| 53. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS | | 54. Código de la IPS (a registrar por la EPS) |
|---|---|---|
| C | IPS CHITAGA | |
| B1 | | |
| B2 | | |
| B3 | | |
| B4 | | |
| B5 | | |

## V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL APORTANTE, DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA O RESPONSABLES DEL PAGO

| 55. Nombre o razón social | 56. Tipo documento de identificación | 57. Número del documento de identificación | 58. Tipo de aportante o pagador de Pensiones (a registrar por la EPS) |
|---|---|---|---|
| UNIÓN TEMPORAL INTERVENTORIA PAE INTERNADOS 2025 | NIT | 901991320 | |

**59. Ubicación**

| Dirección | Teléfono fijo o Celular |
|---|---|
| CL 14 09 74 | 3107612491 |

| Correo Electrónico | Departamento | Municipio / Distrito |
|---|---|---|
| interventoriapaeinternados2025@gmail.com | CASANARE | YOPAL |

**60. Tipo de Novedad**

- [ ] 1. Modificación de datos básicos de identificación.
- [ ] 2. Corrección de datos básicos de identificación.
- [ ] 3. Actualización del documento de identificación.
- [ ] 4. Actualización y 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.
- [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. Inscripción EPS retorno al país.
- [ ] 12. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [ ] 13. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [ ] 14. Movilidad: [ ] A. Régimen Contributivo [ ] B. Régimen Subsidiado
- [ ] 15. Traslado: [ ] A. Mismo Régimen [ ] B. Diferente Régimen
- [ ] 16. Reporte de fallecimiento del Cotizante o Cabeza de familia.
- [ ] 17. Reporte del trámite de protección al cesante.
- [ ] 18. Reporte de la calidad de Pre- pensionado.
- [ ] 19. Reporte de la calidad de Pensionado.
- [ ] 20. Ingreso a Contribución Solidaria.
- [ ] 21. Retiro de Contribución Solidaria.

## VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

**61. Datos básicos de identificación**

| Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre |
|---|---|---|---|
| | | | |

| Tipo de documento de identidad | Número del documento de identidad | 62. Sexo biológico (Femenino / Masculino) | 63. Sexo identificación (F / M / T / ND / Otro / Cuál) | 64. Fecha de nacimiento |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |

| 65. EPS anterior | 66. Fecha de novedad | 67. Motivo de traslado | 68. Caja de compensación Familiar o pagador de pensiones |
|---|---|---|---|
| | 1 0 1 0 2 0 2 5 | Código | |

## VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- [ ] 69. Declaraciones de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- [ ] 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.
- [ ] 72. Declaración de no información del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
- [x] 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 vigente y a las entidades públicas que por sus funciones lo requieran.
- [x] 75. Autorización para que la EPS consulte 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. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.
- [ ] 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 se hará cargo del pago de la Contribución Solidaria**

| Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre | Tipo de documento de identidad | No. del documento de identidad |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | |

## IX. FIRMAS

| 80. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional | 81. Aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de Oficio |
|---|---|
| Valencia Granados Mary Yohana | Sandra Leon |

## X. ANEXOS

- [ ] 82. Anexo copia del documento de identidad — Cantidad de documentos de identidad anexos: CN RC TI CC CE PA CD SC PT
- [ ] 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 acta 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 la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

Total Anexos

## XI. DATOS DE LA ENTIDAD TERRITORIAL O LA INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL

| 92. Identificación de la Entidad Territorial | Código del municipio | Código del departamento | 93. Nombre de la Institución |
|---|---|---|---|
| | | | |

## XII. DATOS DEL FUNCIONARIO DE LA ENTIDAD TERRITORIAL O DE LA INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL

**94. Apellidos y nombres**

| Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre |
|---|---|---|---|
| | | | |

| Tipo de documento de identidad | Número del documento de identidad | 95. Firma del funcionario | 96. Fecha de radicación | 97. Fecha de validación |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |

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.

| Doc. identificación y nombre del Ejecutivo Comercial | Sello de Radicación | Sticker procesamiento |
|---|---|---|
| | | |

REPORTE DE NOVEDADES

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **MARLY JOHANA VALENCIA GRANADOS** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **37713180**, se encuentra afiliado/a desde **01/10/2014** 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 04 de diciembre de 2025.

**Rosa Mercedes Nino 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.

ComfaCasanare
Construimos Sueños !!!

Marque con una equis (x) y verifique instrucciones de diligenciamiento y causales de no aceptación al reverso
Incorporación del trabajador ☐ Modificación ☐
Traslado ☐
Reintegro por el mismo nit SI ☐ NO ☐
Indique última fecha de retiro: ☐☐☐

SGS
CO06/2681

# Formato de Inscripción, de Trabajadores

FAPP006

## 1. DATOS DEL TRABAJADOR

| Tipo y número de identificación | Fecha de expedición | Sexo |
|---|---|---|
| CEDULA 37713180 | 1996-10-19 | FEMENINO |

| Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre |
|---|---|---|---|
| VALENCIA | GRANADOS | MARLY | JOHANA |

| Fecha de nacimiento | Teléfono | Dirección de residencia | Barrio |
|---|---|---|---|
| 1978-09-19 | 3107612491 | CLLE 11 # 28 - 713 | |

Correo Electrónico: valenciamarly@gmail.com

Estado civil: SOLTERO

| Ciudad | Fecha de ingreso a la empresa | Horas labor men | Cargo | Sueldo Básico |
|---|---|---|---|---|
| YOPAL | 2025-10-10 | 220 | Director de Interventor | 1423500 |

| Tipo de contrato | Administra recursos públicos | Servidor público | Nivel de escolaridad |
|---|---|---|---|
| FIJO | | | PROFESIONAL UN |

| Profesión | Ocupación | Orientación sexual | Vivienda |
|---|---|---|---|
| NUTRICIONISTA | DIETISTAS Y NUTRICIONISTAS | HETEROSEXUAL | ARRENDADA |

Factor de vulnerabilidad: NO APLICA

Pertenencia étnica: NO SE AUTO RECONOCE EN NINGUNO DE LOS ANTER

## 2. DATOS DE LA EMPRESA

| NOMBRE O RAZÓN SOCIAL | Teléfono |
|---|---|
| UNION TEMPORAL INTERVENTORIA PAE INTERNADOS 2025 | |

| NIT, CC O CE | DEPENDIENCIA |
|---|---|
| 901991320 | |

## 3. DATOS DEL CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

| Tipo y número de identificación | Fecha de expedición | Sexo |
|---|---|---|
| | | |

| Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre |
|---|---|---|---|
| | | | |

Fecha de nacimiento: EMPRESA DONDE TRABAJA O ACTIVIDAD ECONOMICA

Caja de compensación a las cual está afiliado(a): Sueldo básico

**Solicitud Datos Personales**

Yo, MARLY JOHANA VALENCIA JOHANA, identificado con cédula de ciudadanía No. 37713180,manifiesto así de manera expresa, que AUTORIZO para el uso y tratamiento de mis datos personales en virtud de la función que le competa el tratamiento de las que fueran recolectados para las finalidades, así como para el envío de mensajes de correos de texto (SMS); de igual forma autorizo de manera irrevocable a la Caja a corroborar con cualquier persona, institución y autoridad, la información relativa a mis referencias personales, comerciales, fiscales, judiciales, financieras y cualquier otro dato que a juicio de la organización sea pertinente para verificar y ampliar información por mi suministrada de acuerdo al manual de políticas y protección de datos establecido por la Caja de Compensación Familiar del Casanare COMFACASANARE de acuerdo a lo establecido en la ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013

FIRMA

Declaro bajo la gravedad de juramento que todos los datos son exactos y examinados por quien firma.

Firma del trabajador(a)
C.C. T.I. R.C o C.E. No 37713180

Firma y sello del empleador

ComfaCasanare

Radicado: 2025-E-[illegible]
Fecha: 2025-E-[illegible]
Hora: 10:51:46
Destino: Afiliaciones
Empresa: UNION TEMPORAL INTERVENTORIA PAE INTERNADOS 2025

La información de este formato está sujeta a verificación

VERSIÓN 2.0 FORMULARIO SIN BENEFICIARIOS

Único con licencia exclusivamente para afiliación de trabajadores activos, usuarios o no están libre de beneficiarios

| CONTRATO LABORAL: UT – PAE – 003 – 2025 | | |
|---|---|---|
| **NOMBRE DEL EMPLEADOR**<br>UNIÓN TEMPORAL INTERVENTORIA PAE INTERNADOS 2025 | **NIT DEL EMPLEADOR**<br>901.991.320-1 | **DIRECCIÓN DEL EMPLEADOR**<br>Calle 11 # 28 – 713 |
| **NOMBRE DEL EMPLEADO**<br>JHON JAIRO MARTINEZ SIERRA | | **NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN**<br>74.755.514 |
| **CARGO A DESEMPEÑAR**<br>COORDINADOR OPERATIVO | **PORCENTAJE DE DEDICACIÓN**<br>20% | **SALARIO**<br>**$ 1.082.333,33** |

Entre el empleador y el trabajador, personas vecinas y mayores de edad, identificadas como aparecen al pie de nuestras correspondientes firmas, acuerdan celebrar el presente Contrato Individual de Trabajo a Término Fijo, regido por las siguientes cláusulas:

**PRIMERA**: Lugar. El trabajador(a) desarrollará sus funciones en las dependencias o el lugar que la empresa determine. Dirección Vía Sirivana Yopal Casanare, adicional se tendrá en cuenta las salidas ocasionales a campo según los requerimientos de los contratistas, Cualquier modificación del lugar de trabajo, que signifique cambio de ciudad, se hará conforme al Código Sustantivo de Trabajo.

**SEGUNDA**: Funciones. El empleador contrata al trabajador(a) para desempeñarse como COORDINADOR OPERATIVO en la Sede; Calle 11 N 28 - 713 vía Sirivana, ejecutando labores como:

- Asistir al Director de Interventoría en la planeación, ejecución y seguimiento de las actividades operativas, técnicas y logísticas, garantizando el cumplimiento de los objetivos y metas establecidas en el contrato de interventoría del PAE.
- Programar, dirigir y hacer seguimiento a las visitas de verificación y control realizadas por los profesionales del equipo interventor en las instituciones educativas, bodegas y centros de acopio, asegurando la cobertura y oportunidad de las mismas.

- Verificar en terreno la adecuada prestación del servicio por parte del operador, incluyendo la calidad, cantidad, oportunidad y cumplimiento de los lineamientos técnicos del PAE y de las normas sanitarias vigentes.
- Coordinar el flujo de información operativa entre el equipo de interventoría, la entidad contratante y el operador, garantizando que los reportes de novedades, hallazgos y evidencias se registren y consoliden de manera oportuna y verificable.
- Asegurar que los procesos de recepción, almacenamiento, transporte, preparación y entrega de los alimentos cumplan con las disposiciones establecidas en la Resolución 2674 de 2013 y demás normas aplicables al PAE.
- Asignar tareas, zonas y responsabilidades a los supervisores y profesionales técnicos del equipo operativo, verificando el cumplimiento de cronogramas, rutas de atención y protocolos de seguimiento.
- Consolidar, revisar y analizar los informes diarios y semanales de campo, identificando hallazgos, desviaciones o riesgos en la operación, e informando de manera inmediata al Director de Interventoría para la toma de decisiones correctivas.
- Contribuir a la preparación de los informes mensuales, parciales y finales de la interventoría, aportando los resultados de las verificaciones en campo, análisis operativos y evidencias de cumplimiento.
- Verificar la implementación efectiva de las medidas preventivas y correctivas derivadas de los hallazgos operativos, asegurando su cierre y trazabilidad conforme a los procedimientos establecidos.
- Participar en reuniones, comités y mesas de trabajo convocadas por la entidad contratante o el operador del PAE, brindando soporte técnico y operativo sobre el desarrollo y resultados de la interventoría.

**TERCERA**: Elementos de trabajo: Corresponde al empleador suministrar los elementos necesarios para el normal desempeño de las funciones del cargo contratado.

**CUARTA**: Obligaciones del contratado: Es una obligación del trabajador(a), respecto de información contractualmente sujeta a reserva, así como frente a la información confidencial:

- Diligenciar Formatos, Actas, Minutas, cuando los servicios sean requeridos a Campo.

- Debe respetar el horario laboral.

* Portar y usar debidamente los elementos de protección personal suministrados por el empleador.

* Realizar personalmente la labor en los términos estipulados; observar los preceptos de este reglamento y acatar y cumplir las órdenes e instrucciones que de manera particular le imparta Unión Temporal Interventoría PAE Internados 2025 o sus representantes, según el orden jerárquico establecido.

* Dedicar la totalidad del tiempo reglamentario de trabajo al desempeño de las funciones que les han sido encomendadas.

* Usar los implementos y equipos de trabajo única y exclusivamente para labores de la Unión Temporal Interventoría PAE Internados 2025. Si se le provee un equipo de comunicación móvil, deberá usarlo en asuntos laborales, sin exceder el plan de consumo asignado.

* Guardar, reserva, sigilo y/o confidencialidad de la información del Empleador, Contratistas y Proveedores.

* La interventoría y el recurso humano que en ella se desempeñe no podrá divulgar, publicar o comunicar, directa o indirectamente, a terceros la información, documentos o fotografías relacionados con el objeto contractual, ni los procesos de verificación, seguimiento y control que se deriven del desarrollo de las actividades. Para estos efectos, toda información que se recabe durante lo ejecución del contrato. Se considerará importante y confidencial, por lo tanto, el hecho de divulgarla o transmitirlo. Podría lesionar los intereses públicos de lo Secretaría de Educación Departamental, así como los correspondientes derechos de autor. En este contexto.

* Abstenerse de efectuar un uso no autorizado o de conductas constitutivas de fuga de información o revelación a terceros.

* El trabajador se obliga a mantener la confidencialidad de la información que reciba antes o después de la firma de este acuerdo durante la duración de su relación laboral con el Empleador y por un periodo de cuatro (4) años contados a partir del momento en que termine su contrato laboral.

* Una vez se dé por terminado el presente contrato el empleado debe realizar la respectiva devolución de los EPP que cuente con los distintivos de la Unión Temporal Interventoría Internados PAE 2025 y botas que no superen el tiempo de desgaste normal requerido (12 meses), para dar disposición final a la misma.

**QUINTA**: Término del contrato. El presente contrato tendrá un término de duración de (2) meses, tendrá como fecha de inicio del 10 de octubre del 2025 y terminará el 10 de diciembre del 2025. Lapso en el cual cualquiera de las partes podrá dar por terminado el presente contrato en forma unilateral.

Además, se dará por terminación de contrato por las causales descritas en los artículos 61, 62, 63, 64 del código sustantivo del trabajo de Colombia.

**SEXTA**: JUSTAS CAUSAS PARA DESPEDIR: Son justas causas para dar por terminado unilateralmente el presente contrato por cualquiera de las partes, el incumplimiento a las obligaciones y prohibiciones que se expresan en los articulos 57 y siguientes del Código sustantivo del Trabajo.

* Al cumplir 3 llamados de atención y/o memorandos será causal de despido, según lo establecido en el Reglamento Interno de Trabajo, Higiene y de Seguridad de la empresa.

El estatuto de los trabajadores establece la obligación de todos los trabajadores de respetar y cumplir las medidas legales y reglamentarias y las instrucciones recibidas por la empresa en materia de seguridad y salud en el trabajo. En el articulo 55° Numeral F, constituye como FALTA GRAVE, presentarse en estado de embriaguez o bajo sustancias narcóticas y/o drogas enervantes, referido en nuestro reglamento interno de trabajo del mismo recoge los casos de incumplimiento grave y culpable del trabajador en los que se puede proceder al despido con justa causa de su contrato laboral.

En el articulo 64 del código sustantivo del trabajo que contiene dos comportamientos (numerales 4 y 6) relacionados con el daño a las herramientas, y que pueden ser causal de terminación del contrato de trabajo:

- *Todo daño material causado intencionalmente a los edificios, obras, maquinarias y materias primas, instrumentos y demás objetos relacionados con el trabajo, y toda grave negligencia que ponga en peligro la seguridad de las personas o de las cosas. Se le realizará descuento de los daños ocasionados.*

- *Cualquier violación grave de las obligaciones o prohibiciones especiales que incumben al trabajador de acuerdo con los articulos 58 y 60 del Código Sustantivo del Trabajo, o cualquier falta grave calificada como tal en pactos o convenciones colectivas, fallos arbitrales, contratos individuales o reglamentos.*

**SÉPTIMA**: Salario. El empleador cancelará al trabajador(a) un salario mensual de 1.082.333,33 pesos moneda legal corriente ($), pagaderos en el lugar de trabajo, el día 30 de cada mes. Dentro de este pago se encuentra incluida la remuneración de los descansos dominicales y festivos de que tratan los capítulos I y II del título VII del Código Sustantivo del Trabajo.

**OCTAVA:** Trabajo extra, en dominicales y festivos. El trabajo suplementario o en horas extras, así como el trabajo en domingo o festivo que correspondan a descanso, al igual que los nocturnos, será remunerado conforme al código laboral. Es de advertir que dicho trabajo debe ser autorizado u ordenado por el empleador para efectos de su reconocimiento. Cuando se presenten situaciones urgentes o inesperadas que requieran la necesidad de este trabajo suplementario, se deberá ejecutar y se dará cuenta de ello por escrito, en el menor tiempo posible al jefe inmediato, de lo contrario, las horas laboradas de manera suplementaria que no se autorizó o no se notificó no será reconocido.

**NOVENA**: Horario. El trabajador se obliga a laborar la jornada ordinaria en los turnos y dentro de las horas señaladas por el empleador, pudiendo hacer éste ajustes o cambios de horario cuando lo estime conveniente. Por el acuerdo expreso o tácito de las partes, podrán repartirse las horas jornada ordinaria de la forma prevista en el artículo 164 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado por el artículo 23 de la Ley 50 de 1990, teniendo en cuenta que los tiempos de descanso entre las secciones de la jornada no se computan dentro de la misma, según el artículo 167 ibídem. De igual manera se le tendrá en cuenta los días de permisos personales autorizados y no laborados por el trabajador para ser descontados en su respectiva nómina mensual, con sus prestaciones sociales, seguridad social del empleado. (Por día laborado según sea el caso).

**DECIMA**: Afiliación y pago a seguridad social. Es obligación de la empleadora afiliar al trabajador a la seguridad social como es salud, pensión y riesgos profesionales nivel I, y caja de compensación familiar; autorizando el trabajador el descuento en su salario, los valores que le corresponda aportan, en la proporción establecida por la ley.

**DECIMA PRIMERA:** Cambio de lugar de trabajo. El empleador acordara con el trabajador por mutuo acuerdo el cambio de lugar de trabajo; por razones eventuales de trabajos fuera de la empresa y no abra lugar a un nuevo contrato de trabajo, ya que desempeñara las mismas funciones con el salario acordado.

**DECIMA SEGUNDA**: Modificaciones. Cualquier modificación al presente contrato debe efectuarse por escrito y anexarse a este documento.

**DECIMA TERCERA**: Efectos. El presente contrato reemplaza y deja sin efecto cualquier otro contrato verbal o escrito, que se hubiera celebrado entre las partes con anterioridad y/o con otra empresa o persona natural.

Se firma por las partes, el día 10 del mes octubre de 2025.

**JHON JAIRO MARTINEZ SIERRA**
**C.C. 74.755.514**

**UNIÓN TEMPORAL INTERVENTORÍA PAE INTERNADOS 2025**
**R/L: SANDRA YINED LEON MORA**
**C.C.** 39.951.268de Villanueva – Casanare
**Celular: 3107612491**
**Dirección electrónica:** interventoriapaeinternados2025@gmail.com

REPUBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACION PERSONAL

CEDULA DE CIUDADANIA

74.755.514

MARTINEZ SIERRA

JHON JAIRO





25-DIC-1985

AGUAZUL,
CASANARE

1.80 A+ M

15 ENE-2004 AGUAZUL

porvenir
sólo hay uno

**SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A.**

En su condición de administradora del

**FONDO DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR**

NIT 800.144.331-3

## CERTIFICA QUE:

**JHON JAIRO MARTINEZ SIERRA,** identificado(a) con cédula de ciudadanía **74.755.514**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir.**

La presente certificación se expide el 27 de Octubre del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

**Tenga en cuenta:**

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.

ComfaCasanare
Construimos Sueños !!

Marque con una equis (x) y verifique instrucciones de diligenciamiento y causales de no aceptación al reverso
Inscripción del trabajador ☐ Modificación ☐
Traslado ☐
Reintegro por el mismo mes. SI ☐ NO ☐
Indique última fecha de retiro: ☐☐☐

SGS
CO06/0481

# Formato de Inscripción, de Trabajadores

FAPP006

## 1. DATOS DEL TRABAJADOR

| Tipo y número de identificación | Fecha de expedición | Sexo |
|---|---|---|
| CEDULA: 74755514 | 2004-01-15 | MASCULINO |

| Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre |
|---|---|---|---|
| MARTINEZ | SIERRA | JHON | JAIRO |

| Fecha de nacimiento | Teléfono | Dirección de residencia | Barrio |
|---|---|---|---|
| 1985-12-25 | 3156161334 | CLLE 18 - 24 - 35 | |

Correo Electrónico: jhonsierra@gmail.com

Estado civil: SOLTERO

| Ciudad | Fecha de ingreso a la empresa | Horas laborales | Cargo | Sueldo Básico |
|---|---|---|---|---|
| AGUAZUL | 2025-10-10 | 220 | COORDINADOR OPI | 1423500 |

| Tipo de contrato | Administra recursos públicos | Servidor público | Nivel de escolaridad | |
|---|---|---|---|---|
| FIJO | | | | PROFESIONAL UN |

| Profesión | Ocupación | |
|---|---|---|
| INGENIERO | SUPERVISORES DE OFICINA | |

| Orientación sexual | Vivienda | |
|---|---|---|
| HETEROSEXUAL | ARRENDADA | |

| Factor de vulnerabilidad | Pertenencia étnica |
|---|---|
| NO APLICA | NO SE AUTO RECONOCE EN NINGUNO DE LOS ANTER |

## 2. DATOS DE LA EMPRESA

| NOMBRE O RAZÓN SOCIAL | Teléfono |
|---|---|
| UNION TEMPORAL INTERVENTORIA PAE INTERNADOS 2025 | |

| NIT, CC O CE | DEPENDENCIA |
|---|---|
| 901991320 | |

## 3. DATOS DEL CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

| Tipo y número de identificación | Fecha de expedición | Sexo |
|---|---|---|
| | | |

| Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre |
|---|---|---|---|
| | | | |

| Fecha de nacimiento | EMPRESA DONDE TRABAJA O ACTIVIDAD ECONOMICA |
|---|---|
| | |

| Caja de compensación a las cual está afiliado(a) | Sueldo básico |
|---|---|
| | |

**Datos de la Solicitud Personales**

Yo, JHON JAIRO MARTINEZ JAIRO, identificado con cédula de ciudadanía No. 74755514,manifiesto mi de manera expresa, que AUTORIZO para el uso y tratamiento de mis datos personales en virtud de la función que le compete el tratamiento de los que fueren recolectados para las finalidades, así como para el envío de mensajes de correos de texto (SMS); de igual forma autorizó de manera irrevocable a la Caja a corroborar con cualquier persona, institución y entidad, la información relativa a mis referencias personales, comerciales, fiscales, judiciales, financieras y cualquier otro dato que a juicio de la organización sea pertinente para verificar y ampliar información por mí suministrada de acuerdo al manual de políticas y protección de datos establecido por la Caja de Compensación Familiar del Casanare COMFACASANARE de acuerdo a lo establecido en la ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013

FIRMA

**Declaro bajo la gravedad de juramento que todos los datos son exactos y consignados por quien firma.**

Firma del trabajador(a)
C.C. T.I. R.C o C.E. No 74755514

Firma y sello del empleador

OBSERVACIONES: FORMULARIO SIN BENEFICIARIOS

ComfaCasanare

Radicado: 2025-1[illegible]
Fecha: 2025-1[illegible]
Hora: 11:42:18
Destino: Afiliaciones
Empresa: UNION TEMPORAL INTERVENTORIA PAE INTERNADOS 2025

La información de este formato está sujeta a verificación

Utilice este formato exclusivamente para afiliación de trabajadores activos, cambio o no cuota libre de beneficiarios.

Hacienda

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS

## CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

## POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

## HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el Ramo de Riesgos Laborales se evidenció que, **JHON JAIRO MARTINEZ SIERRA** identificado con CC No **74755514,** registra la siguiente información.

| Datos del Empleador | Datos de la Relación Laboral |
|---|---|
| **UNION TEMPORAL INTERVENTORIA PAE INTERNADOS 2025 – NIT 901991320-1** | **Fecha de inicio de cobertura:** 23/10/2025<br>**Estado Afiliación:** ACTIVO<br>**Tipo Vinculación:** TRABAJADOR DEPENDIENTE<br>**Clase de Riesgo: 1** |

Esta certificación se expide en la ciudad de ciudad de Bogotá D.C. a los 23 días del mes de octubre de 2025.

Cordialmente,

**GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES**
**POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.**

EPS Sanitas

# FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Fecha de Radicado: 1 0 1 0 2 0 2 5

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

## I. DATOS DEL TRÁMITE

| 1. Tipo de Trámite | 2. Tipo de Afiliación | 3. Régimen | 4. Contribución solidaria |
|---|---|---|---|
| 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 | Si No |

| 5. Tipo de Afiliado | 6. Tipo de Cotizante | 7. Código |
|---|---|---|
| A. Cotizante X B. Cabeza de Familia C. Beneficiario D. Afiliado adicional | A. Dependiente X B. Independiente C. Pensionado | (a registrar por la EPS) |

## II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional)

8. Apellidos y nombres

| Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre |
|---|---|---|---|
| MARTINEZ | SIERRA | JHON | JAIRO |

| 9. Tipo de documento de identidad | 10. Número del documento de identidad | 11. Sexo biológico | 12. Sexo identificación | Cuál | 13. Nacionalidad |
|---|---|---|---|---|---|
| CC | 74755514 | Femenino Masculino X | F M X T NB Otro | | COLOMBIA |

| 14. Lugar de nacimiento | País | Departamento | Municipio | 15. Fecha de nacimiento |
|---|---|---|---|---|
| | COLOMBIA | CASANARE | AGUAZUL | |

## III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos Personales

| 16. Etnia | 17. Comunidad | 18. Discapacidad | Categoría de discapacidad | 19. Tiene encuesta SISBÉN | 20. Clasificación SISBÉN | 21. Grupo de población especial |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Si No | | Si No | Nivel Grupo | |

| 22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL | 23. Administradora de Pensiones | 24. Ingreso base de cotización - IBC | 25. Tarifa Contribución Solidaria |
|---|---|---|---|
| | | $1.451.970 | |

| 26. Residencia Dirección | Teléfono Fijo |
|---|---|
| CARRERA 28 7 15 | |

| Teléfono Celular | Correo Electrónico |
|---|---|
| 3209399461 | jhonjairomartinez@gmail.com |

| Departamento | Municipio / Distrito | Localidad / Comuna | Zona |
|---|---|---|---|
| CASANARE | AGUAZUL | | Cabecera Municipal X Rural Disperso Centro Poblado Resto Rural |

## IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

A. AFILIACIÓN

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

27. Apellidos y nombres

| Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre |
|---|---|---|---|
| | | | |

| 28. Tipo de documento de identidad | 29. Número del documento de identidad | 30. Sexo biológico | 31. Sexo identificación | Cuál | 32. Nacionalidad |
|---|---|---|---|---|---|
| | | Femenino Masculino | F M T NB Otro | | |

| 33. Lugar de nacimiento | País | Departamento | Municipio | 34. Fecha de nacimiento |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |

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

35. Apellidos y nombres

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

| | 36. Tipo de documento de identidad | 37. Número del documento de identidad | 38. Nacionalidad | 39. Sexo biológico | 40. Sexo identificación | 41. Lugar de nacimiento | 42. Fecha de nacimiento |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| B1 | | | | Femenino Masculino | F M T NB Otro Cuál | País Departamento Municipio | |
| B2 | | | | Femenino Masculino | F M T NB Otro Cuál | País Departamento Municipio | |
| B3 | | | | Femenino Masculino | F M T NB Otro Cuál | País Departamento Municipio | |
| B4 | | | | Femenino Masculino | F M T NB Otro Cuál | País Departamento Municipio | |
| B5 | | | | Femenino Masculino | F M T NB Otro Cuál | País Departamento Municipio | |

Datos complementarios del Beneficiario

| | 43. Parentesco | 44. Etnia | 45. Comunidad | 46. Grupo de población especial | 47. Tiene encuesta SISBÉN | 48. Clasificación SISBÉN | 49. Discapacidad | 50. Incapacidad permanente |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| B1 | | | | | Si No | Nivel Grupo | Si No Categoría de discapacidad | Si No |
| B2 | | | | | Si No | Nivel Grupo | Si No Categoría de discapacidad | Si No |
| B3 | | | | | Si No | Nivel Grupo | Si No Categoría de discapacidad | Si No |
| B4 | | | | | Si No | Nivel Grupo | Si No Categoría de discapacidad | Si No |
| B5 | | | | | Si No | Nivel Grupo | Si No Categoría de discapacidad | Si No |

51. Datos de residencia

| | Departamento | Municipio / Distrito | Zona | Teléfono fijo y/o celular | 52. Valor de la UPC del adicional (a registrar por la EPS) |
|---|---|---|---|---|---|
| B1 | | | Cabecera Municipal Centro Poblado Rural Disperso Resto Rural | | |
| B2 | | | Cabecera Municipal Centro Poblado Rural Disperso Resto Rural | | |
| B3 | | | Cabecera Municipal Centro Poblado Rural Disperso Resto Rural | | |
| B4 | | | Cabecera Municipal Centro Poblado Rural Disperso Resto Rural | | |
| B5 | | | Cabecera Municipal Centro Poblado Rural Disperso Resto Rural | | |

| | Dirección | Localidad / Comuna | Correo Electrónico |
|---|---|---|---|
| B1 | | | |
| B2 | | | |
| B3 | | | |
| B4 | | | |
| B5 | | | |

RADO

| 53. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS | | | 54. Código de la IPS (a registrar por la EPS) |
|---|---|---|---|
| C | | IPS AGUAZUL | |
| B1 | | | |
| B2 | | | |
| B3 | | | |
| B4 | | | |
| B5 | | | |

## V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL APORTANTE, DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA O RESPONSABLES DEL PAGO

| 55. Nombre o razón social | 56. Tipo documento de identificación | 57. Número del documento de identificación | 58. Tipo de aportante o pagador de Pensiones (a registrar por la EPS) |
|---|---|---|---|
| UNION TEMPORAL INTERVENTORIA PAE INTERNADOS 2025 | NIT | 901991320 | |

**59. Ubicación**

Dirección: CL 14 09 74

Teléfono fijo o Celular: 3107612491

Correo Electrónico: interventoriapaeinternados2025@gmail.com

Departamento: CASANARE

Municipio / Distrito: YOPAL

**60. Tipo de Novedad**

- [ ] 1. Modificación de datos básicos de identificación.
- [ ] 2. Corrección de datos básicos de identificación.
- [ ] 3. Actualización del documento de identificación.
- [ ] 4. Actualización y 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.
- [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. Inscripción EPS retorno al país.
- [ ] 12. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [ ] 13. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [ ] 14. Movilidad: [ ] A. Régimen Contributivo [ ] B. Régimen Subsidiado
- [ ] 15. Traslado: [ ] A. Mismo Régimen [ ] B. Diferente Régimen
- [ ] 16. Reporte de fallecimiento del Cotizante o Cabeza de familia
- [ ] 17. Reporte del trámite de protección al cesante.
- [ ] 18. Reporte de la calidad de Pre- pensionado.
- [ ] 19. Reporte de la calidad de Pensionado.
- [ ] 20. Ingreso a Contribución Solidaria.
- [ ] 21. Retiro de Contribución Solidaria.

## VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

**61. Datos básicos de identificación**

Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre

| Tipo de documento de identidad | Número del documento de identidad | 62. Sexo biológico (Femenino / Masculino) | 63. Sexo identificación (F / M / T / NB / Otro / Cuál) | 64. Fecha de nacimiento |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |

| 65. EPS anterior | 66. Fecha de novedad | 67. Motivo de traslado | 68. Caja de compensación Familiar o pagador de pensiones |
|---|---|---|---|
| | 10/10/2025 | Código | |

## VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- [ ] 69. Declaraciones de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- [ ] 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.
- [ ] 72. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
- [x] 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 vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.
- [x] 75. Autorización para que la EPS consulte 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. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.
- [ ] 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 se hará cargo del pago de la Contribución Solidaria**

Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre | Tipo de documento de identidad | No. del documento de identidad

## IX. FIRMAS

| 80. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional | 81. Aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de Oficio |
|---|---|
| Martinez Siana Jhon Jonyo | Sandra Leon |

## X. ANEXOS

- [ ] 82. Anexo copia del documento de identidad. Cantidad de documentos de identidad anexos: CN RC TI CC CE PA CD SC PT
- [ ] 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 decrete 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 la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

Total Anexos

## XI. DATOS DE LA ENTIDAD TERRITORIAL Y/O INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL

| 92. Identificación de la Entidad Territorial (Código del municipio / Código del departamento) | 93. Nombre de la Institución |
|---|---|
| | |

## XII. DATOS DEL FUNCIONARIO DE LA ENTIDAD TERRITORIAL O DE LA INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL

**94. Apellidos y nombres**

Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre

| Tipo de documento de identidad | Número del documento de identidad | 95. Firma del funcionario | 96. Fecha de radicación | 97. Fecha de validación |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |

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.

| Doc. identificación y nombre del Ejecutivo Comercial | Sello de Radicación | Sticker procesamiento |
|---|---|---|
| | | |

D. REPORTE DE NOVEDADES

# CONTRATO LABORAL
# COORDINADOR DE CALIDAD

Calle 14 N° 9-74 - Yopal - Casanare • Celular **310 761 2491- 314 442 5425**
Correo: alianzaterra3@gmail.com

| CONTRATO LABORAL: UT – PAE – 004 – 2025 | | |
|---|---|---|
| **NOMBRE DEL EMPLEADOR**<br>UNIÓN TEMPORAL INTERVENTORIA PAE INTERNADOS 2025 | **NIT DEL EMPLEADOR**<br>901.991.320-1 | **DIRECCIÓN DEL EMPLEADOR**<br>Calle 11 # 28 – 713 |
| **NOMBRE DEL EMPLEADO**<br>LOBSANG ORION VALBUENA CARRILLO | | **NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN**<br>1.083.879.824 |
| **CARGO A DESEMPEÑAR**<br>COORDINADOR DE CALIDAD | **PORCENTAJE DE DEDICACIÓN**<br>20% | **SALARIO**<br>**$ 1.082.333,33** |

Entre el empleador y el trabajador, personas vecinas y mayores de edad, identificadas como aparecen al pie de nuestras correspondientes firmas, acuerdan celebrar el presente Contrato Individual de Trabajo a Término Fijo, regido por las siguientes cláusulas:

**PRIMERA**: Lugar. El trabajador(a) desarrollará sus funciones en las dependencias o el lugar que la empresa determine. Dirección Vía Sirivana Yopal Casanare, adicional se tendrá en cuenta las salidas ocasionales a campo según los requerimientos de los contratistas, Cualquier modificación del lugar de trabajo, que signifique cambio de ciudad, se hará conforme al Código Sustantivo de Trabajo.

**SEGUNDA**: Funciones. El empleador contrata al trabajador(a) para desempeñarse como COORDINADOR DE CALIDAD en la Sede; Calle 11 N 28 - 713 vía Sirivana, ejecutando labores como:

- Gestión del sistema de calidad: Diseñar, implementar y mantener el sistema de gestión de calidad de la interventoría, garantizando que los procesos, procedimientos y controles se desarrollen conforme a los lineamientos técnicos del PAE y las normas sanitarias y de inocuidad alimentaria vigentes.
- Supervisión del cumplimiento normativo: Verificar que el operador del PAE cumpla con la normatividad aplicable en materia de calidad, inocuidad, manipulación, transporte, almacenamiento y distribución de alimentos,

conforme a la Resolución 2674 de 2013 y demás disposiciones del INVIMA y del Ministerio de Salud.

- Control y aseguramiento de la calidad del servicio: Coordinar y realizar el seguimiento a los procesos de recepción, preparación y entrega de los alimentos, asegurando el cumplimiento de las especificaciones técnicas, condiciones higiénico-sanitarias y estándares definidos por el programa.
- Monitoreo de procesos y procedimientos: Establecer y aplicar mecanismos de control y verificación continua para garantizar la trazabilidad y conformidad de los alimentos y procesos asociados a la ejecución del PAE.
- Gestión de no conformidades y acciones correctivas: Identificar, registrar y analizar las no conformidades detectadas durante la ejecución del programa, proponiendo acciones preventivas y correctivas, y verificando su implementación y efectividad.
- Capacitación y fortalecimiento técnico: Diseñar y ejecutar planes de capacitación dirigidos al equipo interventor, orientados al fortalecimiento de las competencias en control de calidad, manipulación higiénica de alimentos y cumplimiento de normas de seguridad alimentaria.
- Coordinación con autoridades sanitarias: Articular acciones con las secretarías de salud, INVIMA y demás entidades competentes para la atención y seguimiento de alertas sanitarias, retiros de productos, decomisos o situaciones que afecten la calidad o inocuidad de los alimentos.
- Auditorías internas y seguimiento técnico: Planificar y realizar auditorías internas al sistema de gestión de calidad de la interventoría, verificando la aplicación de protocolos, registros y procedimientos técnicos establecidos.
- Análisis de resultados y mejora continua: Evaluar los indicadores de calidad, consolidar resultados de control sanitario y proponer estrategias de mejora continua que optimicen la gestión de la interventoría y la prestación del servicio del PAE.
- Elaboración de informes técnicos: Elaborar informes periódicos de calidad e inocuidad, detallando hallazgos, análisis de riesgo, cumplimiento normativo y resultados de las acciones correctivas, para su incorporación en los informes de interventoría a la entidad contratante.

**TERCERA**: Elementos de trabajo: Corresponde al empleador suministrar los elementos necesarios para el normal desempeño de las funciones del cargo contratado.

**CUARTA**: Obligaciones del contratado: Es una obligación del trabajador(a), respecto de información contractualmente sujeta a reserva, así como frente a la información confidencial:

* Diligenciar Formatos, Actas, Minutas, cuando los servicios sean requeridos a Campo.

* Debe respetar el horario laboral.

* Portar y usar debidamente los elementos de protección personal suministrados por el empleador.

* Realizar personalmente la labor en los términos estipulados; observar los preceptos de este reglamento y acatar y cumplir las órdenes e instrucciones que de manera particular le imparta Unión Temporal Interventoría PAE Internados 2025 o sus representantes, según el orden jerárquico establecido.

* Dedicar la totalidad del tiempo reglamentario de trabajo al desempeño de las funciones que les han sido encomendadas.

* Usar los implementos y equipos de trabajo única y exclusivamente para labores de la Unión Temporal Interventoría PAE Internados 2025. Si se le provee un equipo de comunicación móvil, deberá usarlo en asuntos laborales, sin exceder el plan de consumo asignado.

* Guardar, reserva, sigilo y/o confidencialidad de la información del Empleador, Contratistas y Proveedores.

* La interventoría y el recurso humano que en ella se desempeñe no podrá divulgar, publicar o comunicar, directa o indirectamente, a terceros la información, documentos o fotografías relacionados con el objeto contractual, ni los procesos de verificación, seguimiento y control que se deriven del desarrollo de las actividades. Para estos efectos, toda información que se recabe durante lo ejecución del contrato. Se considerará importante y confidencial, por lo tanto, el hecho de divulgarla o transmitirlo. Podría lesionar los intereses públicos de lo Secretaría de Educación Departamental, así como los correspondientes derechos de autor. En este contexto.

* Abstenerse de efectuar un uso no autorizado o de conductas constitutivas de fuga de información o revelación a terceros.

* El trabajador se obliga a mantener la confidencialidad de la información que reciba antes o después de la firma de este acuerdo durante la duración de su relación laboral con el Empleador y por un período de cuatro (4) años contados a partir del momento en que termine su contrato laboral.

- Una vez se dé por terminado el presente contrato el empleado debe realizar la respectiva devolución de los EPP que cuente con los distintivos de la Unión Temporal Interventoria PAE Internados 2025 y botas que no superen el tiempo de desgaste normal requerido (12 meses), para dar disposición final a la misma.

**QUINTA**: Término del contrato. El presente contrato tendrá un término de duración de (2) meses, tendrá como fecha de inicio del 10 de octubre del 2025 y terminará el 10 de diciembre del 2025. Lapso en el cual cualquiera de las partes podrá dar por terminado el presente contrato en forma unilateral.

Además, se dará por terminación de contrato por las causales descritas en los artículos 61, 62, 63, 64 del código sustantivo del trabajo de Colombia.

**SEXTA**: JUSTAS CAUSAS PARA DESPEDIR: Son justas causas para dar por terminado unilateralmente el presente contrato por cualquiera de las partes, el incumplimiento a las obligaciones y prohibiciones que se expresan en los artículos 57 y siguientes del Código sustantivo del Trabajo.

* Al cumplir 3 llamados de atención y/o memorandos será causal de despido, según lo establecido en el Reglamento Interno de Trabajo, Higiene y de Seguridad de la empresa.

El estatuto de los trabajadores establece la obligación de todos los trabajadores de respetar y cumplir las medidas legales y reglamentarias y las instrucciones recibidas por la empresa en materia de seguridad y salud en el trabajo. En el artículo 55° Numeral F, constituye como FALTA GRAVE, presentarse en estado de embriaguez o bajo sustancias narcóticas y/o drogas enervantes, referido en nuestro reglamento interno de trabajo del mismo recoge los casos de incumplimiento grave y culpable del trabajador en los que se puede proceder al despido con justa causa de su contrato laboral.

En el artículo 64 del código sustantivo del trabajo que contiene dos comportamientos (numerales 4 y 6) relacionados con el daño a las herramientas, y que pueden ser causal de terminación del contrato de trabajo:

- *Todo daño material causado intencionalmente a los edificios, obras, maquinarias y materias primas, instrumentos y demás objetos relacionados con el trabajo, y toda grave negligencia que ponga en peligro la seguridad de las personas o de las cosas. Se le realizará descuento de los daños ocasionados.*

* *Cualquier violación grave de las obligaciones o prohibiciones especiales que incumben al trabajador de acuerdo con los artículos 58 y 60 del Código Sustantivo del Trabajo, o cualquier falta grave calificada como tal en pactos o convenciones colectivas, fallos arbitrales, contratos individuales o reglamentos.*

**SÉPTIMA**: Salario. El empleador cancelará al trabajador(a) un salario mensual de 1.082.333,33 pesos moneda legal corriente ($), pagaderos en el lugar de trabajo, el dia 30 de cada mes. Dentro de este pago se encuentra incluida la remuneración de los descansos dominicales y festivos de que tratan los capítulos I y II del título VII del Código Sustantivo del Trabajo.

**OCTAVA:** Trabajo extra, en dominicales y festivos. El trabajo suplementario o en horas extras, así como el trabajo en domingo o festivo que correspondan a descanso, al igual que los nocturnos, será remunerado conforme al código laboral. Es de advertir que dicho trabajo debe ser autorizado u ordenado por el empleador para efectos de su reconocimiento. Cuando se presenten situaciones urgentes o inesperadas que requieran la necesidad de este trabajo suplementario, se deberá ejecutar y se dará cuenta de ello por escrito, en el menor tiempo posible al jefe inmediato, de lo contrario, las horas laboradas de manera suplementaria que no se autorizó o no se notificó no será reconocido.

**NOVENA**: Horario. El trabajador se obliga a laborar la jornada ordinaria en los turnos y dentro de las horas señaladas por el empleador, pudiendo hacer éste ajustes o cambios de horario cuando lo estime conveniente. Por el acuerdo expreso o tácito de las partes, podrán repartirse las horas jornada ordinaria de la forma prevista en el artículo 164 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado por el artículo 23 de la Ley 50 de 1990, teniendo en cuenta que los tiempos de descanso entre las secciones de la jornada no se computan dentro de la misma, según el artículo 167 ibidem. De igual manera se le tendrá en cuenta los días de permisos personales autorizados y no laborados por el trabajador para ser descontados en su respectiva nómina mensual, con sus prestaciones sociales, seguridad social del empleado. (Por día laborado según sea el caso).

**DECIMA**: Afiliación y pago a seguridad social. Es obligación de la empleadora afiliar al trabajador a la seguridad social como es salud, pensión y riesgos profesionales nivel I, y caja de compensación familiar; autorizando el trabajador el descuento en su salario, los valores que le corresponda aportan, en la proporción establecida por la ley.

**DECIMA PRIMERA:** Cambio de lugar de trabajo. El empleador acordara con el trabajador por mutuo acuerdo el cambio de lugar de trabajo; por razones eventuales de trabajos fuera de la empresa y no abra lugar a un nuevo contrato de trabajo, ya que desempeñara las mismas funciones con el salario acordado.

**DECIMA SEGUNDA**: Modificaciones. Cualquier modificación al presente contrato debe efectuarse por escrito y anexarse a este documento.

**DECIMA TERCERA**: Efectos. El presente contrato reemplaza y deja sin efecto cualquier otro contrato verbal o escrito, que se hubiera celebrado entre las partes con anterioridad y/o con otra empresa o persona natural.

Se firma por las partes, el día 10 del mes octubre de 2025.

**LOBSANG ORION VALBUENA CARRILLO**
**C.C. 1.083.879.824**

**UNIÓN TEMPORAL INTERVENTORÍA PAE INTERNADOS 2025**
**R/L: SANDRA YINED LEON MORA**
**C.C.** 39.751.268 de Villanueva – Casanare
**Celular: 3107612491**
**Dirección electrónica:** interventoriapaeinternados2025@gmail.com


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 1.083.879.824
VALBUENA CARRILLO
APELLIDOS
LOBSANG ORION
NOMBRES


FECHA DE NACIMIENTO 12-FEB-1989
PITALITO
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.67
ESTATURA
A+
G.S. RH
M
SEXO
09-MAR-2007 PITALITO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
INDICE DERECHO


REPÚBLICA DE COLOMBIA
FUERZAS MILITARES
Tarjeta Reservista Segunda Clase
NÚMERO 1083879824
APELLIDOS Y NOMBRES
VALBUENA CARRILLO
LOBSANG ORION
PERTENECE AL EJERCITO DE
1ª LÍNEA
31 - DIC
2019
2ª LÍNEA
31 - DIC
2029
3ª LÍNEA
31 - DIC
2039
PROFESIÓN BACHILLER
FECHA DE EXP: 07-JUN-2007

Hacienda

POSITIVA
COMPAÑÍA DE SEGUROS

## CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

## POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

## HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el Ramo de Riesgos Laborales se evidenció que, **LOBSANG ORION VALBUENA CARRILLO** identificado con CC No **1083879824,** registra la siguiente información.

| Datos del Empleador | Datos de la Relación Laboral |
|---|---|
| **UNION TEMPORAL INTERVENTORIA PAE INTERNADOS 2025 – NIT 901991320-1** | **Fecha de inicio de cobertura:** 23/10/2025<br>**Estado Afiliación:** ACTIVO<br>**Tipo Vinculación:** TRABAJADOR DEPENDIENTE<br>**Clase de Riesgo: 1** |

Esta certificación se expide en la ciudad de ciudad de Bogotá D.C. a los 23 días del mes de octubre de 2025.

Cordialmente,

**GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES**
**POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.**

EPS Sanitas

# FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Fecha de Radicado: 10 10 2025

NIT 830.251.969-4

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

## I. DATOS DEL TRÁMITE

| 1. Tipo de Trámite | 2. Tipo de Afiliación | 3. Régimen | 4. Contribución solidaria |
|---|---|---|---|
| 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 | Si No |

| 5. Tipo de Afiliado | 6. Tipo de Cotizante | 7. Código |
|---|---|---|
| A. Cotizante X B. Cabeza de Familia C. Beneficiario D. Afiliado adicional | A. Dependiente X B. Independiente C. Pensionado | (a registrar por la EPS) |

## II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional)

| 8. Apellidos y nombres | | | |
|---|---|---|---|
| Primer Apellido: VALBUENA | Segundo Apellido: CARRILLO | Primer Nombre: LOBSANG | Segundo Nombre: ORION |

| 9. Tipo de documento de identidad | 10. Número del documento de identidad | 11. Sexo biológico | 12. Sexo identificación | 13. Nacionalidad |
|---|---|---|---|---|
| CC | 1083879824 | Femenino Masculino | F M X T NB Otro Cual | COLOMBIA |

| 14. Lugar de nacimiento | País | Departamento | Municipio | 15. Fecha de nacimiento |
|---|---|---|---|---|
| | COLOMBIA | HUILA | PITALITO | |

## III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos Personales

| 16. Etnia | 17. Comunidad | 18. Discapacidad | 19. Tiene encuesta SISBÉN | 20. Clasificación SISBÉN | 21. Grupo de población especial |
|---|---|---|---|---|---|
| | | Si No Categoría de discapacidad | Si No | Nivel Grupo | |

| 22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL | 23. Administradora de Pensiones | 24. Ingreso base de cotización - IBC | 25. Tarifa Contribución Solidaria |
|---|---|---|---|
| | | $1.451.970 | |

| 26. Residencia Dirección | Teléfono Fijo |
|---|---|
| CALLE 10 12 42 | |

| Teléfono Celular | Correo Electrónico |
|---|---|
| 3115182478 | lobsang@hotmail.com |

| Departamento | Municipio / Distrito | Localidad / Comuna | Zona |
|---|---|---|---|
| HUILA | PITALITO | | Cabecera Municipal X Rural Disperso Centro Poblado Resto Rural |

## IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

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

| 27. Apellidos y nombres | | | |
|---|---|---|---|
| Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre |
| | | | |

| 28. Tipo de documento de identidad | 29. Número del documento de identidad | 30. Sexo biológico | 31. Sexo identificación | 32. Nacionalidad |
|---|---|---|---|---|
| | | Femenino Masculino | F M T NB Otro Cual | |

| 33. Lugar de nacimiento | País | Departamento | Municipio | 34. Fecha de nacimiento |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |

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

| 35. Apellidos y nombres | Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre |
|---|---|---|---|---|
| B1 | | | | |
| B2 | | | | |
| B3 | | | | |
| B4 | | | | |
| B5 | | | | |

| | 36. Tipo de documento de identidad | 37. Número del documento de identidad | 38. Nacionalidad | 39. Sexo biológico | 40. Sexo identificación | 41. Lugar de nacimiento | 42. Fecha de nacimiento |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| B1 | | | | Femenino Masculino | F M T NB Otro Cual | País Departamento Municipio | |
| B2 | | | | Femenino Masculino | F M T NB Otro Cual | País Departamento Municipio | |
| B3 | | | | Femenino Masculino | F M T NB Otro Cual | País Departamento Municipio | |
| B4 | | | | Femenino Masculino | F M T NB Otro Cual | País Departamento Municipio | |
| B5 | | | | Femenino Masculino | F M T NB Otro Cual | País Departamento Municipio | |

Datos complementarios del Beneficiario

| | 43. Parentesco | 44. Etnia | 45. Comunidad | 46. Grupo de población especial | 47. Tiene encuesta SISBÉN | 48. Clasificación SISBÉN | 49. Discapacidad | 50. Incapacidad permanente |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| B1 | | | | | Si No | Nivel Grupo | Si No Categoría de discapacidad | Si No |
| B2 | | | | | Si No | Nivel Grupo | Si No Categoría de discapacidad | Si No |
| B3 | | | | | Si No | Nivel Grupo | Si No Categoría de discapacidad | Si No |
| B4 | | | | | Si No | Nivel Grupo | Si No Categoría de discapacidad | Si No |
| B5 | | | | | Si No | Nivel Grupo | Si No Categoría de discapacidad | Si No |

51. Datos de residencia

| | Departamento | Municipio / Distrito | para | Teléfono fijo y/o celular | 52. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS) |
|---|---|---|---|---|---|
| B1 | | | Cabecera Municipal Centro Poblado Rural Disperso Resto Rural | | |
| B2 | | | Cabecera Municipal Centro Poblado Rural Disperso Resto Rural | | |
| B3 | | | Cabecera Municipal Centro Poblado Rural Disperso Resto Rural | | |
| B4 | | | Cabecera Municipal Centro Poblado Rural Disperso Resto Rural | | |
| B5 | | | Cabecera Municipal Centro Poblado Rural Disperso Resto Rural | | |

| | Dirección | Localidad / Comuna | Correo Electrónico |
|---|---|---|---|
| B1 | | | |
| B2 | | | |
| B3 | | | |
| B4 | | | |
| B5 | | | |

A. AFILIACIÓN

B. REPORTE DE NOVEDADES

| | | 53. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS | 54. Código de la IPS (a registrar por la EPS) |
|---|---|---|---|
| G | | IPS PITALITO | |
| B1 | | | |
| B2 | | | |
| B3 | | | |
| B4 | | | |
| B5 | | | |

**V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL APORTANTE, DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA O RESPONSABLES DEL PAGO**

| 55. Nombre o razón social | 56. Tipo documento de identificación | 57. Número del documento de identificación | 58. Tipo de aportante o pagador de Pensiones (a registrar por la EPS) |
|---|---|---|---|
| UNION TEMPORAL INTERVENTORIA PAE INTERNADOS 2025 | NIT | 901991320 | |

59. Ubicación
Dirección: CL 14 09 74
Teléfono fijo o Celular: 3107612491
Correo Electrónico: interventoriapaeinternados2025@gmail.com
Departamento: CASANARE
Municipio / Distrito: YOPAL

60. Tipo de Novedad

- [ ] 1. Modificación de datos básicos de identificación.
- [ ] 2. Corrección de datos básicos de identificación.
- [ ] 3. Actualización del documento de identificación.
- [ ] 4. Actualización y 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.
- [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. Inscripción EPS retorno al país.
- [ ] 12. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [ ] 13. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [ ] 14. Movilidad: [ ] A. Régimen Contributivo [ ] B. Régimen Subsidiado
- [ ] 15. Traslado: [ ] A. Mismo Régimen [ ] B. Diferente Régimen
- [ ] 16. Reporte de fallecimiento del Cotizante o Cabeza de familia.
- [ ] 17. Reporte del trámite de protección al cesante.
- [ ] 18. Reporte de la calidad de Pre- pensionado.
- [ ] 19. Reporte de la calidad de Pensionado.
- [ ] 20. Ingreso a Contribución Solidaria.
- [ ] 21. Retiro de Contribución Solidaria.

**VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD**

61. Datos básicos de identificación
Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre

| Tipo de documento de identidad | Número del documento de identidad | 62. Sexo biológico (Femenino / Masculino) | 63. Sexo identificación (F M T NB Otro / Cuál) | 64. Fecha de nacimiento |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |

| 65. EPS anterior | 66. Fecha de novedad | 67. Motivo de traslado | 68. Caja de compensación Familiar o pagador de pensiones |
|---|---|---|---|
| | 1 0 1 0 2 0 2 5 | Código | |

**VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES**

- [ ] 69. Declaraciones de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- [ ] 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.
- [ ] 72. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
- [x] 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 vigente y a las entidades públicas que por sus funciones lo requieran.
- [x] 75. 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.
- [x] 76. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.
- [ ] 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 los 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 se hará cargo del pago de la Contribución Solidaria
Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre | Tipo de documento de identidad | No. del documento de identidad

**IX. FIRMAS**

| 80. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional | 81. Aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de Oficio |
|---|---|
| Valbuena Camilo Lobsang Orion | Sandra Leon |

**X. ANEXOS**

- [ ] 82. Anexo copia del documento de identidad. Cantidad de documentos de identidad anexos: CN RC TI CC CE PA CD SC PT
- [ ] 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 la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

Total Anexos

**XI. DATOS DE LA ENTIDAD TERRITORIAL Y/O INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL**

| 92. Identificación de la Entidad Territorial (Código del municipio / Código del departamento) | 93. Nombre de la Institución |
|---|---|
| | |

**XII. DATOS DEL FUNCIONARIO DE LA ENTIDAD TERRITORIAL O DE LA INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL**

94. Apellidos y nombres
Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre

| Tipo de documento de identidad | Número del documento de identidad | 95. Firma del funcionario | 96. Fecha de radicación | 97. Fecha de validación |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |

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.

| Doc. identificación y nombre del Ejecutivo Comercial | Sello de Radicación | Sticker procesamiento |
|---|---|---|
| | | |

porvenir
sólo hay uno

**SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A.**

En su condición de administradora del

**FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

NIT 800.224.808-8

## CERTIFICA QUE:

**LOBSANG ORION VALBUENA CARRILLO,** identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.083.879.824**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir.**

La presente certificación se expide el 27 de Octubre del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

**Tenga en cuenta:**

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.

ComfaCasanare
Construimos Sueños

Marque con una equis (x) y verifique instrucciones de diligenciamiento y causales de no aceptación al reverso
Reposición del trabajador ☐ Modificación ☐
Traslado ☐
Reintegro en el mismo cargo SI ☐ NO ☐
Indique última fecha de retiro: ___/___/___

SGS
COSO-2804

# Formato de Inscripción, de Trabajadores

FAPP006

## 1. DATOS DEL TRABAJADOR

| | | | |
|---|---|---|---|
| Tipo y número de identificación: CEDULA: 1083879824 | Fecha de expedición: 2007-03-09 | Sexo: MASCULINO | |
| Primer Apellido: VALBUENA | Segundo Apellido: CARRILLO | Primer Nombre: LOBSANG | Segundo Nombre: ORION |
| Fecha de nacimiento: 1989-02-12 | Teléfono: 3107612491 | Dirección de residencia: CLLE 11 # 28 - 713 | Barrio: |
| Correo Electrónico: carrillolobsang@gmail.com | | | |
| Estado civil: SOLTERO | | | |
| Ciudad: YOPAL | Fecha de ingreso a la empresa: 2025-10-10 | Horas laborales: 220 | Cargo: COORDINADOR DE | Sueldo Básico: 1423500 |
| Tipo de contrato: FIJO | Administra recursos públicos: | Servidor público: | Nivel de escolaridad: PROFESIONAL UN | |
| Profesión: CONTROL CALIDAD DE ALIMI | Ocupación: SUPERVISORES DE OFICINA | | | |
| Orientación sexual: HETEROSEXUAL | Vivienda: ARRENDADA | | | |
| Factor de vulnerabilidad: NO APLICA | Pertenencia étnica: NO SE AUTO RECONOCE EN NINGUNO DE LOS ANTER | | | |

## 2. DATOS DE LA EMPRESA

| | | |
|---|---|---|
| NOMBRE O RAZÓN SOCIAL: UNION TEMPORAL INTERVENTORIA PAE INTERNADOS 2025 | | Teléfono: |
| NIT, CC O CE: 901991320 | DEPENDENCIA: | |

## 3. DATOS DEL CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| Tipo y número de identificación: | Fecha de expedición: | Sexo: | |
| Primer Apellido: | Segundo Apellido: | Primer Nombre: | Segundo Nombre: |
| Fecha de nacimiento: | EMPRESA DONDE TRABAJA O ACTIVIDAD ECONOMICA: | | |
| Caja de compensación a la cual está afiliado(a): | Sueldo básico: | | |

**Datos Personales de la Solicitud**

Yo, LOBSANG ORION VALBUENA ORION, identificado con cédula de ciudadanía No. 1083879824,manifiesto así de manera expresa, que AUTORIZO para el uso y tratamiento de mis datos personales en virtud de la función que le compete el tratamiento de los que fueren recolectados para los finalidades, así como para el envío de mensajes de correos de texto (SMS); de igual forma autorizo de manera irrevocable a la Caja a corroborar con cualquier persona, institución y autoridad, la información relativa a mis referencias personales, comerciales, fiscales, judiciales, financieras y cualquier otro dato que a juicio de la organización sea pertinentes para verificar y ampliar información por mi suministrada de acuerdo al manual de políticas y protección de datos establecido por la Caja de Compensación Familiar del Casanare COMFACASANARE de acuerdo a lo establecido en la ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013

FIRMA

**Declaro bajo la gravedad de juramento que todos los datos son exactos y consignados por ambas firmas**

Firma del trabajador(a)
C.C. TI. R.C o C.E. No 1083879824

Firma y sello del empleador

ComfaCasanare

Radicado: 2025-E-[illegible]
Fecha: 2025-[illegible]
Hora: 11:58:57
Destino: Afiliaciones
Empresa: UNION TEMPORAL INTERVENTORIA PAE INTERNADOS 202

La información de este formato está sujeta a verificación

OBSERVACIONES: FORMULARIO SIN BENEFICIARIOS

Utilice este formato exclusivamente para afiliación de trabajadores activos, cuando a su cargo lleva sus beneficiarios

| | GESTIÓN DE TALENTO HUMANO | Código: |
|---|---|---|
| | | Fecha: |
| | | Versión: 01 |
| | CONTRATO INDIVIDUAL A TÉRMINO FIJO | Página 1 de 6 |

| CONTRATO LABORAL: UT – PAE – 005 – 2025 | | |
|---|---|---|
| **NOMBRE DEL EMPLEADOR**<br>UNIÓN TEMPORAL INTERVENTORIA PAE INTERNADOS 2025 | **NIT DEL EMPLEADOR**<br>901.991.320-1 | **DIRECCIÓN DEL EMPLEADOR**<br>Calle 11 # 28 – 713 |
| **NOMBRE DEL EMPLEADO**<br>MARIELA BURITICA CABRERA | | **NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN**<br>1.117.512.332 |
| **CARGO A DESEMPEÑAR**<br>SUPERVISOR DE INTERVENTORIA | **PORCENTAJE DE DEDICACIÓN**<br>30% | **SALARIO**<br>**$ 1.129.783,33** |

Entre el empleador y el trabajador, personas vecinas y mayores de edad, identificadas como aparecen al pie de nuestras correspondientes firmas, acuerdan celebrar el presente Contrato Individual de Trabajo a Término Fijo, regido por las siguientes cláusulas:

**PRIMERA**: Lugar. El trabajador(a) desarrollará sus funciones en las dependencias o el lugar que la empresa determine. Dirección Vía Sirivana Yopal Casanare, adicional se tendrá en cuenta las salidas ocasionales a campo según los requerimientos de los contratistas, Cualquier modificación del lugar de trabajo, que signifique cambio de ciudad, se hará conforme al Código Sustantivo de Trabajo.

**SEGUNDA**: Funciones. El empleador contrata al trabajador(a) para desempeñarse como SUPERVISOR DE INTERVENTORIA en la Sede; Calle 11 N 28 - 713 via Sirivana, ejecutando labores como:

- Asistir al Director de Interventoría en la planeación, ejecución y seguimiento de las actividades operativas, técnicas y logísticas, garantizando el cumplimiento de los objetivos y metas establecidas en el contrato de interventoría del PAE.
- Programar, dirigir y hacer seguimiento a las visitas de verificación y control realizadas por los profesionales del equipo interventor en las instituciones educativas, bodegas y centros de acopio, asegurando la cobertura y oportunidad de las mismas.

- Verificar en terreno la adecuada prestación del servicio por parte del operador, incluyendo la calidad, cantidad, oportunidad y cumplimiento de los lineamientos técnicos del PAE y de las normas sanitarias vigentes.
- Coordinar el flujo de información operativa entre el equipo de interventoria, la entidad contratante y el operador, garantizando que los reportes de novedades, hallazgos y evidencias se registren y consoliden de manera oportuna y verificable.
- Asegurar que los procesos de recepción, almacenamiento, transporte, preparación y entrega de los alimentos cumplan con las disposiciones establecidas en la Resolución 2674 de 2013 y demás normas aplicables al PAE.
- Asignar tareas, zonas y responsabilidades a los supervisores y profesionales técnicos del equipo operativo, verificando el cumplimiento de cronogramas, rutas de atención y protocolos de seguimiento.
- Consolidar, revisar y analizar los informes diarios y semanales de campo, identificando hallazgos, desviaciones o riesgos en la operación, e informando de manera inmediata al Director de Interventoria para la toma de decisiones correctivas.
- Contribuir a la preparación de los informes mensuales, parciales y finales de la interventoría, aportando los resultados de las verificaciones en campo, análisis operativos y evidencias de cumplimiento.
- Verificar la implementación efectiva de las medidas preventivas y correctivas derivadas de los hallazgos operativos, asegurando su cierre y trazabilidad conforme a los procedimientos establecidos.
- Participar en reuniones, comités y mesas de trabajo convocadas por la entidad contratante o el operador del PAE, brindando soporte técnico y operativo sobre el desarrollo y resultados de la interventoría.

**TERCERA**: Elementos de trabajo: Corresponde al empleador suministrar los elementos necesarios para el normal desempeño de las funciones del cargo contratado.

**CUARTA**: Obligaciones del contratado: Es una obligación del trabajador(a), respecto de información contractualmente sujeta a reserva, así como frente a la información confidencial:

* Diligenciar Formatos, Actas, Minutas, cuando los servicios sean requeridos a Campo.

* Debe respetar el horario laboral.

* Portar y usar debidamente los elementos de protección personal suministrados por el empleador.

* Realizar personalmente la labor en los términos estipulados; observar los preceptos de este reglamento y acatar y cumplir las órdenes e instrucciones que de manera particular le imparta Unión Temporal Interventoría PAE Internados 2025 o sus representantes, según el orden jerárquico establecido.

* Dedicar la totalidad del tiempo reglamentario de trabajo al desempeño de las funciones que les han sido encomendadas.

* Usar los implementos y equipos de trabajo única y exclusivamente para labores de la Unión Temporal Interventoría PAE Internados 2025. Si se le provee un equipo de comunicación móvil, deberá usarlo en asuntos laborales, sin exceder el plan de consumo asignado.

* Guardar, reserva, sigilo y/o confidencialidad de la información del Empleador, Contratistas y Proveedores.

* La interventoría y el recurso humano que en ella se desempeñe no podrá divulgar, publicar o comunicar, directa o indirectamente, a terceros la información, documentos o fotografías relacionados con el objeto contractual, ni los procesos de verificación, seguimiento y control que se deriven del desarrollo de las actividades. Para estos efectos, toda información que se recabe durante lo ejecución del contrato. Se considerará importante y confidencial, por lo tanto, el hecho de divulgarla o transmitirlo. Podría lesionar los intereses públicos de lo Secretaría de Educación Departamental, así como los correspondientes derechos de autor. En este contexto.

* Abstenerse de efectuar un uso no autorizado o de conductas constitutivas de fuga de información o revelación a terceros.

* El trabajador se obliga a mantener la confidencialidad de la información que reciba antes o después de la firma de este acuerdo durante la duración de su relación laboral con el Empleador y por un período de cuatro (4) años contados a partir del momento en que termine su contrato laboral.

* Una vez se dé por terminado el presente contrato el empleado debe realizar la respectiva devolución de los EPP que cuente con los distintivos de la Unión Temporal Interventoría PAE Internados 2025 y botas que no superen el tiempo de desgaste normal requerido (12 meses), para dar disposición final a la misma.

**QUINTA**: Término del contrato. El presente contrato tendrá un término de duración de (2) meses, tendrá como fecha de inicio del 10 de octubre del 2025 y terminará el 10 de diciembre del 2025. Lapso en el cual cualquiera de las partes podrá dar por terminado el presente contrato en forma unilateral.

Además, se dará por terminación de contrato por las causales descritas en los artículos 61, 62, 63, 64 del código sustantivo del trabajo de Colombia.

**SEXTA**: JUSTAS CAUSAS PARA DESPEDIR: Son justas causas para dar por terminado unilateralmente el presente contrato por cualquiera de las partes, el incumplimiento a las obligaciones y prohibiciones que se expresan en los artículos 57 y siguientes del Código sustantivo del Trabajo.

* Al cumplir 3 llamados de atención y/o memorandos será causal de despido, según lo establecido en el Reglamento Interno de Trabajo, Higiene y de Seguridad de la empresa.

El estatuto de los trabajadores establece la obligación de todos los trabajadores de respetar y cumplir las medidas legales y reglamentarias y las instrucciones recibidas por la empresa en materia de seguridad y salud en el trabajo. En el artículo 55° Numeral F, constituye como FALTA GRAVE, presentarse en estado de embriaguez o bajo sustancias narcóticas y/o drogas enervantes, referido en nuestro reglamento interno de trabajo del mismo recoge los casos de incumplimiento grave y culpable del trabajador en los que se puede proceder al despido con justa causa de su contrato laboral.

En el artículo 64 del código sustantivo del trabajo que contiene dos comportamientos (numerales 4 y 6) relacionados con el daño a las herramientas, y que pueden ser causal de terminación del contrato de trabajo:

- *Todo daño material causado intencionalmente a los edificios, obras, maquinarias y materias primas, instrumentos y demás objetos relacionados con el trabajo, y toda grave negligencia que ponga en peligro la seguridad de las personas o de las cosas. Se le realizará descuento de los daños ocasionados.*

- *Cualquier violación grave de las obligaciones o prohibiciones especiales que incumben al trabajador de acuerdo con los artículos 58 y 60 del Código Sustantivo del Trabajo, o cualquier falta grave calificada como tal en pactos o convenciones colectivas, fallos arbitrales, contratos individuales o reglamentos.*

**SÉPTIMA**: Salario. El empleador cancelará al trabajador(a) un salario mensual de 1.129.783,33 pesos moneda legal corriente ($) + auxilio de transporte de doscientos mil pesos moneda legal corriente ($200.000), pagaderos en el lugar de trabajo, el día 30 de cada mes. Dentro de este pago se encuentra incluida la remuneración de los descansos dominicales y festivos de que tratan los capítulos I y II del título VII del Código Sustantivo del Trabajo.

**OCTAVA:** Trabajo extra, en dominicales y festivos. El trabajo suplementario o en horas extras, así como el trabajo en domingo o festivo que correspondan a descanso, al igual que los nocturnos, será remunerado conforme al código laboral. Es de advertir que dicho trabajo debe ser autorizado u ordenado por el empleador para efectos de su reconocimiento. Cuando se presenten situaciones urgentes o inesperadas que requieran la necesidad de este trabajo suplementario, se deberá ejecutar y se dará cuenta de ello por escrito, en el menor tiempo posible al jefe inmediato, de lo contrario, las horas laboradas de manera suplementaria que no se autorizó o no se notificó no será reconocido.

**NOVENA**: Horario. El trabajador se obliga a laborar la jornada ordinaria en los turnos y dentro de las horas señaladas por el empleador, pudiendo hacer éste ajustes o cambios de horario cuando lo estime conveniente. Por el acuerdo expreso o tácito de las partes, podrán repartirse las horas jornada ordinaria de la forma prevista en el artículo 164 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado por el artículo 23 de la Ley 50 de 1990, teniendo en cuenta que los tiempos de descanso entre las secciones de la jornada no se computan dentro de la misma, según el artículo 167 ibídem. De igual manera se le tendrá en cuenta los días de permisos personales autorizados y no laborados por el trabajador para ser descontados en su respectiva nómina mensual, con sus prestaciones sociales, seguridad social del empleado. (Por día laborado según sea el caso).

**DECIMA**: Afiliación y pago a seguridad social. Es obligación de la empleadora afiliar al trabajador a la seguridad social como es salud, pensión y riesgos profesionales nivel I, y caja de compensación familiar; autorizando el trabajador el descuento en su salario, los valores que le corresponda aportan, en la proporción establecida por la ley.

**DECIMA PRIMERA:** Cambio de lugar de trabajo. El empleador acordara con el trabajador por mutuo acuerdo el cambio de lugar de trabajo; por razones eventuales de trabajos fuera de la empresa y no abra lugar a un nuevo contrato de trabajo, ya que desempeñara las mismas funciones con el salario acordado.

**DECIMA SEGUNDA**: Modificaciones. Cualquier modificación al presente contrato debe efectuarse por escrito y anexarse a este documento.

**DECIMA TERCERA**: Efectos. El presente contrato reemplaza y deja sin efecto cualquier otro contrato verbal o escrito, que se hubiera celebrado entre las partes con anterioridad y/o con otra empresa o persona natural.

Se firma por las partes, el día 10 del mes octubre de 2025.

**MARIELA BURITICA CABRERA**
**C.C. 1.117.512.332**

**UNIÓN TEMPORAL INTERVENTORÍA PAE INTERNADOS 2025**
**R/L: SANDRA YINED LEON MORA**
**C.C.** 39.751.268 de Villanueva – Casanare
**Celular: 3107612491**
**Dirección electrónica:** interventoriapaeinternados2025@gmail.com


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 1.117.512.332
BURITICA CABRERA
APELLIDOS
MARIELA
NOMBRES


FECHA DE NACIMIENTO 23-MAR-1990
ACEVEDO
PUELA
LUGAR DE NACIMIENTO
1.58
A+
F
14-ABR-2008 FLORENCIA


COPNIA
Matrícula Profesional No.
70254-327697 TLM
Fecha de Expedición: 08/04/2016
Nombre
MARIELA
BURITICA CABRERA
Cédula
C.C. 1117512332
Profesión
INGENIERO DE ALIMENTOS
Institución
UNIVERSIDAD DE LA AMAZONIA

Hacienda

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS

## CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

## POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

## HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el Ramo de Riesgos Laborales se evidenció que, **MARIELA BURITICA CABRERA** identificado con CC No **1117512332,** registra la siguiente información.

| Datos del Empleador | Datos de la Relación Laboral |
|---|---|
| **UNION TEMPORAL INTERVENTORIA PAE INTERNADOS 2025 – NIT 901991320-1** | **Fecha de inicio de cobertura:** 23/10/2025<br>**Estado Afiliación:** ACTIVO<br>**Tipo Vinculación:** TRABAJADOR DEPENDIENTE<br>**Clase de Riesgo: 1** |

Esta certificación se expide en la ciudad de ciudad de Bogotá D.C. a los 23 días del mes de octubre de 2025.

Cordialmente,

**GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES**
**POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.**

EPS Sanitas

# FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Fecha de Radicado: 10102025

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

## I. DATOS DEL TRÁMITE

| 1. Tipo de Trámite | 2. Tipo de Afiliación | 3. Régimen | 4. Contribución solidaria |
|---|---|---|---|
| A. Afiliación B. Reporte de Novedades X | A. Individual - Cotizante o Cabeza de Familia X - Beneficiario o Afiliado adicional B. Colectivo C. Institucional D. De Oficio | A. Contributivo X B. Subsidiado | Si No |

| 5. Tipo de Afiliado | 6. Tipo de Cotizante | 7. Código |
|---|---|---|
| A. Cotizante X C. Beneficiario B. Cabeza de Familia D. Afiliado adicional | A. Dependiente X B. Independiente C. Pensionado | (a registrar por la EPS) |

## II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional)

8. Apellidos y nombres

| Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre |
|---|---|---|---|
| BURITICA | CABRERA | MARIELA | |

| 9. Tipo de documento de identidad | 10. Número del documento de identidad | 11. Sexo biológico | 12. Sexo identificación | Cuál | 13. Nacionalidad |
|---|---|---|---|---|---|
| CC | 1117512332 | Femenino X Masculino | F X M T NB Otro | | COLOMBIA |

| 14. Lugar de nacimiento | País | Departamento | Municipio | 15. Fecha de nacimiento |
|---|---|---|---|---|
| | COLOMBIA | HUILA | ACEVEDO | |

## III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos Personales

| 16. Etnia | 17. Comunidad | 18. Discapacidad (Si / No / Categoría de discapacidad) | 19. Tiene encuesta SISBÉN (Si / No) | 20. Clasificación SISBÉN (Nivel / Grupo) | 21. Grupo de población especial |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | |

| 22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL | 23. Administradora de Pensiones | 24. Ingreso base de cotización - IBC | 25. Tarifa Contribución Solidaria |
|---|---|---|---|
| | | $1.423.500 | |

| 26. Residencia Dirección | Teléfono Fijo |
|---|---|
| CARRERA 15 20 05 | |

| Teléfono Celular | Correo Electrónico |
|---|---|
| 3115188746 | buriticacabreramarie@gmail.com |

| Departamento | Municipio / Distrito | Localidad / Comuna | Zona |
|---|---|---|---|
| META | ACACIAS | | Cabecera Municipal X Rural Disperso Centro Poblado Resto Rural |

## IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

A. AFILIACIÓN

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

27. Apellidos y nombres

| Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre |
|---|---|---|---|
| | | | |

| 28. Tipo de documento de identidad | 29. Número del documento de identidad | 30. Sexo biológico | 31. Sexo identificación | Cuál | 32. Nacionalidad |
|---|---|---|---|---|---|
| | | Femenino Masculino | F M T NB Otro | | |

| 33. Lugar de nacimiento | País | Departamento | Municipio | 34. Fecha de nacimiento |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |

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

35. Apellidos y nombres

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

| | 36. Tipo de documento de identidad | 37. Número del documento de identidad | 38. Nacionalidad | 39. Sexo biológico (Femenino / Masculino) | 40. Sexo identificación (F / M / T / NB / Otro / Cuál) | 41. Lugar de nacimiento (País / Departamento / Municipio) | 42. Fecha de nacimiento |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 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. Discapacidad (Si / No / Categoría de discapacidad) | 50. Incapacidad permanente (Si / No) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| B1 | | | | | | | | |
| B2 | | | | | | | | |
| B3 | | | | | | | | |
| B4 | | | | | | | | |
| B5 | | | | | | | | |

51. Datos de residencia

| | Departamento | Municipio/ Distrito | Zona (Cabecera Municipal / Centro Poblado / Rural Disperso / Resto Rural) | Teléfono fijo y/o celular | 52. Valor de la UPC del grupo adicional (a registrar por la EPS) |
|---|---|---|---|---|---|
| B1 | | | | | |
| B2 | | | | | |
| B3 | | | | | |
| B4 | | | | | |
| B5 | | | | | |

| | Dirección | Localidad/ Comuna | Correo Electrónico |
|---|---|---|---|
| B1 | | | |
| B2 | | | |
| B3 | | | |
| B4 | | | |
| B5 | | | |

| 52. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS | | 54. Código de la IPS (a registrar por la EPS) |
|---|---|---|
| C | IPS ACACIAS | |
| B1 | | |
| B2 | | |
| B3 | | |
| B4 | | |
| B5 | | |

## V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL APORTANTE, DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA O RESPONSABLES DEL PAGO

| 55. Nombre o razón social | 56. Tipo documento de identificación | 57. Número del documento de identificación | 58. Tipo de aportante o pagador de Pensiones (a registrar por la EPS) |
|---|---|---|---|
| UNION TEMPORAL INTERVENTORIA PAE INTERNADOS 2025 | NIT | 901991320 | |

**59. Ubicación**

Dirección: CL 14 09 74

Teléfono fijo o Celular: 3107612491

Correo Electrónico: interventoriapaeinternados2025@gmail.com

Departamento: CASANARE

Municipio / Distrito: YOPAL

**60. Tipo de Novedad**

- [ ] 1. Modificación de datos básicos de identificación.
- [ ] 2. Corrección de datos básicos de identificación.
- [ ] 3. Actualización del documento de identificación.
- [ ] 4. Actualización y 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.
- [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. Inscripción EPS retorno al país.
- [ ] 12. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [ ] 13. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [ ] 14. Movilidad: [ ] A. Régimen Contributivo [ ] B. Régimen Subsidiado
- [ ] 15. Traslado: [ ] A. Mismo Régimen [ ] B. Diferente Régimen
- [ ] 16. Reporte de fallecimiento del Cotizante o Cabeza de familia.
- [ ] 17. Reporte del trámite de protección al cesante.
- [ ] 18. Reporte de la calidad de Pre- pensionado.
- [ ] 19. Reporte de la calidad de Pensionado.
- [ ] 20. Ingreso a Contribución Solidaria.
- [ ] 21. Retiro de Contribución Solidaria.

## VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

**61. Datos básicos de identificación**

Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre

| Tipo de documento de identidad | Número del documento de identidad | 62. Sexo biológico (Femenino / Masculino) | 63. Sexo identificación (F M T NB Otro) Cual | 64. Fecha de nacimiento |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |

| 65. EPS anterior | 66. Fecha de novedad | 67. Motivo de traslado | 68. Caja de compensación Familiar o pagador de pensiones |
|---|---|---|---|
| | 10/10/2025 | Código | |

## VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- [ ] 69. Declaraciones de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- [ ] 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.
- [ ] 72. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
- [x] 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 vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.
- [x] 75. 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.
- [x] 76. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.
- [ ] 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 se hará cargo del pago de la Contribución Solidaria**

| Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre | Tipo de documento de identidad | No. del documento de identidad |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | |

## IX. FIRMAS

| 80. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional | 81. Aportante o calidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de Oficio |
|---|---|
| Beatrice Cadena Moreno | Sandra Leon |

## X. ANEXOS

- [ ] 82. Anexo copia del documento de identidad. Cantidad de documentos de identidad anexos: CN RC TI CC CE PA CD SC PT
- [ ] 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 la que conste la calidad del beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

Total Anexos

## XI. DATOS DE LA ENTIDAD TERRITORIAL Y/O INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL

| 92. Identificación de la Entidad Territorial (Código del municipio / Código del departamento) | 93. Nombre de la Institución |
|---|---|
| | |

## XII. DATOS DEL FUNCIONARIO DE LA ENTIDAD TERRITORIAL O DE LA INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL

**94. Apellidos y nombres**

Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre

| Tipo de documento de identidad | Número del documento de identidad | 95. Firma del funcionario | 96. Fecha de radicación | 97. Fecha de validación |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |

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

| Doc. identificación y nombre del Ejecutivo Comercial | Sello de Radicación | Sistema procesamiento |
|---|---|---|
| | | |

# Protección

**Fondo de Pensiones Obligatorias Protección**

**NIT 800.229.739**

**Hace constar que:**

El(la) Señor(a) **BURITICA CABRERA MARIELA** identificado(a) con CC número 1.417.512.332 se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN desde el día 02 de febrero de 2015 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 100% al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCION MAYOR RIESGO

Esta constancia se expide a petición del(la) interesado(a) el día 27 de octubre de 2025

Cordialmente,

**César 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:
Asesor Virtual: Pronto en nuestro Portal Web www.proteccion.com y App o comunícarse con la Línea de Servicio en
Bogotá (601) 482 33 64 – Medellín (604) 510 90 99 – Cali (602) 385 00 60
Barranquilla (605) 319 75 99 – Cartagena (605) 642 49 99 – WhatsApp +57 310 220 5575
o llámanos desde tu computador desde cualquier lugar del mundo ingresando a https://customers.wolkvox.com/clicktocall/proteccion*

ComfaCasanare
Construimos Sueños ☆

Marque con una equis (x) y verifique instrucciones de diligenciamiento y causales de no aceptación al reverso

☐ Inscripción del trabajador ☐ Afiliación
☐ Novedad
☐ Reintegro en el mismo mes SI ☐ NO ☐
Indique última fecha de retiro:

SGS COLOMBIA

# Formato de Inscripción, de Trabajadores

FAPP109

## 1. DATOS DEL TRABAJADOR

| Tipo y número de identificación | Fecha de expedicion | Sexo |
|---|---|---|
| CEDULA: 1117512332 | 2008-04-14 | FEMENINO |

| Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre |
|---|---|---|---|
| BURITICA | CABRERA | MARIELA | |

| Fecha de nacimiento | Telefono | Dirección de residencia | Barrio |
|---|---|---|---|
| 1990-03-23 | 3107612491 | CLLE 11 # 28 - 713 | |

Correo Electronico: burticamariela@gmail.com

Estado civil: SOLTERO

| Ciudad | Fecha de ingreso a la empresa | Horas labor men | Cargo | Sueldo Básico |
|---|---|---|---|---|
| YOPAL | 2025-10-10 | 220 | SUPERVISOR | 1423500 |

| Tipo de contrato | Administra recursos públicos | Servidor público | Nivel de escolaridad |
|---|---|---|---|
| FIJO | | | PROFESIONAL UN |

| Profesión | Ocupacion |
|---|---|
| CONTROL CALIDAD DE ALIMI | SUPERVISORES DE OFICINA |

| Orientacion sexual | Vivienda |
|---|---|
| HETEROSEXUAL | ARRENDADA |

Factor de vulnerabilidad: NO APLICA

Pertenencia etnica:
NO SE AUTO RECONOCE EN NINGUNO DE LOS ANTER

## 2. DATOS DE LA EMPRESA

| NOMBRE O RAZÓN SOCIAL | Telefono |
|---|---|
| UNION TEMPORAL INTERVENTORIA PAE INTERNADOS 2025 | |

| NIT, CC O CE | DEPENDENCIA |
|---|---|
| 901991320 | |

## 3. DATOS DEL CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

| Tipo y número de identificación | Fecha de expedicion | Sexo |
|---|---|---|
| | | |

| Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre |
|---|---|---|---|
| | | | |

Fecha de nacimiento: EMPRESA DONDE TRABAJA O ACTIVIDAD ECONOMICA

Caja de compensación a las cual está afiliado(a): Sueldo básico

**Solicitud Datos de Personales**

Yo, MARIELA BURITICA , identificado con cédula de ciudadanía No. 1117512332,manifiesto así de manera expresa, que AUTORIZO para el uso y tratamiento de mis datos personales en virtud de la función que le compete el tratamiento de los que fueren recolectados para las finalidades, así como para el envío de mensajes de correo de texto (SMS); de igual forma autorizo de manera irrevocable a la Caja a corroborar con cualquier persona, institución y autoridad, la información relativa a mis referencias personales, comerciales, fiscales, judiciales, financieras y cualquier otro dato que a juicio de la organización sea pertinentes para verificar y ampliar información por mi suministrada de acuerdo al manual de políticas y protección de datos establecida por la Caja de Compensación Familiar del Casanare COMFACASANARE de acuerdo a lo establecido en la ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013

FIRMA

Declaro bajo la gravedad de juramento que todos los datos son exactos y suministrados por quien firma.

Firma del trabajador(a)
C.C. T.I. X.C o C.E. No 1117512332

Firma y sello del empleador

ComfaCasanare

Radicado: 2025-1 - 0-jAuzTWEk-sG
Fecha: 2025-1--1
Hora: 12:19:36
Destino: Afiliaciones
Empresa: UNION TEMPORAL INTERVENTORIA PAE INTERNADOS 2025

La información de este formato será objeto a verificación

OBSERVACIONES: FORMULARIO SIN BENEFICIARIOS

Utilice este formato exclusivamente para afiliación de trabajadores activos, usuarios o no tenga hijos ni beneficiarios

| CONTRATO LABORAL: UT – PAE – 007 – 2025 | | |
|---|---|---|
| **NOMBRE DEL EMPLEADOR**<br>UNIÓN TEMPORAL INTERVENTORIA PAE INTERNADOS 2025 | **NIT DEL EMPLEADOR**<br>901.991.320-1 | **DIRECCIÓN DEL EMPLEADOR**<br>Calle 11 # 28 – 713 |
| **NOMBRE DEL EMPLEADO**<br>ANA YIBE MESA MESA | | **NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN**<br>47.436.116 |
| **CARGO A DESEMPEÑAR**<br>CONTADOR DE INTERVENTORIA | **PORCENTAJE DE DEDICACIÓN**<br>20% | **SALARIO**<br>**$ 1.367.033,33** |

Entre el empleador y el trabajador, personas vecinas y mayores de edad, identificadas como aparecen al pie de nuestras correspondientes firmas, acuerdan celebrar el presente Contrato Individual de Trabajo a Término Fijo, regido por las siguientes cláusulas:

**PRIMERA**: Lugar. El trabajador(a) desarrollará sus funciones en las dependencias o el lugar que la empresa determine. Dirección Vía Sirivana Yopal Casanare, adicional se tendrá en cuenta las salidas ocasionales a campo según los requerimientos de los contratistas, Cualquier modificación del lugar de trabajo, que signifique cambio de ciudad, se hará conforme al Código Sustantivo de Trabajo.

**SEGUNDA**: Funciones. El empleador contrata al trabajador(a) para desempeñarse como CONTADOR DE INTERVENTORIA en la Sede; Calle 11 N 28 - 713 vía Sirivana, ejecutando labores como:

- Realizar el seguimiento y control de la ejecución financiera del contrato de interventoría y del contrato principal del operador, garantizando la adecuada aplicación de los recursos conforme a la normatividad contable y presupuestal vigente.
- Verificar la exactitud y legalidad de los documentos contables y financieros presentados por el operador del PAE (facturas, soportes, cuentas de cobro,

comprobantes de pago, entre otros), asegurando su correspondencia con los avances físicos y técnicos del programa.

- Analizar los estados financieros, informes de ejecución y demás reportes contables del operador, identificando inconsistencias, desviaciones o riesgos financieros que afecten el cumplimiento contractual.
- Organizar, sistematizar y consolidar la información contable y presupuestal relacionada con la interventoría, garantizando su trazabilidad, verificación y soporte documental.
- Asistir al Director de Interventoría en la revisión de la ejecución presupuestal, los pagos realizados y el cumplimiento de las obligaciones financieras del contrato, aportando análisis y recomendaciones.
- Comprobar que los pagos al operador correspondan a servicios efectivamente prestados, previa validación técnica y documental de la interventoría.
- Asegurar que todas las operaciones contables y financieras se realicen conforme a las normas de contabilidad pública, tributarias, de contratación estatal y control fiscal aplicables.
- Monitorear el avance de la ejecución presupuestal del contrato de interventoría, comparando la programación inicial con la ejecución real, y reportando alertas o desviaciones.
- Preparar informes contables y financieros periódicos para la entidad contratante, que incluyan análisis de ejecución, cumplimiento, observaciones y recomendaciones de mejora.
- Garantizar el adecuado archivo, conservación y disponibilidad de los documentos contables y financieros de la interventoría, conforme a las políticas institucionales y normas de control interno.

**TERCERA**: Elementos de trabajo: Corresponde al empleador suministrar los elementos necesarios para el normal desempeño de las funciones del cargo contratado.

**CUARTA**: Obligaciones del contratado: Es una obligación del trabajador(a), respecto de información contractualmente sujeta a reserva, así como frente a la información confidencial:

* Diligenciar Formatos, Actas, Minutas, cuando los servicios sean requeridos a Campo.

* Debe respetar el horario laboral.

* Portar y usar debidamente los elementos de protección personal suministrados por el empleador.

* Realizar personalmente la labor en los términos estipulados; observar los preceptos de este reglamento y acatar y cumplir las órdenes e instrucciones que de manera particular le imparta Unión Temporal Interventoría PAE Internados 2025 o sus representantes, según el orden jerárquico establecido.

* Dedicar la totalidad del tiempo reglamentario de trabajo al desempeño de las funciones que les han sido encomendadas.

* Usar los implementos y equipos de trabajo única y exclusivamente para labores de la Unión Temporal Interventoría PAE Internados 2025. Si se le provee un equipo de comunicación móvil, deberá usarlo en asuntos laborales, sin exceder el plan de consumo asignado.

* Guardar, reserva, sigilo y/o confidencialidad de la información del Empleador, Contratistas y Proveedores.

* La interventoría y el recurso humano que en ella se desempeñe no podrá divulgar, publicar o comunicar, directa o indirectamente, a terceros la información, documentos o fotografías relacionados con el objeto contractual, ni los procesos de verificación, seguimiento y control que se deriven del desarrollo de las actividades. Para estos efectos, toda información que se recabe durante lo ejecución del contrato. Se considerará importante y confidencial, por lo tanto, el hecho de divulgarla o transmitirlo. Podría lesionar los intereses públicos de lo Secretaría de Educación Departamental, así como los correspondientes derechos de autor. En este contexto.

* Abstenerse de efectuar un uso no autorizado o de conductas constitutivas de fuga de información o revelación a terceros.

* El trabajador se obliga a mantener la confidencialidad de la información que reciba antes o después de la firma de este acuerdo durante la duración de su relación laboral con el Empleador y por un período de cuatro (4) años contados a partir del momento en que termine su contrato laboral.

* Una vez se dé por terminado el presente contrato el empleado debe realizar la respectiva devolución de los EPP que cuente con los distintivos de la Unión Temporal Interventoría PAE Internados 2025 y botas que no superen el tiempo de desgaste normal requerido (12 meses), para dar disposición final a la misma.

**QUINTA**: Término del contrato. El presente contrato tendrá un término de duración de (2) meses, tendrá como fecha de inicio del 10 de octubre del 2025 y terminará el 10 de diciembre del 2025. Lapso en el cual cualquiera de las partes podrá dar por terminado el presente contrato en forma unilateral.

Además, se dará por terminación de contrato por las causales descritas en los artículos 61, 62, 63, 64 del código sustantivo del trabajo de Colombia.

**SEXTA**: JUSTAS CAUSAS PARA DESPEDIR: Son justas causas para dar por terminado unilateralmente el presente contrato por cualquiera de las partes, el incumplimiento a las obligaciones y prohibiciones que se expresan en los artículos 57 y siguientes del Código sustantivo del Trabajo.

* Al cumplir 3 llamados de atención y/o memorandos será causal de despido, según lo establecido en el Reglamento Interno de Trabajo, Higiene y de Seguridad de la empresa.

El estatuto de los trabajadores establece la obligación de todos los trabajadores de respetar y cumplir las medidas legales y reglamentarias y las instrucciones recibidas por la empresa en materia de seguridad y salud en el trabajo. En el artículo 55° Numeral F, constituye como FALTA GRAVE, presentarse en estado de embriaguez o bajo sustancias narcóticas y/o drogas enervantes, referido en nuestro reglamento interno de trabajo del mismo recoge los casos de incumplimiento grave y culpable del trabajador en los que se puede proceder al despido con justa causa de su contrato laboral.

En el artículo 64 del código sustantivo del trabajo que contiene dos comportamientos (numerales 4 y 6) relacionados con el daño a las herramientas, y que pueden ser causal de terminación del contrato de trabajo:

* *Todo daño material causado intencionalmente a los edificios, obras, maquinarias y materias primas, instrumentos y demás objetos relacionados con el trabajo, y toda grave negligencia que ponga en peligro la seguridad de las personas o de las cosas. Se le realizará descuento de los daños ocasionados.*

* *Cualquier violación grave de las obligaciones o prohibiciones especiales que incumben al trabajador de acuerdo con los artículos 58 y 60 del Código Sustantivo del Trabajo, o cualquier falta grave calificada como tal en pactos o convenciones colectivas, fallos arbitrales, contratos individuales o reglamentos.*

**SÉPTIMA**: Salario. El empleador cancelará al trabajador(a) un salario mensual de 1.367.033,33 pesos moneda legal corriente ($), pagaderos en el lugar de trabajo, el día 30 de cada mes. Dentro de este pago se encuentra incluida la remuneración de los descansos dominicales y festivos de que tratan los capítulos I y II del título VII del Código Sustantivo del Trabajo.

**OCTAVA:** Trabajo extra, en dominicales y festivos. El trabajo suplementario o en horas extras, así como el trabajo en domingo o festivo que correspondan a descanso, al igual que los nocturnos, será remunerado conforme al código laboral. Es de advertir que dicho trabajo debe ser autorizado u ordenado por el empleador para efectos de su reconocimiento. Cuando se presenten situaciones urgentes o inesperadas que requieran la necesidad de este trabajo suplementario, se deberá ejecutar y se dará cuenta de ello por escrito, en el menor tiempo posible al jefe inmediato, de lo contrario, las horas laboradas de manera suplementaria que no se autorizó o no se notificó no será reconocido.

**NOVENA**: Horario. El trabajador se obliga a laborar la jornada ordinaria en los turnos y dentro de las horas señaladas por el empleador, pudiendo hacer éste ajustes o cambios de horario cuando lo estime conveniente. Por el acuerdo expreso o tácito de las partes, podrán repartirse las horas jornada ordinaria de la forma prevista en el artículo 164 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado por el artículo 23 de la Ley 50 de 1990, teniendo en cuenta que los tiempos de descanso entre las secciones de la jornada no se computan dentro de la misma, según el artículo 167 ibídem. De igual manera se le tendrá en cuenta los días de permisos personales autorizados y no laborados por el trabajador para ser descontados en su respectiva nómina mensual, con sus prestaciones sociales, seguridad social del empleado. (Por día laborado según sea el caso).

**DECIMA**: Afiliación y pago a seguridad social. Es obligación de la empleadora afiliar al trabajador a la seguridad social como es salud, pensión y riesgos profesionales nivel I, y caja de compensación familiar; autorizando el trabajador el descuento en su salario, los valores que le corresponda aportan, en la proporción establecida por la ley.

**DECIMA PRIMERA:** Cambio de lugar de trabajo. El empleador acordara con el trabajador por mutuo acuerdo el cambio de lugar de trabajo; por razones eventuales de trabajos fuera de la empresa y no abra lugar a un nuevo contrato de trabajo, ya que desempeñara las mismas funciones con el salario acordado.

**DECIMA SEGUNDA**: Modificaciones. Cualquier modificación al presente contrato debe efectuarse por escrito y anexarse a este documento.

**DECIMA TERCERA**: Efectos. El presente contrato reemplaza y deja sin efecto cualquier otro contrato verbal o escrito, que se hubiera celebrado entre las partes con anterioridad y/o con otra empresa o persona natural.

Se firma por las partes, el dia 10 del mes octubre de 2025.

**ANA YIBE MESA MESA**
**C.C. 47.436.116**

**UNION TEMPORAL INTERVENTORÍA PAE INTERNADOS 2025**
**R/L: SANDRA YINED LEON MORA**
**C.C.** 39.951.268de Villanueva – Casanare
**Celular: 3107612491**
**Dirección electrónica:** interventoriapaeinternados2025@gmail.com



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 47.436.116

MESA MESA

APELLIDOS

ANA YIBE

NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 14-OCT-1976

SOGAMOSO
(BOYACA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.60 ESTATURA

O+ G.S. RH

F SEXO

16-ABR-1997 YOPAL

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-4604000-00238342-F-0047436116-20100505 0022113004A 1 30258144

Hacienda

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS

## CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

## POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

## HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el Ramo de Riesgos Laborales se evidenció que, **ANA YIBE MESA MESA** identificado con CC No **47436116,** registra la siguiente información.

| Datos del Empleador | Datos de la Relación Laboral |
|---|---|
| **UNION TEMPORAL INTERVENTORIA PAE INTERNADOS 2025 – NIT 901991320-1** | **Fecha de inicio de cobertura:** 23/10/2025<br>**Estado Afiliación:** ACTIVO<br>**Tipo Vinculación:** TRABAJADOR DEPENDIENTE<br>**Clase de Riesgo: 1** |

Esta certificación se expide en la ciudad de ciudad de Bogotá D.C. a los 23 días del mes de octubre de 2025.

Cordialmente,

**GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES**
**POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.**

EPS Sanitas

# FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Fecha de Radicado: 1 0 1 0 2 0 2 5

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

A. AFILIACIÓN

## I. DATOS DEL TRÁMITE

| 1. Tipo de Trámite | 2. Tipo de Afiliación | 3. Régimen | 4. Contribución solidaria |
|---|---|---|---|
| A. Afiliación B. Reporte de Novedades X | A. Individual - Cotizante o Cabeza de Familia X - Beneficiario o Afiliado adicional B. Colectivo C. Institucional D. De Oficio | A. Contributivo X B. Subsidiado | Si No |

| 5. Tipo de Afiliado | 6. Tipo de Cotizante | 7. Código |
|---|---|---|
| A. Cotizante X B. Cabeza de Familia C. Beneficiario D. Afiliado adicional | A. Dependiente X B. Independiente C. Pensionado | (a registrar por la EPS) |

## II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional)

| 6. Apellidos y nombres | | | |
|---|---|---|---|
| Primer Apellido: MESA | Segundo Apellido: MESA | Primer Nombre: ANA | Segundo Nombre: YIBE |

| 9. Tipo de documento de identidad | 10. Número del documento de identidad | 11. Sexo biológico | 12. Sexo identificación | 13. Nacionalidad |
|---|---|---|---|---|
| CC | 47436116 | Femenino X Masculino | F X M T NB Otro Cuál | COLOMBIA |

| 14. Lugar de nacimiento | | | | 15. Fecha de nacimiento |
|---|---|---|---|---|
| | País: COLOMBIA | Departamento: BOYACA | Municipio: SOGAMOSO | |

## III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos Personales

| 16. Etnia | 17. Comunidad | 18. Discapacidad | 19. Tiene encuesta SISBÉN | 20. Clasificación SISBÉN | 21. Grupo de población especial |
|---|---|---|---|---|---|
| | | Si No Categoría de discapacidad | Si No | Nivel Grupo | |

| 22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL | 23. Administradora de Pensiones | 24. Ingreso base de cotización - IBC | 25. Tarifa Contribución Solidaria |
|---|---|---|---|
| | | $1.850.550 | |

| 26. Residencia | | |
|---|---|---|
| Dirección: CARRERA 22 11 30 | | Teléfono Fijo |
| Teléfono Celular: 3114403979 | Correo Electrónico: mesamesa1976@gmail.com | |
| Departamento: BOYACA | Municipio / Distrito: SOGAMOSO | Localidad / Comuna: |

Zona: Cabecera Municipal X Rural Disperso Centro Poblado Resto Rural

## IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

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

| 27. Apellidos y nombres | | | |
|---|---|---|---|
| Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre |
| | | | |

| 28. Tipo de documento de identidad | 29. Número del documento de identidad | 30. Sexo biológico | 31. Sexo identificación | 32. Nacionalidad |
|---|---|---|---|---|
| | | Femenino Masculino | F M T NB Otro Cuál | |

| 33. Lugar de nacimiento | | | | 34. Fecha de nacimiento |
|---|---|---|---|---|
| | País | Departamento | Municipio | |

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

| 35. Apellidos y nombres | Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre |
|---|---|---|---|---|
| B1 | | | | |
| B2 | | | | |
| B3 | | | | |
| B4 | | | | |
| B5 | | | | |

| | 36. Tipo de documento de identidad | 37. Número del documento de identidad | 38. Nacionalidad | 39. Sexo biológico | 40. Sexo identificación | 41. Lugar de nacimiento | 42. Fecha de nacimiento |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| B1 | | | | Femenino Masculino | F M T NB Otro Cuál | País Departamento Municipio | |
| B2 | | | | Femenino Masculino | F M T NB Otro Cuál | País Departamento Municipio | |
| B3 | | | | Femenino Masculino | F M T NB Otro Cuál | País Departamento Municipio | |
| B4 | | | | Femenino Masculino | F M T NB Otro Cuál | País Departamento Municipio | |
| B5 | | | | Femenino Masculino | F M T NB Otro Cuál | País Departamento Municipio | |

Datos complementarios del Beneficiario

| | 43. Parentesco | 44. Etnia | 45. Comunidad | 46. Grupo de población especial | 47. Tiene encuesta SISBÉN | 48. Clasificación SISBÉN | 49. Discapacidad | 50. Incapacidad permanente |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| B1 | | | | | Si No | Nivel Grupo | Si No Categoría de discapacidad | Si No |
| B2 | | | | | Si No | Nivel Grupo | Si No Categoría de discapacidad | Si No |
| B3 | | | | | Si No | Nivel Grupo | Si No Categoría de discapacidad | Si No |
| B4 | | | | | Si No | Nivel Grupo | Si No Categoría de discapacidad | Si No |
| B5 | | | | | Si No | Nivel Grupo | Si No Categoría de discapacidad | Si No |

51. Datos de residencia

| | Departamento | Municipio/ Distrito | Zona | Teléfono fijo y/o celular | 52. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS) |
|---|---|---|---|---|---|
| B1 | | | Cabecera Municipal Centro Poblado Rural Disperso Resto Rural | | |
| B2 | | | Cabecera Municipal Centro Poblado Rural Disperso Resto Rural | | |
| B3 | | | Cabecera Municipal Centro Poblado Rural Disperso Resto Rural | | |
| B4 | | | Cabecera Municipal Centro Poblado Rural Disperso Resto Rural | | |
| B5 | | | Cabecera Municipal Centro Poblado Rural Disperso Resto Rural | | |

| | Dirección | Localidad/ Comuna | Correo Electrónico |
|---|---|---|---|
| B1 | | | |
| B2 | | | |
| B3 | | | |
| B4 | | | |
| B5 | | | |

| 53. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS | | | 54. Código de la IPS (a registrar por la EPS) |
|---|---|---|---|
| C | | IPS SOGAMOSO | |
| B1 | | | |
| B2 | | | |
| B3 | | | |
| B4 | | | |
| B5 | | | |

## V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL APORTANTE, DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA O RESPONSABLES DEL PAGO

| 55. Nombre o razón social | 56. Tipo documento de identificación | 57. Número del documento de identificación | 58. Tipo de aportante o pagador de Pensiones (a registrar por la EPS) |
|---|---|---|---|
| UNION TEMPORAL INTERVENTORIA PAE INTERNADOS 2025 | NIT | 901991320 | |

**59. Ubicación**

| Dirección | Teléfono fijo o Celular |
|---|---|
| CL 14 09 74 | 3107612491 |

| Correo Electrónico | Departamento | Municipio / Distrito |
|---|---|---|
| interventoriapaeinternados2025@gmail.com | CASANARE | YOPAL |

**60. Tipo de Novedad**

- [ ] 1. Modificación de datos básicos de identificación.
- [ ] 2. Corrección de datos básicos de identificación.
- [ ] 3. Actualización del documento de identificación.
- [ ] 4. Actualización y 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.
- [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. Inscripción EPS retorno al país.
- [ ] 12. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [ ] 13. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [ ] 14. Movilidad: [ ] A. Régimen Contributivo [ ] B. Régimen Subsidiado
- [ ] 15. Traslado: [ ] A. Mismo Régimen [ ] B. Diferente Régimen
- [ ] 16. Reporte de fallecimiento del Cotizante o Cabeza de familia.
- [ ] 17. Reporte del trámite de protección al cesante.
- [ ] 18. Reporte de la calidad de Pre- pensionado.
- [ ] 19. Reporte de la calidad de Pensionado.
- [ ] 20. Ingreso a Contribución Solidaria.
- [ ] 21. Retiro de Contribución Solidaria.

## VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

**61. Datos básicos de identificación**

| Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre |
|---|---|---|---|
| | | | |

| Tipo de documento de identidad | Número del documento de identidad | 62. Sexo biológico (Femenino / Masculino) | 63. Sexo identificación (F M T NB Otro / Cuál) | 64. Fecha de nacimiento |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |

| 65. EPS anterior | 66. Fecha de novedad | 67. Motivo de traslado | 68. Caja de compensación Familiar o pagador de pensiones |
|---|---|---|---|
| | 1 0 1 0 2 0 2 5 | Código | |

## VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- [ ] 69. Declaraciones de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- [ ] 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 implican la entrega de los documentos que acrediten la condición de beneficiarios.
- [ ] 72. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
- [x] 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 vigente y a las entidades públicas que por sus funciones lo requieran.
- [x] 75. 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.
- [x] 76. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.
- [ ] 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 se hará cargo del pago de la Contribución Solidaria**

| Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre | Tipo de documento de identidad | No. de documento de identidad |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | |

## IX. FIRMAS

| 80. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional | 81. Aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de Oficio |
|---|---|
| Mesa Mesa Ana Yibe | Sandra Leon |

## X. ANEXOS

- [ ] 82. Anexo copia del documento de identidad. Cantidad de documentos de identidad anexos: CN RC TI CC CE PA CD SC PT
- [ ] 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 la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

Total Anexos

## XI. DATOS DE LA ENTIDAD TERRITORIAL O INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL

| 92. Identificación de la Entidad Territorial: Código del municipio | Código del departamento | 93. Nombre de la Institución |
|---|---|---|
| | | |

## XII. DATOS DEL FUNCIONARIO DE LA ENTIDAD TERRITORIAL O DE LA INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL

**94. Apellidos y nombres**

| Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre |
|---|---|---|---|
| | | | |

| Tipo de documento de identidad | Número del documento de identidad | 96. Firma del funcionario | 96. Fecha de radicación | 97. Fecha de validación |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |

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 de formulario.

| Doc. identificación y nombre del Ejecutivo Comercial | Sello de Radicación | Sticker procesamiento |
|---|---|---|
| | | |

3. REPORTE DE NOVEDADES

porvenir
sólo hay uno

**SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A.**

En su condición de administradora del

**FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

NIT 800.224.808-8

# CERTIFICA QUE:

**ANA YIBE MESA MESA,** identificado(a) con cédula de ciudadanía **47.436.116**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 27 de Octubre del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

**Tenga en cuenta:**

*Es fundamental que revise periódicamente su Historia Laboral, el capital ahorrado y las semanas que tiene registradas, si presenta inconsistencias, ingrese a* www.porvenir.com.co *y actualice su Historia Laboral.*

ComfaCasanare
Continuamos Sonñando !!

Marque con una equis (x) y verifique instrucciones de diligenciamiento y causales de no aceptación al reverso
☐ Inscripción del trabajador ☐ Modificación
☐ Traslado
☐ Reintegro en el mismo mes. SI ☐ NO ☐
Indique última fecha de retiro: ___ ___ ___

SOS CONFIANZA

# Formato de Inscripción, de Trabajadores

FAPF006

## 1. DATOS DEL TRABAJADOR

| | | | |
|---|---|---|---|
| Tipo y número de identificación: CEDULA: 47436116 | Fecha de expedición: 1997-04-16 | Sexo: FEMENINO | |
| Primer Apellido: MESA | Segundo Apellido: MESA | Primer Nombre: ANA | Segundo Nombre: YIBE |
| Fecha de nacimiento: 1976-10-14 | Teléfono: 3114403979 | Dirección de residencia: CLLE 20 # 18 - 15 | Barrio: |
| Correo Electrónico: anayibemesa@gmail.com | | | |
| Estado civil: SOLTERO | | | |

| Ciudad | Fecha de ingreso a la empresa | Horas laborales | Cargo | Sueldo Básico |
|---|---|---|---|---|
| YOPAL | 2025-10-10 | 220 | CONTADOR | 1423500 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Tipo de contrato: | FIJO | Administra recursos públicos: | Servidor público: | Nivel de escolaridad: | PROFESIONAL UN |
| Profesión: | CONTADOR PÚBLICO | Ocupación: | CONTADORES | | |
| Orientación sexual: | HETEROSEXUAL | Vivienda: | ARRENDADA | | |
| Factor de vulnerabilidad: | NO APLICA | Pertenencia étnica: | | | |

NO SE AUTO RECONOCE EN NINGUNO DE LOS ANTER

## 2. DATOS DE LA EMPRESA

| NOMBRE O RAZÓN SOCIAL | Teléfono |
|---|---|
| UNION TEMPORAL INTERVENTORIA PAE INTERNADOS 2025 | |
| NIT, CC O CE: 901991320 | DEPENDENCIA: |

## 3. DATOS DEL CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| Tipo y número de identificación | Fecha de expedición | Sexo | |
| Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre |
| Fecha de nacimiento | EMPRESA DONDE TRABAJA O ACTIVIDAD ECONOMICA | | |
| Caja de compensación a las cual está afiliado(a) | Sueldo Básico | | |

**Datos Personales de Solicitud**

Yo, ANA YIBE MESA YIBE, identificado con cédula de ciudadanía No. 47436116,manifiesto así de manera expresa, que AUTORIZO para el uso y tratamiento de mis datos personales en virtud de la función que le compete el tratamiento de los que fueran recolectados para las finalidades, así como para el envío de mensajes de correo de texto (SMS); de igual forma autorizo de manera irrevocable a la Caja a corroborar con cualquier persona, institución y autoridad, la información relativa a mis referencias personales, comerciales, fiscales, judiciales, financieras y cualquier otro dato que a juicio de la organización sea pertinente para verificar y ampliar información por mi suministrada de acuerdo al manual de políticas y protección de datos establecido por la Caja de Compensación Familiar del Casanare COMFACASANARE de acuerdo a lo establecido en la ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013

FIRMA

Declaro bajo la gravedad de juramento que todos los datos son exactos y consignados por quien firma.

Firma del trabajador(a)
C.C. TI. R.C o C.E. No 47436116

Firma y sello del empleador

CONVENIO/CRONOS: FORMULARIO SIN BENEFICIARIOS

ComfaCasanare

Radicado: 2025-1 -1-Epcv6Ex5B-w8
Fecha: 2025-1 -1-0
Hora: 12:22:47
Destino: Afiliaciones
Empresa: UNION TEMPORAL INTERVENTORIA PAE INTERNADOS 2025

La información de este formato está sujeta a verificación

Utilice este formato exclusivamente para afiliación de trabajadores cotizantes, usuarios o no cuota libre sin beneficiarios

| CONTRATO LABORAL: UT – PAE – 008 – 2025 | | |
|---|---|---|
| **NOMBRE DEL EMPLEADOR**<br>UNIÓN TEMPORAL INTERVENTORIA PAE INTERNADOS 2025 | **NIT DEL EMPLEADOR**<br>901.991.320-1 | **DIRECCIÓN DEL EMPLEADOR**<br>Calle 11 # 28 – 713 |
| **NOMBRE DEL EMPLEADO**<br>LEDIS ISABEL MADRID SILVA | | **NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN**<br>37.721.191 |
| **CARGO A DESEMPEÑAR**<br>ABOGADO INTERVENTORIA | **PORCENTAJE DE DEDICACIÓN**<br>20% | **SALARIO**<br>**$ 1.367.033,33** |

Entre el empleador y el trabajador, personas vecinas y mayores de edad, identificadas como aparecen al pie de nuestras correspondientes firmas, acuerdan celebrar el presente Contrato Individual de Trabajo a Término Fijo, regido por las siguientes cláusulas:

**PRIMERA**: Lugar. El trabajador(a) desarrollará sus funciones en las dependencias o el lugar que la empresa determine. Dirección Vía Sirivana Yopal Casanare, adicional se tendrá en cuenta las salidas ocasionales a campo según los requerimientos de los contratistas, Cualquier modificación del lugar de trabajo, que signifique cambio de ciudad, se hará conforme al Código Sustantivo de Trabajo.

**SEGUNDA**: Funciones. El empleador contrata al trabajador(a) para desempeñarse como ABOGADO INTERVENTORIA en la Sede; Calle 11 N 28 - 713 vía Sirivana, ejecutando labores como:

- Brindar acompañamiento y asesoría legal permanente al equipo de interventoría, garantizando que todas las actuaciones, revisiones y decisiones se enmarquen dentro de la normatividad contractual, administrativa y sanitaria vigente.
- Analizar el contrato principal del operador del PAE y el contrato de interventoría, sus anexos y documentos complementarios, identificando obligaciones, alcances, riesgos y responsabilidades de las partes involucradas.

- Emitir conceptos jurídicos relacionados con la ejecución, interpretación y cumplimiento del contrato, así como sobre las situaciones que se presenten durante la intervención (modificaciones, prórrogas, incumplimientos, sanciones, entre otros).
- Apoyar al Director de Interventoría en la identificación, documentación y sustentación de los posibles incumplimientos contractuales por parte del operador o terceros, elaborando los informes y soportes requeridos para su trámite ante la entidad contratante.
- Redactar y revisar actas, informes, requerimientos, oficios, comunicaciones y demás documentos con validez jurídica que se deriven del ejercicio de la interventoría.
- Asesorar a la entidad contratante o al equipo interventor en la preparación y soporte jurídico de procesos sancionatorios, imposición de multas o cobros derivados del incumplimiento de las obligaciones contractuales.
- Verificar que las actuaciones del operador y de la interventoría se ajusten a la Ley 80 de 1993, Ley 1150 de 2007, Decreto 1082 de 2015 y demás normas aplicables en materia de contratación estatal, así como a los lineamientos del PAE.
- Examinar la vigencia, suficiencia y cumplimiento de las pólizas de garantía exigidas al operador, informando oportunamente sobre inconsistencias o riesgos detectados.
- Participar en la elaboración de los informes mensuales, parciales y finales de la interventoría, aportando análisis jurídicos, recomendaciones y conclusiones relacionadas con la gestión contractual.
- Identificar riesgos jurídicos asociados a la ejecución contractual y proponer acciones preventivas que mitiguen su ocurrencia o impacto en la ejecución del programa.

**TERCERA**: Elementos de trabajo: Corresponde al empleador suministrar los elementos necesarios para el normal desempeño de las funciones del cargo contratado.

**CUARTA**: Obligaciones del contratado: Es una obligación del trabajador(a), respecto de información contractualmente sujeta a reserva, así como frente a la información confidencial:

* Diligenciar Formatos, Actas, Minutas, cuando los servicios sean requeridos a Campo.

* Debe respetar el horario laboral.

* Portar y usar debidamente los elementos de protección personal suministrados por el empleador.

* Realizar personalmente la labor en los términos estipulados; observar los preceptos de este reglamento y acatar y cumplir las órdenes e instrucciones que de manera particular le imparta Unión Temporal Interventoría PAE Internados 2025 o sus representantes, según el orden jerárquico establecido.

* Dedicar la totalidad del tiempo reglamentario de trabajo al desempeño de las funciones que les han sido encomendadas.

* Usar los implementos y equipos de trabajo única y exclusivamente para labores de la Unión Temporal Interventoría PAE Internados 2025. Si se le provee un equipo de comunicación móvil, deberá usarlo en asuntos laborales, sin exceder el plan de consumo asignado.

* Guardar, reserva, sigilo y/o confidencialidad de la información del Empleador, Contratistas y Proveedores.

* La interventoría y el recurso humano que en ella se desempeñe no podrá divulgar, publicar o comunicar, directa o indirectamente, a terceros la información, documentos o fotografías relacionados con el objeto contractual, ni los procesos de verificación, seguimiento y control que se deriven del desarrollo de las actividades. Para estos efectos, toda información que se recabe durante lo ejecución del contrato. Se considerará importante y confidencial, por lo tanto, el hecho de divulgarla o transmitirlo. Podría lesionar los intereses públicos de lo Secretaría de Educación Departamental, así como los correspondientes derechos de autor. En este contexto.

* Abstenerse de efectuar un uso no autorizado o de conductas constitutivas de fuga de información o revelación a terceros.

* El trabajador se obliga a mantener la confidencialidad de la información que reciba antes o después de la firma de este acuerdo durante la duración de su relación laboral con el Empleador y por un período de cuatro (4) años contados a partir del momento en que termine su contrato laboral.

* Una vez se dé por terminado el presente contrato el empleado debe realizar la respectiva devolución de los EPP que cuente con los distintivos de la Unión Temporal Interventoría PAE Internados 2025 y botas que no superen el tiempo de desgaste normal requerido (12 meses), para dar disposición final a la misma.

**QUINTA**: Término del contrato. El presente contrato tendrá un término de duración de (2) meses, tendrá como fecha de inicio del 10 de octubre del 2025 y terminará el 10 de diciembre del 2025. Lapso en el cual cualquiera de las partes podrá dar por terminado el presente contrato en forma unilateral.

Además, se dará por terminación de contrato por las causales descritas en los articulos 61, 62, 63, 64 del código sustantivo del trabajo de Colombia.

**SEXTA**: JUSTAS CAUSAS PARA DESPEDIR: Son justas causas para dar por terminado unilateralmente el presente contrato por cualquiera de las partes, el incumplimiento a las obligaciones y prohibiciones que se expresan en los articulos 57 y siguientes del Código sustantivo del Trabajo.

* Al cumplir 3 llamados de atención y/o memorandos será causal de despido, según lo establecido en el Reglamento Interno de Trabajo, Higiene y de Seguridad de la empresa.

El estatuto de los trabajadores establece la obligación de todos los trabajadores de respetar y cumplir las medidas legales y reglamentarias y las instrucciones recibidas por la empresa en materia de seguridad y salud en el trabajo. En el artículo 55° Numeral F, constituye como FALTA GRAVE, presentarse en estado de embriaguez o bajo sustancias narcóticas y/o drogas enervantes, referido en nuestro reglamento interno de trabajo del mismo recoge los casos de incumplimiento grave y culpable del trabajador en los que se puede proceder al despido con justa causa de su contrato laboral.

En el articulo 64 del código sustantivo del trabajo que contiene dos comportamientos (numerales 4 y 6) relacionados con el daño a las herramientas, y que pueden ser causal de terminación del contrato de trabajo:

- *Todo daño material causado intencionalmente a los edificios, obras, maquinarias y materias primas, instrumentos y demás objetos relacionados con el trabajo, y toda grave negligencia que ponga en peligro la seguridad de las personas o de las cosas. Se le realizará descuento de los daños ocasionados.*

- *Cualquier violación grave de las obligaciones o prohibiciones especiales que incumben al trabajador de acuerdo con los articulos 58 y 60 del Código Sustantivo del Trabajo, o cualquier falta grave calificada como tal en pactos o convenciones colectivas, fallos arbitrales, contratos individuales o reglamentos.*

**SÉPTIMA**: Salario. El empleador cancelará al trabajador(a) un salario mensual de 1.367.033,33 pesos moneda legal corriente ($), pagaderos en el lugar de trabajo, el día 30 de cada mes. Dentro de este pago se encuentra incluida la remuneración de los descansos dominicales y festivos de que tratan los capítulos I y II del título VII del Código Sustantivo del Trabajo.

**OCTAVA:** Trabajo extra, en dominicales y festivos. El trabajo suplementario o en horas extras, así como el trabajo en domingo o festivo que correspondan a descanso, al igual que los nocturnos, será remunerado conforme al código laboral. Es de advertir que dicho trabajo debe ser autorizado u ordenado por el empleador para efectos de su reconocimiento. Cuando se presenten situaciones urgentes o inesperadas que requieran la necesidad de este trabajo suplementario, se deberá ejecutar y se dará cuenta de ello por escrito, en el menor tiempo posible al jefe inmediato, de lo contrario, las horas laboradas de manera suplementaria que no se autorizó o no se notificó no será reconocido.

**NOVENA**: Horario. El trabajador se obliga a laborar la jornada ordinaria en los turnos y dentro de las horas señaladas por el empleador, pudiendo hacer éste ajustes o cambios de horario cuando lo estime conveniente. Por el acuerdo expreso o tácito de las partes, podrán repartirse las horas jornada ordinaria de la forma prevista en el artículo 164 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado por el artículo 23 de la Ley 50 de 1990, teniendo en cuenta que los tiempos de descanso entre las secciones de la jornada no se computan dentro de la misma, según el artículo 167 ibidem. De igual manera se le tendrá en cuenta los días de permisos personales autorizados y no laborados por el trabajador para ser descontados en su respectiva nómina mensual, con sus prestaciones sociales, seguridad social del empleado. (Por día laborado según sea el caso).

**DECIMA**: Afiliación y pago a seguridad social. Es obligación de la empleadora afiliar al trabajador a la seguridad social como es salud, pensión y riesgos profesionales nivel I, y caja de compensación familiar; autorizando el trabajador el descuento en su salario, los valores que le corresponda aportan, en la proporción establecida por la ley.

**DECIMA PRIMERA:** Cambio de lugar de trabajo. El empleador acordara con el trabajador por mutuo acuerdo el cambio de lugar de trabajo; por razones eventuales de trabajos fuera de la empresa y no abra lugar a un nuevo contrato de trabajo, ya que desempeñara las mismas funciones con el salario acordado.

**DECIMA SEGUNDA**: Modificaciones. Cualquier modificación al presente contrato debe efectuarse por escrito y anexarse a este documento.

**DECIMA TERCERA**: Efectos. El presente contrato reemplaza y deja sin efecto cualquier otro contrato verbal o escrito, que se hubiera celebrado entre las partes con anterioridad y/o con otra empresa o persona natural.

Se firma por las partes, el día 10 del mes octubre de 2025.

**LEDIS ISABEL MADRID SILVA**
**C.C. 37.721.191**

**UNIÓN TEMPORAL INTERVENTORÍA PAE INTERNADOS 2025**
**R/L: SANDRA YINED LEON MORA**
**C.C.** 39.751.268 de Villanueva – Casanare
**Celular: 3107612491**
**Dirección electrónica:** interventoriapaeinternados2025@gmail.com

REPUBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACION PERSONAL

CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 37.721.191

MADRID SILVA

APELLIDOS

LEDIS ISABEL

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 01-OCT-1978

SABANA DE TORRES

(SANTANDER)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.60 ESTATURA

O+ G.S. RH

F SEXO

03-ABR-1997 BUCARAMANGA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL

ALMABEATRIZ RENDON LOPEZ

Hacienda

POSITIVA
COMPAÑÍA DE SEGUROS

## CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

## POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

## HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el Ramo de Riesgos Laborales se evidenció que, **LEDIS ISABEL MADRID SILVA** identificado con CC No **37721191,** registra la siguiente información.

| Datos del Empleador | Datos de la Relación Laboral |
|---|---|
| **UNION TEMPORAL INTERVENTORIA PAE INTERNADOS 2025 – NIT 901991320-1** | **Fecha de inicio de cobertura:** 23/10/2025<br>**Estado Afiliación:** ACTIVO<br>**Tipo Vinculación:** TRABAJADOR DEPENDIENTE<br>**Clase de Riesgo: 1** |

Esta certificación se expide en la ciudad de ciudad de Bogotá D.C. a los 23 días del mes de octubre de 2025.

Cordialmente,

**GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES**
**POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.**