

**CONTRATO INDIVIDUAL DE TRABAJO A TÉRMINO INDEFINIDO**

<b>EMPLEADOR:</b>	SMILE CONCEPT S.A.S
<b>TRABAJADOR:</b>	DEISY CAROLINA CAMARGO TORRES
<b>CARGO:</b>	COORDINADORA ADMINISTRATIVA

Entre los suscritos, a saber: **LUIS FERNANDO ESPITIA PARRA**, mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía número 1.019.035.756 expedida en Bogotá D.C quién obra en calidad de representante legal de **SMILE CONCEPT S.A.S.**, con **NIT 901078576-4** por una parte, y en adelante y para efectos del presente documento se denominará **EMPLEADOR**, y por la otra, **DEISY CAROLINA CAMARGO TORRES** identificada con cédula de ciudadanía No. **XXXXXX** Expedida en **XXXXXX** quién en adelante y para efectos del presente documento se denominará **EL (LA) TRABAJADOR (A)**, hemos celebrado el contrato de trabajo a término indefinido, estipulado en las siguientes cláusulas: **PRIMERA. OBJETO:** a) **EL EMPLEADOR** contrata los servicios del **TRABAJADOR** y éste se obliga a poner al servicio del **EMPLEADOR** toda la capacidad normal de trabajo, y el desempeño de sus funciones propias del oficio mencionado y en las labores anexas complementarias del mismo, de conformidad con los reglamentos, los cuales declaran conocer y acatar, y con las órdenes e instrucciones que le impartan el **EMPLEADOR** o sus representantes, todo lo cual forma parte integrante del presente contrato, para todos los efectos legales. b) Guardar absoluta reserva sobre los hechos, documentos físicos y/o electrónicos, informaciones y en general, sobre los asuntos y materias que lleguen a su conocimiento por causa o con ocasión de su contrato de trabajo. **SEGUNDA. REMUNERACIÓN Y FORMA DE PAGO:** Como remuneración el **EMPLEADOR** pagará al **TRABAJADOR** la suma de **XXXXXX** mensuales, con todas las prestaciones sociales de Ley, valor que ambas partes convienen que sea pagado por mes vencido. Adicional a esto se realizará un reconocimiento o bonificación **NO SALARIAL** por un valor de **XXXXXX** la cual, al ser un devengo **NO SALARIAL** no estará sujeto al pago de seguridad social y/o prestaciones sociales. El valor de seguridad social y prestaciones sociales se liquidará sobre el salario mínimo legal mensual vigente.

**TERCERA. PAGOS QUE NO CONSTITUYEN SALARIO:** El **TRABAJADOR** y el **EMPLEADOR**, acuerdan expresamente que no constituyen salario los pagos o reconocimientos que se le hagan al **TRABAJADOR** por concepto de beneficios o auxilios habituales u ocasionales acordados convencional o contractualmente otorgados en forma extralegal por el **EMPLEADOR**, tales como la alimentación, habitación o vestuario, las primas o bonificaciones, aguinaldos, auxilios o becas para estudio, auxilios por muerte de familiares o por calamidad doméstica, auxilios o reconocimientos por medicamentos o consultas médicas u odontológicas, o cualquier otro beneficio similar a los anteriormente enunciados. Tampoco constituyen salario los beneficios, auxilio o gastos de viaje que el **EMPLEADOR** llegue a reconocerle al **TRABAJADOR** por concepto de alimentación, habitación, o alojamiento. **CUARTA. CAMBIOS Y TRASLADOS:** El **TRABAJADOR** acepta desde ahora los traslados de lugar de trabajo y cambio de oficio o funciones, que decida el **EMPLEADOR**, especialmente cuando estos se originen por la adopción de nuevas tecnologías, implantación de nuevos sistemas, etc., siempre y cuando tales traslados o cambios no desmejoren su remuneración. **QUINTA.**

“USO EXCLUSIVO DE LA EMPRESA SMILE CONCEPT S.A.S”

Carrera 14 No 15-47- Duitama Boyacá

Teléfono: (8) 7651991 – 3023911570

E-mail: [odontologiasmileconcept@gmail.com](mailto:odontologiasmileconcept@gmail.com)

[www.smileconcept.com.co](http://www.smileconcept.com.co)

**PERIODO DE PRUEBA:** Los primeros dos **(2) meses** del presente contrato se consideran como **periodo de prueba** y por consiguiente tienen por objeto, por parte del **EMPLEADOR**, apreciar las aptitudes del **TRABAJADOR** y por otra parte de éste a conveniencia de las condiciones de trabajo. Durante este periodo puede darse por terminado el contrato unilateralmente, en cualquier momento durante dicho periodo, sin que por este hecho se cause el pago de indemnización alguna. **PARÁGRAFO:** Será motivo especial para suspender la relación laboral que el **TRABAJADOR** no anexe antes de cumplirse dos (2) meses de prueba la documentación que se exige para su vinculación laboral. **SEXTA. DURACIÓN DEL CONTRATO:** La duración del contrato será indefinida, mientras subsistan las causas que dieron origen y la materia del trabajo. **SÉPTIMA. TERMINACIÓN DEL CONTRATO POR JUSTA CAUSA:** **a)** Son justas causas para dar por terminado unilateralmente, este contrato, por cualquiera de las partes, las enumeradas en los Arts.62 y 63 de C.S.T., modificados por el Art.7º del decreto 2351/65 y demás, por parte del **EMPLEADOR**, las faltas que para el efecto se califiquen como graves en reglamentos y demás documentos que contengan reglamentaciones, ordenes, instrucciones o prohibiciones de carácter general o particular, pactos, convenciones colectivas, laudos arbitrales y las que expresamente convengan clasificar así en escritos que formaran parte integrante del presente contrato. Expresamente se califican en este acto faltas graves la violación a las obligaciones y prohibiciones contenidas en la cláusula primera del presente contrato. **b) EL TRABAJADOR** se obliga especialmente a cumplir el reglamento interno de trabajo adoptado por la empresa, el cual declara conocer o cumplir el que entre a regir en el futuro. **c)** Cualquier violación grave de las obligaciones o prohibiciones especiales que incumben al trabajador de acuerdo con los artículos 58 y 60 del C.S.T., o cualquier falta grave clasificada como tal en pactos o convenciones colectivas, fallos arbitrales, contratos individuales o reglamentos. **d)** Cualquier delito o contravención en que incurra el **TRABAJADOR** en perjuicio de los intereses del **EMPLEADOR** o contra su vida, honra y bienes, o contra sus representantes o compañeros de trabajo, sin perjuicio de las acciones penales respectivas. **e)** La ejecución deficiente de las labores encomendadas al **TRABAJADOR**, a juicio del **EMPLEADOR**. **f)** La ejecución por parte del **TRABAJADOR** de labores remuneradas al servicio de terceros. **g)** La revelación de cualquier secreto o acto reservado relacionado con los negocios del empleador. **h)** Las desavenencias con sus compañeros de trabajo que lleguen a crear dificultades para la buena marcha de la empresa a juicio del **EMPLEADOR** **i)** No acatar el **REGLAMENTO INTERNO DE TRABAJO**, el cual regula las faltas y sanciones disciplinarias. **j)** Conservar y hacer un uso adecuado de todo el material e instrumentos para el cumplimiento de la labor contratada, proporcionados por el **EMPLEADOR**, lo que implica actuar de forma diligente y realizar todas las labores pertinentes para el cuidado y la conservación de dichos bienes. **k)** Responder económicamente, por los daños, pérdidas, averías, desajustes de los instrumentos y materiales otorgados para la prestación del servicio, cuando la causa de tales afectaciones no sea el deterioro natural de las mismas. **l)** El incumplimiento por parte de **EL TRABAJADOR** de lo establecido en la cláusula PRIMERA del presente contrato. **j)** La pérdida, destrucción, daño, avería de los equipos, herramientas e instrumentos entregados por el **EMPLEADOR**, para la debida ejecución de su trabajo, siempre y cuando tal afectación no provenga de un caso fortuito o fuerza mayor, un hecho de un tercero debidamente identificado, o el deterioro natural de los bienes. **Parágrafo.-** En caso de enfermedad que ocasione incapacidad para trabajar, **EL TRABAJADOR** se encuentra obligado a

“ USO EXCLUSIVO DE LA EMPRESA SMILE CONCEPT S.A.S”

Carrera 14 No 15-47- Duitama Boyacá

Teléfono: (8) 7651991 – 3023911570

E-mail: odontologiasmileconcept@gmail.com

[www.smileconcept.com.co](http://www.smileconcept.com.co)

acreditar tal circunstancia oportunamente a **EL EMPLEADOR** con el correspondiente certificado expedido por la E.P.S. a la cual se encuentre afiliado. Las incapacidades expedidas por médicos particulares no tienen ninguna validez y efecto. Cualquier ausencia por enfermedad no comprobada mediante la certificación médica de la E.P.S. a la cual se encuentre afiliado, se considera injustificada y dará lugar a las sanciones previstas en el Reglamento Interno de Trabajo y en caso de reincidencia, al despido por justa causa.

**OCTAVA. TRABAJO SUPLEMENTARIO:** Todo trabajo suplementario o de horas extras y todo trabajo en día domingo o festivo en los que legalmente debe concederse descanso, mientras no sea labor que según la ley o contrato ha de ejecutarse así, debe autorizarlo el **EMPLEADOR** o sus representantes, previamente, por escrito, para cada caso. Cuando la necesidad de este trabajo se presente de manera imprevista o inaplazable, deberá ejecutarse y darse cuenta de él por escrito, a la mayor brevedad, al **EMPLEADOR** o a sus representantes. **EI EMPLEADOR**, en consecuencia, no reconocerá ningún trabajo suplementario o en días de descanso legalmente obligatorio que no haya sido autorizado previamente o avisado inmediatamente, como queda dicho.

**NOVENA. TRABAJO ORDINARIO:** **EI TRABAJADOR** se obliga a laborar la jornada ordinaria de ocho (8) horas diarias y cuarenta y ocho (48) horas a la semana, en los términos y dentro de las horas señaladas por el **EMPLEADOR**, pudiendo éste hacer ajustes o cambios de horario cuando lo estime conveniente. Por acuerdo expreso o tácito de las partes, podrán repartirse las horas de la jornada ordinaria en forma prevista en el artículo 23 de la Ley 50 de 1.990, teniendo en cuenta que los tiempos de descanso entre las sesiones de la jornada no se computan dentro de la misma, según el artículo 167 del Código Sustantivo del Trabajo.

**DECIMA. MODIFICACIÓN DE LAS CONDICIONES LABORALES:** **EL TRABAJADOR** acepta desde ahora expresamente todas las modificaciones de sus condiciones laborales determinadas por el **EMPLEADOR** en ejercicio de su poder subordinante, tales como turnos y jornadas de trabajo, el lugar de prestación de servicios, el cargo u oficio y/o funciones de remuneración, siempre que tales modificaciones no afecten su honor, dignidad o sus derechos mínimos, ni impliquen desmejoras sustanciales o graves perjuicios para él, de conformidad con lo dispuesto por el Art. 23 de C.S.T. modificado por el Art. 1º de la ley 50/90. Los gastos que se originen con el traslado de lugar de prestación del servicio será cubierto por el **EMPLEADOR**, de conformidad con el numeral 8º del Art. 57 del C.S.T.

**DECIMA PRIMERA. DIRECCIÓN DEL TRABAJADOR:** **EL TRABAJADOR** para todos los efectos legales y en especial para la aplicación del parágrafo 1 del Artículo 29 de la ley 789/02, norma que modifico el 65 de C.ST., se compromete a informar por escrito y de manera inmediata al **EMPLEADOR** cualquier cambio en su dirección de residencia, teniéndose en todo caso como suya, la última dirección registrada en su hoja de vida.

**DECIMA SEGUNDA: DEDUCCIONES Y RETENCIONES:** **EL TRABAJADOR** autoriza desde ahora al **EMPLEADOR** para que de sus salarios, prestaciones sociales e indemnizaciones, le descuente, durante la vigencia del contrato o al momento de la terminación del mismo, por cualquier causa, las sumas de dinero que por cualquier motivo le llegare a adeudar, de una manera muy especial aquellas sumas que llegue a deber por razón del manejo de dinero o bienes que se le confíen en razón de sus funciones.

**DECIMA TERCERA. NORMAS APLICABLES:** En este contrato se entienden incorporadas todas las normas vigentes que regulan las relaciones entre **EMPLEADOR** y **TRABAJADOR** y las que lleguen a implantarse por la ley

“ USO EXCLUSIVO DE LA EMPRESA SMILE CONCEPT S.A.S”

Carrera 14 No 15-47- Duitama Boyacá

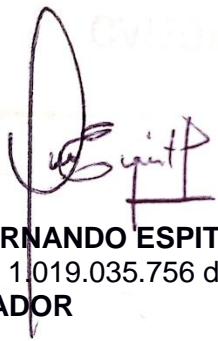
Teléfono: (8) 7651991 – 3023911570

E-mail: odontologiasmileconcept@gmail.com

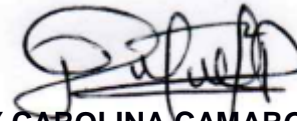
[www.smileconcept.com.co](http://www.smileconcept.com.co)

en el futuro. **DÉCIMA CUARTA. EFECTOS DEL CONTRATO:** El presente contrato reemplaza en su integridad y deja sin efecto cualquiera otro contrato, verbal o escrito, celebrado entre las partes con anterioridad.

Para constancia de lo anterior, se firma en Duitama el presente contrato al primer (1) día del mes de Marzo de 2022, en dos ejemplares del mismo valor y tenor literal.



**LUIS FERNANDO ESPITIA PARRA**  
C.C. No. 1.019.035.756 de Bogotá D.C  
**EMPLEADOR**



**DEISY CAROLINA CAMARGO TORRES**  
C.C. No. Xxxxxx de xxxxxx  
**TRABAJADOR**

“USO EXCLUSIVO DE LA EMPRESA SMILE CONCEPT S.A.S”

Carrera 14 No 15-47- Duitama Boyacá

Teléfono: (8) 7651991 – 3023911570

E-mail: [odontologiasmileconcept@gmail.com](mailto:odontologiasmileconcept@gmail.com)

[www.smileconcept.com.co](http://www.smileconcept.com.co)