O ADQUISICIÓN DE CONDICIONES PARA COTIZAR [X]
10. TERMINACIÓN DE LA RELACIÓN LABORAL O PÉRDIDA DE LAS CONDICIONES PARA SEGUIR COTIZANDO [ ]
11. INSCRIP CIÓN EPS RETORNO AL PAÍS.1. RETIRO DE CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA. [ ]
12. VINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS [ ]
13. DESVINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS [ ]
14. MOVILIDAD
A) AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO [ ]
B) AL RÉGIMEN SUBSIDIADO [ ]
15. TRASLADO
A) MISMO RÉGIMEN [ ]
B) DIFERENTE RÉGIMEN [ ]
16. REPORTE DE FALLECIMIENTO [ ]
17. REPORTE DEL TRÁMITE DE PROTECCIÓN AL CESANTE [ ]
18. REPORTE DE LA CALIDAD DE PREPENSIONADO [ ]
19. REPORTE DE LA CALIDAD DE PENSIONADO [ ]
20. INGRESO A CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA. [ ]
21. RETIRO DE CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA. [ ]

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

61. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN
PRIMER APELLIDO: ALBA | SEGUNDO APELLIDO: RESTREPO | PRIMER NOMBRE: FERNANDO | SEGUNDO NOMBRE:
TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: CC - Cédula de Ciudadanía
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 80222781
62. SEXO BIOLÓGICO: F [X]
63. SEXO IDENTIFICACIÓN: F [X] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual?
64. FECHA NACIMIENTO: DÍA 13 MES 11 AÑO 1982
65. EPS ANTERIOR:
66. FECHA DE NOVEDAD: DÍA 30 MES 12 AÑO 2024
67. MOTIVO DE TRASLADO Código:
68. CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR O PAGADOR DE PENSIONES:

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

69. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales: Declaro bajo la gravedad de juramento que el(los) Beneficiario(s) reportado(s) dependen económicamente de mi. [ ]
70. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción. [ ]
71. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios. Anexo soporte de la Entidad [ ]
72. Declaración de no intermediación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud. [ ]
73. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales. [X]
74. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran. [X]
75. Autorizo para que la EPS realice el manejo de los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013. [X]
76. a). Autorizo mi consentimiento explícito para que Nueva EPS establezca comunicación a través de SMS, EMAIL, Página Web, Notificaciones App, Llamadas Telefónicas, WhatsApp y otros canales, para recibir mensajes informativos. [X]
b). Autorización para que la EPS me contacte con fines netamente informativos sobre la prestación de servicios de salud dentro de los horarios regulares, incluso si estoy registrado en el "Registro de Números Excluidos" (RNE). [X]
77. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes. [ ]
78. Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, según la encuesta del Sisbén vigente. [ ]

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

79. En caso de ausencia o fallecimiento del cabeza de familia reporte la persona de su grupo familiar que hará cargo del pago de la Contribución Solidaria

APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS
PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE
TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD:
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD:

IX. FIRMAS

Fernando Alba
80. El cotizante, cabeza de familia, beneficiario cuando aplique o afiliado adicional

81. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio

X. ANEXOS

82. Anexo copia del documento de identidad:

	CN	MS	RC	TI	CC	CE	SC	PA	CD	AS	PT
Cantidad:											

Total [ ]

83. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente. [ ]
84. Copia del registro civil de matrimonio o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital. [ ]
85. 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. [ ]
86. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor. [ ]
87. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia. [ ]
88. 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. [ ]
89. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud numeral 4 y 5 del artículo 2.1.7.3 del Decreto 780 de 2016 [ ]
90. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. [ ]
91. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en las que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio. [ ]

Total Anexos [ ]

XI. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL Y/O INSTITUCIONES RESPONSABLES DE POBLACIONES ESPECIALES

92. IDENTIFICACIÓN DE LA ENTIDAD TERRITORIAL | Código del Municipio [ ] | Código del departamento [ ] | 93. NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN

XII. DATOS DE LA INSTITUCIÓN Y DEL FUNCIONARIO QUE VALIDA LA INFORMACIÓN.

94. APELLIDOS Y NOMBRES
Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre
TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD | Número del documento de identidad | 95. FIRMA DEL FUNCIONARIO | 96. FECHA DE RADICACIÓN DÍA MES AÑO | 97. FECHA DE VALIDACIÓN DÍA MES AÑO

OBSERVACIONES:

VIGILADO Supersalud

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

- ORIGINAL: E.P.S. -

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **ALBA RESTREPO FERNANDO** identificado(a) con **CC** número **80.222.781** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 14 de febrero de 2005 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 diciembre de 2024.

Cordialmente,



Cesar Mauricio Aubad Echeverry
Equipo Soporte para Clientes

***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

2024123017335

SOLUCIONES arkos

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS ENTRE

SOLUCIONES ARKO SAS Y FERNANDO ALBA RESTREPO

Entre las partes, por un lado RUTH ALEJANDRA MENDOZA RODRIGUEZ domiciliado en la ciudad de Bogotá, representante legal de SOLUCIONES ARKOS SAS con NIT 900.662.157-2 , quien en adelante y para los efectos del presente contrato se denomina como EL CONTRANTANTE, y por el otro, **FERNANDO ALBA RESTREPO**, domiciliado en la ciudad de Bogotá quien en adelante y para los efectos del presente contrato se denomina como EL CONTRATISTA, ambos mayores de edad ,identificados como aparece al pie de las firmas, hemos acordado suscribir este contrato de prestación de servicios, el cual se regirá por las siguientes cláusulas:

PRIMERA: Objeto del Contrato: El CONTRATISTA deberá prestar por sus propios medios y con plena autonomía técnica y presupuestal, dentro del plazo acordado, los servicios y/o actividades enunciadas a lo largo del presente contrato. Como contraprestación recibirá por parte del CONTRATANTE unas sumas de dinero, a título de honorarios.

SEGUNDA: Plazo de Ejecución. El término de duración del presente contrato, será de 30 dias contados a partir de la firma del mismo, el cual tiene como objeto las actividades descritas adelante, además de aquellas que por la naturaleza del mismo resulten pertinentes.

TERCERA: Forma de Pago EL CONTRATANTE pagará al EL CONTRATISTA una suma de dinero que asciende a un millón trescientos mil pesos mcte $ 1.300.000 de forma mensual por las actividades realizadas y recibidas a satisfacción por parte de EL CONTRATANTE.

CUARTA: Obligaciones Del Contratista. El CONTRATISTA se obliga a ejecutar el Objeto del Contrato, razón por la cual tendrá las siguientes obligaciones:

Suministro e Instalación de Carpintería en aluminio.

QUINTA: Las sumas de dinero que eventualmente sean reconocidas por EL CONTRATANTE al CONTRATISTA son por mera liberalidad y de ninguna manera pueden ser considerados como hechos o actos que infieran una relación de naturaleza laboral.

SEXTA: Solución de conflictos. Se acuerda que de presentarse un conflicto entre las partes, en el marco del presente contrato, las partes deberán acudir en primera instancia a un centro de conciliación certificado.

SOLUCIO
NIT: 90

Escaneado con CamScanner

SEPTIMA: Domicilio. Para todos los efectos legales y de notificación el domicilio de las partes es: el EMPLEADOR: la ciudad de Bogotá, en la dirección Cra 29C No 70-40 y el TRABAJADOR, la ciudad de Bogotá en la dirección Cra 40D No 1H - 49

En señal de conformidad, las partes suscriben el presente contrato, en dos ejemplares del mismo tenor el día 30 de diciembre de 2024 en (2) folios.

EL CONTRATANTE,

RUTH ALEJANDRA MENDOZA
C.C. 51.957.133
SOLUCIONES ARKO SAS
NIT. 900.662.0157

EL CONTRATISTA,

FERNANDO ALBA RESTREPO
C.C 80.222.781

Escaneado con CamScanner