ASOCIACION GENERADORA DE BIENESTAR SHOW KIDS

OTRO SI NO. 001 DEL CONTRATO A TERMINO FIJO INFERIOIR A UN AÑO

EMPLEADOR EMPLEADO:	**ASOCIACION GENERADORA DE BIENESTAR SHOW KIDS**
EMPLEADO:	**DIANA ISABEL MARTINEZ FIGUEROA**
LUGAR DEL SERVICIO:	**JARDIN CARACOLI**
CARGO:	**PERSONAL MANIPULADOR DE ALIMENTOS**

Entre los suscritos a saber: Representante Legal de la **ASOCIACIÓN GENERADORA DE BIENESTAR SHOWKIDS,** con NIT 830.122.129-6, quien para los efectos del presente Otro sí se denominará **EMPLEADOR** deuna parte y de la otra **DIANA ISABEL MARTINEZ FIGUEROA,** identificada con cédula de ciudadanía número **39578306** quien actúa en nombre propio y que para efectos de este **OTRO SÍ 001,** se denomina **EMPLEADO,** acuerdan **REFORMAR LA CLÁUSULA OCTAVA DE DURACIÓN DEL CONTRATO** del contrato suscrito el 29 de Mayo del 2025, donde se determinó como fecha de terminación el **28 de julio del 2025,** respetando lo establecido y normado por el artículo 22 del C. S.T y 1° de la Ley 50 de 1990, de conformidadcon las siguientes cláusulas:

CLÁUSULA PRIMERA: DURACION: Modificar la cláusula octava del contrato en donde se determinó que la fecha de terminación del contrato sería 28 de julio del 2025, para que en adelante se entienda como nueva fecha determinación el día 28 de octubre de 2025.

CLAUSULA SEGUNDA: Los demás numerales y cláusulas del contrato **LABORAL DE TÉRMINO FIJO INFERIOR A UN AÑO,** no sufren modificación alguna y con la suscripción de este Otro sí No. 001 declaramos conocer la totalidad de los numerales y cláusulas incorporadas en el presente Otro sí.

CLÁUSULA TERCERA: VALIDEZ: El presente otro si, se perfecciona con la firma de quienes intervienen en el mismo.

Para constancia se firma este documento al veintiocho (28) días del mes de Julio del año 2025.

EMPLEADOR,

Pilar Mejia R

MARIA DEL PILAR MEJIA
Representante Legal

EMPLEADO,

Diana I. Martínez F.

DIANA ISABEL MARTINEZ FIGUEROA
Empleado

Powered by CamScanner

POSITIVA

Hacienda

LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

CERTIFICA QUE:

El usuario mencionado a continuación registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales. La información aquí proporcionada es verídica y se registra conforme a los datos suministrados.

Datos del empleador			
Nombres y apellidos o Razón Social	ASOCIACION GENERADORA DE BIENESTAR SHOW KIDS		
Tipo de documento de identificación	NI	**Número de documento de identificación**	830122129
Datos del trabajador			
Tipo documento y número de identificación	CC 39578306	**Nombres y apellidos**	DIANA ISABEL MARTINEZ FIGUEROA
Fecha de afiliación	2025-04-12	**Estado de afiliación**	Activo
Fecha de inicio cobertura	2025-04-12	**Tipo de vinculación**	Dependiente
Clase de riesgo	3	**Fecha de retiro**	

Esta certificación se expide a los 28 días del mes de julio del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de afiliaciones y novedades

Powered by CamScanner

SaludTotal.

BOGOTA, Julio 26 de 2025

Señora:

MARTINEZ FIGUEROA DIANA ISABEL

CC. 39578306TV 48 A BIS 69 A 69 SUR - 0

Ciudad

Ref. M-PYGA-F065. SOLICITUD INFORMACIÓN - AFILIACIÓN SALUD TOTAL EPS S.A.

En relación con el asunto de la referencia, y atendiendo su solicitud, nos permitimos informarle que a la fecha de expedición de la presente comunicación consta en nuestra base de datos que su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS S.A. se realizó a partir de Agosto 8 de 2023. Los usuarios inscritos en su afiliación son:

Nombre	Documento	Tipo	Afiliación	Sem_cot	Sem_Act	Parentesco	Estado_Afiliación	Fecha_de_desafiliación_EPS	Estado_Actual	Discapacidad
PRADA VIVAS MICHEL LEONARDO	79770619	C	Jun-23-2023	87	26	COTIZANTE	VIGENTE			Ninguna

De acuerdo con los registros de la base de datos, su grupo familiar presenta la siguiente relación laboral:

Razón_social_del_aportante	Usuario_en_contrato	Tipo_de_contrato	Estado_de_contrato
ASOCIACION GENERADORA DE BIENESTAR SHOW KIDS	39578306	Dependiente	VIGENTE

CARTA NO VALIDA PARA TRASLADO

En Salud Total apreciamos la confianza que usted ha depositado en nosotros y esperamos que usted y su familia continúen disfrutando de nuestros servicios de salud con Calidad total. Cualquier información adicional, con gusto será atendida por el personal de servicio al cliente de la sede administrativa de su ciudad, o puede comunicarse con nuestra línea gratuita 018000 1 14524 a nivel nacional o en Bogotá al teléfono 4854555.

Cordialmente,

Gerencia de Operaciones Comercial
SALUD TOTAL EPS S.A.
Elaboró: Servicios en Línea

NOTA: En caso requerido, este certificado es válido para la atención a través del Régimen Subsidiado o como población vinculada, si el Estado Actual es afiliación cancelada, novedad de retiro de trabajo, afiliación no efectiva, exclusión o anulación de la afiliación, siempre y cuando al momento de retiro o exclusión no haya reportado mora. Si es mora, o cancelación por falta de pago, debe informar a su aportante que debe ponerse al día en los pagos.

CamScanner

Powered by CamScanner

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **MARTINEZ FIGUEROA DIANA ISABEL** identificado(a) con **CC** número **39.578.306** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 15 de diciembre de 2011 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 FONDO DE 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 22 de enero de 2025.

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

Powered by CamScanner