



CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS

CONTRATO
No EA 3164-1

ENTIDAD CONTRATANTE: FUNDACION SOCIAL CASTILLO DE SAN LUCAS

JARDIN AVESOL

CONTRATISTA: ANA KARINA HUERTAS PEREZ

IDENTIFICACIÓN: C.C.1102846923

CONSIDERACIONES

1. Este contrato ha sido redactado estrictamente de acuerdo con la Ley y la Jurisprudencia y será interpretado de buena fe y en consonancia con el C.S.T., cuyo objeto según el Artículo 1º es lograr la justicia entre las partes, en sus relaciones, dentro de un espíritu de coordinación económica y equilibrio social, determinado por la Ley 115 de 1995, Ley 43 de 1994, Ley 100 de 1993, Ley 789 de 2002, **LA FUNDACION SOCIAL CASTILLO SAN LUCAS** podrá contratar directamente la prestación de servicios profesionales y de apoyo a la gestión de la entidad cuando se trate de la realización de fines específicos o no hubiere personal de planta suficiente para prestar el servicio a contratar.
2. En virtud de lo anterior, la **FUNDACION SOCIAL CASTILLO SAN LUCAS** realizó la evaluación de la hoja de vida de **ANA KARINA HUERTAS** quien demostró contar con la idoneidad, capacidad y experiencia para prestar los servicios objeto del presente **CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUXILIAR EN ATENCION A LA PRIMERA INFANCIA** según verificación hecha por el(los) evaluador.
3. Que el/la **CONTRATISTA** hace las siguientes declaraciones: **1.** Conoce y acepta los documentos del proceso. **2.** Tuvo la oportunidad de solicitar aclaraciones y modificaciones a los documentos del proceso y recibió de la **FUNDACION SOCIAL CASTILLO SAN LUCAS** respuesta oportuna a cada una de las solicitudes. **3.** Se encuentra debidamente facultado para suscribir el presente contrato. **4.** Que al momento de la celebración del presente contrato no se encuentra en ninguna causal de inhabilidad e incompatibilidad o prohibición legal para celebrar el presente **CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS**. **5.** Estar a paz y salvo con sus obligaciones laborales y frente al sistema de seguridad social integral. **6.** El valor del contrato incluye todos los gastos, costos, derechos, impuestos, tasas y demás contribuciones relacionados con el cumplimiento del objeto del presente contrato. **7.** Conoce y acepta que con la firma del presente contrato no se genera vínculo laboral alguno entre el/la **CONTRATISTA** y la **FUNDACION SOCIAL CASTILLO SAN LUCAS**. **8.** Conoce y acepta las estipulaciones particulares que se pactan en el presente contrato, dirigidas a proteger los derechos fundamentales de los usuarios de los servicios y particularmente a evitar y a conjurar de manera inmediata cualquier tipo de maltrato o afectación a su integridad física psicológica. Que el presente **CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS** se registrará por lo dispuesto el estudio previo y las siguientes estipulaciones:



FUNDACION SOCIAL CASTILLO DE SAN LUCAS



CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS

CONTRATO
No EA 3164-1

ESTIPULACIONES CONTRACTUALES

1. **OBJETO:** Prestar los servicios de AUXILIAR EN ATENCION A LA PRIMERA INFANCIA para la implementación de la educación inicial en el marco del proceso de atención integral a la Primera infancia en jardín infantil de la **FUNDACIÓN SOCIAL CASTILLO DE SAN LUCAS JARDIN AVESOL**
2. **VALOR: DIECINUEVE MILLONESQUINIENTOS NOVENTA Y SIETE MIL SEISCIENTOS PESOS MCTE (\$19.597.599)**
3. **PLAZO DE EJECUCIÓN:** El plazo de ejecución será desde 13/05/2024 AL 14/05/2024 como etapa de alistamiento con valor \$ (192.133) y contrato desde 15/05/2024 al 06/12/2024 **CONTRATO** como **AUXILIAR EN ATENCION A LA PRIMERA INFANCIA** a partir de la fecha de suscripción del **CONTRATO** de Inicio. **PARÁGRAFO:** La **FUNDACION SOCIAL CASTILLO SAN LUCAS** no reconocerá valor alguno por los costos en que haya incurrido el/la **CONTRATISTA** relacionados con la ejecución del contrato que se hayan generado con anterioridad al cumplimiento de los requisitos de perfeccionamiento, legalización y ejecución del contrato, o con posteridad al vencimiento del plazo de ejecución del mismo.
4. **FORMA DE PAGO.** Se pagará a el/la **CONTRATISTA** la suma de **DOS MILLONES OCHOCIENTOS OCHENTA Y DOS MIL PESOS. (\$2.882.000)** salvo lo atinente al inicio y finalización de los mismos los cuales se pagarán de acuerdo con los días ejecutados. **PARÁGRAFO PRIMERO.** Los pagos aquí referenciados se realizarán los primeros DIEZ días calendario de cada mes, los cuales solo estarán sujetos al aporte de la siguiente documentación: **i).** Cumplimientos de aportes a seguridad social para el periodo correspondiente, **ii).** Informe parcial o final avalado por el coordinador/a. **iii).** Cumplimiento de los trámites administrativos como diligenciamiento cuenta de cobro, expedición de facturas cuando haya lugar, y paz y salvos para el último de cobro, expedición de facturas cuando haya lugar, y paz y salvos para el último pago. **PARÁGRAFO SEGUNDO.** A efectos de realización del pago final el coordinador/a tendrá que tramitarlo con los documentos que a continuación se enuncian: **i).** Cumplimientos de aportes a seguridad social para el período correspondiente (final) **ii).** Informe final avalado por el coordinador/a. **iii).** Entregar en medio magnético los archivos y trámites adelantados con ocasión del objeto del contrato. **iv).** Cumplimiento de los trámites administrativos a que haya lugar (paz y salvos y expedición de facturas cuando haya lugar). **PARÁGRAFO TERCERO.** Será responsabilidad exclusiva de la entidad a través de su coordinador/a gestionar los pagos correspondientes por las ejecuciones recibidas a satisfacción para el periodo en concreto (mes completo o fracción por periodo de inicio o final), esta gestión deberá realizarse dentro de los veinte (20) primeros



FUNDACION SOCIAL CASTILLO DE SAN LUCAS

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS

CONTRATO
No EA 3164-1

días calendario de cada mes (Ley 1474 de 2011) **PARÁGRAFO CUARTO.** La cancelación del valor del contrato por parte de la **FUNDACION SOCIAL CASTILLO SAN LUCAS** a el/la **CONTRATISTA** se hará mediante el Sistema Automático de Pagos, realizando transferencias a la cuenta que posea el mismo en una entidad financiera, de acuerdo con la información suministrada por ésta en el momento de suscripción del presente documento. **PARÁGRAFO SEXTO:** Para efecto de los pagos previstos en la presente cláusula. el/la **CONTRATISTA** deberá acreditar el pago de los aportes parafiscales relativos al sistema de seguridad social integral cuando corresponda de conformidad con lo establecido en el Artículo 23 de la Ley 1150 de 2007.

4. **AFILIACIÓN Y PAGO DE APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL:**

El(La) **CONTRATISTA** está obligado a realizar la afiliación al Sistema de Seguridad Social en salud, ARL y pensión, de acuerdo con lo establecido en la Ley 100 de 1993, Ley 1562 de 2012 y demás normas concordantes. El (La) **CONTRATISTA** se obliga a presentar antes de cada pago, ante el/la coordinador/a del **CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS**, las constancias o recibos de aportes mensuales como afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Salud, Riesgos Laborales y Pensión. Tales aportes deberán ser liquidados de acuerdo con los Artículos 3, 4 y 5 de la Ley 797 de 2003, el Decreto 510 de 2003, la Ley 1562 de 2012 y la Circular Conjunta No 001 de 2004 del Ministerio de Protección Social y el Ministerio de Hacienda.

5. **OBLIGACIONES: A CARGO DEL (LA) CONTRATISTA: GENERALES:**
1. Suscribir oportunamente el Inicio y el Acta de Liquidación (si hay lugar a esta) del contrato de prestación de servicios, conjuntamente con el (la) coordinador/a(a) del mismo.
 2. Tramitar afiliación al Sistema General de Riesgos Laborales de conformidad con lo establecido en el Artículo 2 de la Ley 1562 de 2012, como requisito previo para la suscripción al contrato. Igualmente, se deberá dar cumplimiento a lo ordenado por el Artículo 18 del Decreto 723 de 2013, siendo necesario la práctica de un examen ocupacional y allegar el certificado respectivo al coordinador/a del contrato.
 3. Conocer, apropiar y dar estricto cumplimiento a la política o lineamiento vigente de seguridad de la información de la **FUNDACION SOCIAL CASTILLO SAN LUCAS**, como documento que propende por garantizar la confidencialidad, integridad y disponibilidad de la información de la Entidad.
 4. Responder y hacer buen uso de los bienes que le sean asignados para el desarrollo de sus obligaciones y, al término del contrato, hacer entrega de los mismos en el estado en que los recibió salvo el deterioro normal, o daños ocasionados por el caso fortuito o fuerza mayor al coordinador/a(a) del contrato (Resolución 001 de 2001 numeral 4.4). Dicha entrega deberá realizarse de manera previa a la terminación del contrato. Se deberá aportar como requisito indispensable la correspondiente paz y salvo de entrega de bienes.
 5. Responder por los documentos físicos o magnéticos que le sean entregados o que elabore en desarrollo del contrato, entregándolos a la dependencia correspondiente.
 6. Presentar a la supervisión del contrato un informe

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS

CONTRATO
No EA 3164-1

mensual sobre las actividades realizadas durante la ejecución del mismo. **7.** Dar uso eficiente al recurso hídrico y energético, y realizar la separación en la fuente de los residuos sólidos de acuerdo con el Código de Colores de la Entidad, en el desarrollo y ejecución del contrato, mediante el cumplimiento e implementación de las políticas internas: Cero Papel, Cero Desperdicio de Agua, Cero Desperdicio de Energía, Cero Basura y demás lineamientos ambientales establecidos por la **FUNDACION SOCIAL CASTILLO SAN LUCAS**. **9.** Dar cumplimiento a los proyectos, programas, políticas, lineamientos, planes y estrategias ambientales establecidas por la entidad con el fin de implementar y dar continuidad a la Gestión Ambiental de la **FUNDACION SOCIAL CASTILLO SAN LUCAS**, mediante la adopción de los diferentes planes de Gestión Ambiental: Plan Institucional de Gestión Ambiental (PIGA); Plan de Acción Interno para el Aprovechamiento Eficiente de los Residuos Sólidos (PAIAERS); Plan de Gestión Integral de Residuos Peligrosos (PGIRP); Plan de Gestión Integral de Residuos Hospitalarios y Similares (PGIRH); y demás lineamientos ambientales establecidos por la **FUNDACION SOCIAL CASTILLO SAN LUCAS** bajo el cumplimiento de la normatividad ambiental vigente y el Sistema Integrado de Gestión (SIG), Subprograma de Gestión Ambiental. **10.** Dar estricto cumplimiento al Ideario Ético del Distrito expedido por la Alcaldía Mayor de Bogotá D.C., así como a todas las normas que en materia de ética y valores han sido expedidas por la **FUNDACION SOCIAL CASTILLO SAN LUCAS**. **11.** Dar cumplimiento a los Artículos 11 y 40 de la Ley 1098 del 8 de noviembre de 2006. **12.** Hacer entrega oficial al coordinador/a, al finalizar la ejecución del contrato, de los archivos a su cargo, así como de la información digital creada, procesada o modificada en cumplimiento de las obligaciones contractuales, debidamente organizados, rotulados y almacenados, atendiendo los estándares y directrices de gestión documental, sin que ello implique exoneración de la responsabilidad en caso de irregularidades (Artículo 15 de la Ley 594 de 2000) **13.** El (La) **CONTRATISTA** debe estar a paz y salvo con gestión documental a la fecha de finalización del contrato. **14.** No ejercer ninguna conducta que conlleve cualquier tipo de violencia (física y psicológica), negligencia, descuido, discriminación, exclusión y en general cualquier otro acto que afecte la integridad física y/o psicológica a cualquier participante o usuario de los servicios prestados o contratados por la entidad. **15.** Denunciar ante la autoridad competente, todo tipo de maltrato, violencias o conductas que conlleven a la vulneración de derechos contra niños, niñas, adolescentes, mujeres, personas mayores, personas con discapacidad, personas con orientaciones sexuales o identidades de género no heteronormativas, personas pertenecientes a los diferentes grupos étnicos - raciales y la población víctima del conflicto armado, de conformidad con el Artículo 67 de la Ley 906 de 2004 "Código de Procedimiento Penal", en concordancia con la Ley 734 de 2002 "Código Único Disciplinario" y la Ley 1474 de 2011 "Estatuto Anticorrupción"; al igual, que cualquier conducta que se encuentre tipificada como delito en la Ley 599 de 2.000 "Código Penal", y de manera especial las consagradas en el

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS

CONTRATO
No EA 3164-1

Título Delitos contra la Vida y la Integridad Personal, Capítulo Tercero – de las lesiones personales – **16.** Garantizar en todas sus actuaciones y en la prestación de los servicios materia del contrato, el absoluto respeto por la dignidad humana y a tratar con la consideración, respeto, imparcialidad y rectitud a las personas con que tenga relación con ocasión al cumplimiento de sus obligaciones contractuales, de acuerdo con la Ley 734 de 2002, Artículo 34, Numeral 6. **17.** El (La) **CONTRATISTA** debe presentar a el (la) coordinador/a(a) las recomendaciones médicas que tengan, antes de firmar el contrato. **18.** En el evento que el(la) **CONTRATISTA** al momento de suscribir el presente contrato pertenezca al régimen tributario simplificado y durante la vigencia del mismo adquiera la obligación de inscribirse en el régimen común, se compromete a realizar cambio de régimen ante la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales de Colombia – DIAN, dentro de los términos que otorga la ley para reportar dicha situación a la supervisión con copia a la Subdirección Administrativa y Financiera y a la Subdirección de Contratación para lo cual aportará el Registro Único Tributario – RUT, actualizado, lo anterior de conformidad con el Literal c) del Artículo 437 y los Artículos 499 y 508-2 del Estatuto Tributario, con el fin de que se realicen los trámites pertinentes para efectos del pago. **19.** Cumplir con los protocolos, procedimientos y demás lineamientos relacionados con la calidad de la información. **20.** Las demás inherentes por su cumplimiento oportuno al objeto y la naturaleza del contrato y aquellas indicadas en las Obligaciones Específicas del contrato.

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS

1. Velar por el buen funcionamiento de la fundación social castillo san Lucas y por la seguridad y calidad de la atención de los niños y niñas.
2. Mantener organizados los documentos del talento humano.
3. Atender visitas de componentes nutricional, pedagógico y administrativo, evidenciando conocimiento de los lineamientos, estándares, protocolos y proyecto educativo que rigen la institución.
4. Promocionar y garantizar un buen clima laboral y organizacional.
5. Informar con tiempo las solicitudes que requiere, manteniendo el cronograma programado y realizando reuniones de carácter informativo constantemente.
6. Fomentar el respeto y el buen trato entre niños y niñas, docentes, padres de familia, auxiliares de servicios y entes administrativos.

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS

CONTRATO
No EA 3164-1

7. Las demás obligaciones que designe el supervisor.

6. **A CARGO DE LA FUNDACION SOCIAL CASTILLO SAN LUCAS.** 1) Cancelar los honorarios acordados en el presente **CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS**. 2) Suministrar a él (la) **CONTRATISTA** la información que éste requiera para el desarrollo del objeto contratado. 3) Suministrar a él (la) **CONTRATISTA** los elementos e insumos necesarios para la ejecución del **CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS**. **PARÁGRAFO.** La entrega de los bienes de oficina y equipos de carácter devolutivo deberá hacerse mediante acta o inventario suscrito por el funcionario designado para el efecto. 4) Las demás que se requieran para el cumplimiento del objeto contratado y de acuerdo con la naturaleza del mismo.
7. El presente **CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS** no requiere constitución de garantías por el (la) **CONTRATISTA** en virtud de lo establecido en el Artículo 2.2.1.2.1.4.5. Del Decreto 1082 de 2015.
8. **CESIÓN Y SUBCONTRATACIÓN.** El (La) **CONTRATISTA** no podrá ceder ni subcontratar, total o parcialmente, la ejecución del objeto contractual sin el consentimiento y la aprobación previa y escrita de la **FUNDACION SOCIAL CASTILLO SAN LUCAS**, la cual podrá reservarse las razones que le asistan para negar la autorización de la cesión. Para efectos de la cesión, el cesionario deberá cumplir con los requisitos previstos en el Estudio Previo que ante cedió al presente **CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS**
9. **SUSPENSIÓN.** Las partes acuerdan que el plazo de ejecución del contrato de prestación de servicios podrá suspenderse en los siguientes casos: 1. Por circunstancias de fuerza mayor o caso fortuito. 2. Por mutuo acuerdo, siempre que de ello no se deriven mayores costos para la **FUNDACION SOCIAL CASTILLO SAN LUCAS**, ni se causen perjuicios a la misma. 3. Por incapacidad médica superior a dos días física transitoria. 4. En los casos en los cuales se haya formulado denuncia en contra del (la) **CONTRATISTA**, por el incumplimiento de las obligaciones a cargo de éste, relativas al trato que debe otorgarle a los usuarios y participantes de la prestación del servicio a su cargo. **PARÁGRAFO PRIMERO.** Cuando la suspensión del contrato se realice a solicitud del (la) **CONTRATISTA**, esta deberá hacerse de manera justificada anexando los soportes que acrediten la necesidad de suspender el contrato. La solicitud y el término de la suspensión deberán ser resueltas por el coordinador/a. Se deberá tener en cuenta que la misma procederá solamente cuando no se ponga en riesgo la prestación del servicio. **PARÁGRAFO SEGUNDO.** El coordinador/a deberá evaluar aquellos casos en que las exigencias del servicio público requieran continuar de manera inmediata con la ejecución del contrato, caso en el cual deberá proceder de conformidad con lo establecido

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS

CONTRATO
No EA 3164-1

en el código sustantivo del trabajo. **PARÁGRAFO TERCERO.** Con la suscripción del presente contrato las partes acuerdan la suspensión del mismo en aquellos eventos en los cuales se presenten quejas o denuncias por actos de maltrato por parte del (la) **CONTRATISTA**, durante el tiempo que se tramiten las investigaciones y procedimientos administrativos correspondientes. En este evento, el (la) coordinador/a(a) del contrato dejará constancia de la presentación de la denuncia y de la suspensión del contrato en un acta que suscribirán las partes. El (La) **CONTRATISTA** no podrá negarse a suspender el contrato por esta causa y no habrá lugar a pago o reconocimiento alguno durante la suspensión. En el evento de que el(la) **CONTRATISTA** se niegue a suscribir el acta, con base en el informe de la supervisión, la suspensión del contrato procederá con una simple comunicación a el(la) **CONTRATISTA** de la adopción de esta medida, la cual tiene el carácter de provisional y justificada en la urgencia y la defensa de los derechos de la población atendida y se llevará a cabo sin perjuicio de la garantía al debido proceso que se le otorgará a él (la) **CONTRATISTA** en el trámite correspondiente a la imposición de la sanción contractual. **PARÁGRAFO 4:** El (La) coordinador (a) del Contrato atenderá de modo diligente, especial y prevalente el trámite de la medida de suspensión. Dicho trámite deberá contar con los soportes necesarios, los cuales deberán ser aportados por la supervisión del contrato.

10. EXCLUSIÓN DE RELACIÓN LABORAL. El (La) **CONTRATISTA** se obliga a desarrollar el objeto contractual por su cuenta y riesgo bajo su exclusiva responsabilidad. Por lo tanto, este **CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS** no genera vínculo laboral alguno entre el (la) **CONTRATISTA** y la **FUNDACION SOCIAL CASTILLO SAN LUCAS**.

11. MULTAS: En caso de mora o incumplimiento parcial de alguna de las obligaciones derivadas del presente contrato por causas imputables al **CONTRATISTA**, salvo circunstancias de fuerza mayor o caso fortuito conforme a las definiciones del artículo 1º de la Ley 95 de 1890, LA **FUNDACION SOCIAL CASTILLO SAN LUCAS**, podrá imponer al **CONTRATISTA** multa diarias y sucesivas equivalentes al uno (1%) por ciento del valor total del contrato, por cada día de retardo o incumplimiento sin que el monto total de la multa exceda el Diez (10%) por ciento del valor total del contrato.

12. PENAL PECUNIARIA: El incumplimiento de las obligaciones surgidas en virtud de la ejecución de este contrato serán sancionadas pecuniariamente previo agotamiento del debido proceso establecido en el artículo 17 de la Ley 1150 de 2007, en concordancia con el artículo 86 de la Ley 1474 de 2011, de conformidad con las siguientes estipulaciones: Si el incumplimiento es total o parcial o se declara la caducidad del contrato, EL **CONTRATISTA** pagará a título de cláusula penal, una suma equivalente al 10% del valor total del contrato, a título de estimación anticipada de los perjuicios que este llegare a sufrir en caso de incumplimiento total o parcial de sus obligaciones contractuales, el valor de la

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS

CONTRATO
No EA 3164-1

cláusula penal pecuniaria que se haga efectiva, se considerará como pago parcial pero no definitivo de los perjuicios causados. **PARÁGRAFO PRIMERO:** EL CONTRATISTA autoriza a la **FUNDACION SOCIAL CASTILLO SAN LUCAS** con la firma del contrato para que dicho valor sea descontado directamente del saldo a su favor, de no existir saldo a favor del contratista, se hará efectiva la garantía constituida (en caso de existir) y si esto no fuere posible, se cobrará por la jurisdicción competente.

- 13. SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS CONTRACTUALES.** Las partes acuerdan que para la solución de las diferencias y discrepancias que surjan de la celebración, ejecución, terminación o liquidación de este contrato acudirán a los procedimientos de transacción, amigable composición o conciliación.
- 14. CLÁUSULAS EXCEPCIONALES.** Son aplicables al presente **CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS** las cláusulas excepcionales de terminación, modificación e interpretación, previstas en código sustantivo del trabajo.
- 15. CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN YACUERDO DE NO REVELACIÓN.** El(La) **CONTRATISTA** Deberá mantener la confidencialidad sobre toda la información de la **FUNDACION SOCIAL CASTILLO DE SAN LUCAS**, que pueda conocer durante el desarrollo del contrato y no utilizar la información para la presentación de su producto en otras organizaciones. La propiedad, titularidad y reserva de los datos e información almacenada en los repositorios de datos que sean generados y/o utilizados por el intermediario para el cumplimiento de las obligaciones contractuales pactadas, pertenecen de forma exclusiva a la **FUNDACION SOCIAL CASTILLO SAN LUCAS**. El (La) **CONTRATISTA** se compromete a respetar, reservar, no copiar, no disponer, divulgar circular o negociar la información y a guardar absoluta reserva sobre toda la información que conozca por su actividad o que le sea dada a conocer por la **FUNDACION SOCIAL CASTILLO SAN LUCAS** con ocasión al desarrollo del objeto del presente contrato. Para asegurar el cumplimiento de la obligación estipulada en esta cláusula, el (la) **CONTRATISTA** se obliga a devolver toda la información facilitada para la prestación del objeto contractual, en la medida que ya no resulte necesaria en la ejecución del mismo; absteniéndose de mantener copia parcial o total de la información y documentos obtenidos o generados con ocasión de la relación contractual al vencimiento del plazo de duración. En todo caso, si el(la) **CONTRATISTA** utiliza la información para su propio provecho distinto al objeto contractual o para entregarla o darla a conocer a terceros, deberá indemnizar a la **FUNDACION SOCIAL CASTILLO SAN LUCAS** y responder a los terceros por todos los perjuicios ocasionados, sin menos cabos a las acciones legales a que haya lugar. Se considerará información confidencial, sin limitación alguna, todas las descripciones, datos, productos, procesos y operaciones, métodos, fórmulas, know-how y cualquier otra información de naturaleza técnica, económica, financiera, administrativa,

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS

CONTRATO
No EA 3164-1

júridica y de otra naturaleza perteneciente a las operaciones, estrategias, políticas, y manejo de actividades, programas o sistemas de cómputo, software, códigos fuente o códigos objeto, algoritmos, fórmulas, diagramas, planos, procesos, técnicas, diseños, fotografías, registros, compilaciones, información de clientes o interna de los contratantes y, en general, cualquier otra información oral, escrita o en medio magnético.

- 16. TERMINACIÓN.** Este **CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS** se dará por terminado en cualquiera de los siguientes eventos: **1.** Por mutuo acuerdo de las partes, siempre que con ello no se causen perjuicios a la **FUNDACION SOCIAL CASTILLO SAN LUCAS**, previa certificación expedida por el (la) coordinador/a(a) del **CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS** **2.** Por declaración de caducidad o terminación unilateral, en los términos previstos en los Artículos del código sustantivo del trabajo. **3.** Por agotamiento del objeto, agotamiento de recursos o vencimiento del plazo. **4.** Por fuerza mayor o caso fortuito, que hagan imposible continuar su ejecución. **5.** Por no constituir, modificar y/o prorrogar, sin justa causa, la garantía única de cumplimiento (si aplica), dentro del término que se le señale para el efecto.
- 17. LIQUIDACIÓN.** Con base en la facultad otorgada por el código sustantivo del trabajo los contratos de prestación de servicios profesionales y/o apoyo a la gestión no serán objeto de liquidación. **PARÁGRAFO:** Únicamente será necesaria la liquidación. **1.** Cuando se haya declarado el incumplimiento total o parcial del contrato.
- 18. IMPUESTOS:** El (La) **CONTRATISTA** pagará todos los impuestos, tasas y similares, nacionales y distritales, que se deriven de la ejecución del, **CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS** de conformidad con las normas vigentes sobre la materia.
- 19. DOCUMENTOS.** Hacen parte del presente **CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS** Todos los documentos expedidos en las etapas previas.
- 20. NOTIFICACIÓN ELECTRÓNICA.** En cumplimiento de lo dispuesto en el Artículo 56 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, los avisos, solicitudes, comunicaciones y notificaciones que la Entidad deba realizar a él (la) **CONTRATISTA**, en desarrollo del presente Contrato, podrán ser efectuadas por correo electrónico a la dirección enunciada en el Formato Único de Hoja de Vida de la Función Pública de Persona Natural. La notificación electrónica se acepta por las partes con la suscripción del presente contrato. Lo anterior sin perjuicio de los otros medios de notificación enunciados en el Capítulo V del Título III del Código Sustantivo del trabajo.



CONTRATO DE PRESTACION SERVICION

CONTRATO
No EA 3164-1

21. DOMICILIO. Para todos los efectos legales y fiscales se establece como domicilio contractual CALLE 36i SUR ESTE # 1 49 de la ciudad de Bogotá, D.C.

Las partes conocen, comprenden y aceptan todas y cada una de las estipulaciones contenidas en el presente Documento y para constancia se firma en Bogotá, D.C., a los **13 DIAS DEL MES DE MAYO 2024**

EMPLEADOR
LIGIA ESMERALDA PORTELA
REPRESENTANTE LEGAL
C.C.65690054

EMPLEADO
ANA KARINA HUERTAS
C.C.1102846923



FUNDACION SOCIAL CASTILLO DE SAN LUCAS

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

SaludTotal EPS-S

No de Radicación

4012330477

Fecha de Radicación

1/0/05/2/0/2/4

I. DATOS DEL TRÁMITE

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

Página 1 de 2

1. Tipo de trámite		2. Tipo afiliación		3. Régimen	
A. Afiliación ☒ B. Reporte de Novedades ☐		A. Individual: ☒ B. Institucional ☐		A. Contributivo ☒ B. Subsidado ☐	
4. Tipo de afiliado		5. Tipo de cotizante		6. Código (a registrar por la EPS)	
A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐		A. Dependiente ☐ B. Independiente ☒ C. Pensionado ☐		3	

A. AFILIACIÓN

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

6. Apellidos y nombres		7. Tipo documento de identidad		8. Número del documento de identidad		9. Sexo		10. Fecha de nacimiento	
HUERTAS Primer apellido		CC		PEREZ Segundo apellido		ANA Primer nombre		KARINA Segundo nombre	
				1102846923		Femenino ☒ Masculino ☐		1/8/05/11/9/2	

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11. Etnia		12. Discapacidad		13. Puntaje SISBEN		14. Grupo de población especial	
6		Tipo ENM Condición TP					
15. Administradora de riesgos Laborales - ARL				16. Administradora de Pensiones		17. Ingreso base de cotización - IBC	
SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA S.A.						1300000	
18. Residencia		19. Teléfono fijo		20. Teléfono celular		21. Correo electrónico	
DG 49 SUR 52 A 32 Dirección		BOGOTA		3014465258		WANDATHI1823@GMAIL.COM	
Municipio/Distrito		zona Urbana ☒ Rural ☐		Localidad / comuna		BOGOTA	
						Departamento	

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante

19. Apellidos y nombres completos		20. Tipo documento de identidad		21. Número documento identidad		22. Sexo		23. Fecha de nacimiento	
Primer apellido Segundo apellido						Femenino ☐ Masculino ☐			

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

24. Apellidos y nombres		25. Tipo documento de identidad		26. Número de identidad		27. Sexo		28. Fecha de nacimiento	
Primer apellido Segundo apellido						Femenino Masculino			
B1		B1		B1		B1		B1	
B2		B2		B2		B2		B2	
B3		B3		B3		B3		B3	
B4		B4		B4		B4		B4	
B5		B5		B5		B5		B5	

Datos complementarios

29. Parentesco		30. Etnia		31. Discapacidad		32. Datos de residencia		33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)	
B1				Tipo F N M		Condición T P			
B2									
B3									
B4									
B5									
32. Datos de residencia		Zona		Departamento		Teléfono Fijo y/o celular			
Municipio/Distrito		Urbana Rural							
B1									
B2									
B3									
B4									
B5									

Selección de la IPS Primaria

34. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS		Código de la IPS (a registrar por la EPS)	
C VS OLAYA - UOD DENTOLASER OLAYA		VSOLAYA - DENTOLASER	
B			
B			
B			

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

35. Nombre o razón social		36. Tipo de identificación		37. Número de documento de identificación		38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)	
PEREZ KARINA HUERTAS PEREZ		CC		1102846923		01	
39. Ubicación		3014465		WANDATHI1823@GMAIL.COM		BOGOTA	
DG 49 SUR 52 A 32 Dirección		Teléfono		Correo electrónico		Municipio/distrito	
						BOGOTA	
						Departamento	

M-PYGA-F001 V 1.0-2018

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

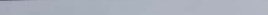
41. Datos básicos de la identificación

Primer apellido		Segundo apellido		Tercer apellido	
Tipo documento de Identidad	Número documento de Identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	42.Fecha	
		Femenino ☐ Masculino ☐		1)0)0)5)2)0)2)4	
43.EPS anterior	44.Motivo de traslado Código:	45.Caja de Compensación Familiar o pagador de pensiones			

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

46. ☐ Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
47. ☐ Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
48. ☐ Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
49. ☐ Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Salud .
50. ☐ Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
51. ☐ Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran
52. ☒ Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013
53. ☒ Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o celular como mensaje de texto

VIII. FIRMAS

	<p>55. El empleador aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de oficio</p>
<p>54. Cotizante o cabeza de familia o beneficiario</p>	

IX. ANEXOS

- | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|--------|--------------------------------|
| ☐ 56. Anexo Copia del documento de identidad: | CN. | ☐ | RC. | ☐ | TI. | ☐ | CC. | ☒ | PA. | ☐ | CE. | ☐ | CD. | ☐ | SC. | ☐ | Total: | <input type="text" value="1"/> |
| Cantidad: | <input type="text" value=""/> | <input type="text" value=""/> | <input type="text" value=""/> | <input type="text" value="1"/> | <input type="text" value=""/> | <input type="text" value=""/> | <input type="text" value=""/> | <input type="text" value=""/> | <input type="text" value=""/> | <input type="text" value=""/> | <input type="text" value=""/> | <input type="text" value=""/> | <input type="text" value=""/> | <input type="text" value=""/> | <input type="text" value=""/> | <input type="text" value=""/> | | |

☐ 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.

☐ 58. Copia registro civil de matrimonio, o de la escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.

☐ 59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial para que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.

☐ 60. Copia certificado de adopción o acta de entrega del menor

☐ 61. Copia orden judicial o acto administrativo de custodia.

☐ 62. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los padres.

☐ 63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud

☐ 64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.

☐ 65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que consiste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial Código del municipio		67. Datos del SISBEN Número ficha		Puntaje	Nivel	68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>		
70. Datos funcionario que realiza la validación		Segundo apellido		Primer nombre		Segundo nombre	
Primer apellido							
Tipo documento de identidad		Número documento de identidad		71. Firma del funcionario			
<input type="text"/>							
Observaciones							

Recuerde que la firma, al final del formulario, valida las declaraciones marcadas y/o diligenciadas en el capítulo VII Declaraciones y IX. Autorizaciones, así como la veracidad de las demás información registrada.

M-PYGA-F001 V 1.0-2018

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

Información para ser diligenciada por el cotizante del grupo familiar:

Primer apellido	Segundo apellido (o de casada)	Primer nombre	Segundo nombre	
HUERTAS	PEREZ	PEREZ	KARINA	
No de identificación	Tipo de documento	Fecha de nacimiento	Sexo	Fecha diligenciamiento
1102846923	RC ☐ TI ☐ X ☒ CE ☐ PE ☐	1992 05 18	☐ M ☒ F	2024 10 05

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

Apreciado Protegido: La Carta de derechos del afiliado y del paciente, y la carta de desempeño, se constituyen en herramienta importante de consulta, para que conozca sus derechos y deberes, al igual que la infraestructura con la que contamos para brindarle la mejor atención, lo estipulado en normatividad vigente y por supuesto, los canales de comunicación con los que puede hacernos llegar sus comentarios y sugerencias.

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

1. ¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y del Paciente? ☒
2. ¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la Carta de Desempeño donde se presenta de manera clara su puesto en el ranking? ☒
3. ¿Leyó el contenido de la Carta de Derechos y deberes del afiliado y del paciente? ☒
4. ¿Leyó el contenido de la Carta de Desempeño de la EPS? ☒
5. ¿Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información fue asesorado adecuadamente por la EPS? ☒

Medio de entrega deseado: Electrónico ☒ Físico ☐

CONSENTIMIENTO PARA ENVÍO VIRTUAL (solo para entrega electrónica)

Así pues, con el fin de garantizar su entrega, le solicitamos su respectiva autorización para realizar el envío de La Carta de derechos del afiliado y del paciente y la Carta de desempeño a su correo electrónico:

Yo: PEREZ KARINA HUERTAS PEREZ identificado con el documento de identidad: C No. 1102846923, doy mi consentimiento para que Salud Total EPSS envíe al correo electrónico WANDATHI1823@GMAIL.COM la Carta de derechos del afiliado y del paciente y la Carta de desempeño

Firma del afiliado (Cotizante):

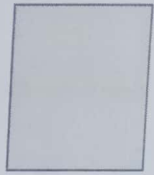
Nombres y Apellidos: PEREZ KARINA HUERTAS PEREZ
Número de identificación: 1102846923

Fecha de diligenciamiento
2024 10 05

FIRMA A RUEGO

A ruego del señor(a) _____ identificado (a) con el documento de identidad:
No. _____ quien manifiesta no saber firmar o no poder firmar, lo hace en su nombre, el señor (a)
_____ mayor de edad, identificado (a) con documento de identidad No. _____
_____ y sin ningún impedimento para dar fe de la información que está recibiendo, quien además actúa
como testigo, certificando que la huella dactilar del dedo índice de la mano derecha pertenece al (la) señor(a)

Firma A Ruego



Nombres y Apellidos:
Documento de Identidad:
Edad:
Domicilio:

Nombres y apellidos de la persona de quien
no sabe firmar

Huella digital del cotizante
(en caso de no saber firmar)

AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

"Con la suscripción del presente documento, en cumplimiento a la ley 1581 de 2012 y demás normas que reglamenten, modifiquen o deroguen, hago constar expresamente que Salud Total EPS-S S.A. me informó sobre los derechos que me asisten como titular de datos personales y, por tanto, AUTORIZO de manera libre e informada a Salud Total EPS-S S.A., con Nit. 830.140.907-4 como responsable del tratamiento de datos personales, para la recolección, almacenamiento, uso desde el momento de mi afiliación, continuación de uso y tratamiento de mis datos personales, los cuales serán almacenados en bases de datos que se encuentran en medios físicos y/o magnéticos para los siguientes fines:

- Afiliación, traslado, identificación, validación de derechos y actualización de datos de los protegidos.
- Autorizaciones de servicios de salud requeridos por los protegidos.
- Caracterización, seguimiento, identificación de la población y gestión del riesgo.
- Garantizar la prestación de las tecnologías en salud cubiertas por el Plan Obligatorio de Salud Contributivo en las fases de promoción y fomento de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación para todas las patologías.
- La asignación y/o reasignación de citas, recaudo y recuperación de cartera, información y demás operaciones relacionadas con el Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- Cumplimiento de las obligaciones propias del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- Evaluación de indicadores de alertas tempranas, oportunidad y calidad de los productos y servicios brindados.
- Identificación de Proveedores y Prestadores, así como medición de necesidad, oportunidad y calidad en los productos y servicios prestados por éstos.
- Transferencia y/o transmisión al exterior de datos personales, transferencia y/o transmisión de datos con las empresas vinculadas o matrices, con empresas de auditoría o revisoría fiscal, con prestadores de servicios de salud públicos o privados, así como con proveedores necesarios para el desarrollo de las anotadas finalidades y del objeto social de SALUD TOTAL EPS-S S.A., con los cuales se tienen contratos en aras de cumplir con los deberes de acceso y confidencialidad, así como de tomar las medidas técnicas y tecnológicas necesarias para el aseguramiento de los datos.
- Dar a conocer los diferentes servicios y productos ofrecidos por la EPS, temas de publicidad y en general mantener contacto con los usuarios y afiliados mediante cualquier medio de comunicación (escrito y/o electrónico), con el fin de adelantar cualquier trámite necesario para el desarrollo del objeto social de SALUD TOTAL EPS-S S.A.
- Cualquier otra operación necesaria para el desarrollo del objeto social de SALUD TOTAL EPS S.A. atendiendo a su naturaleza y el cumplimiento a los protocolos de bioseguridad.
- Cumplimiento de requerimientos legales de entidades administrativas o jurisdiccionales inclusive después de terminada la relación contractual y en general para el cumplimiento de obligaciones contractuales y legales de Salud Total EPS-S S.A.

Se aclara que la información referente a beneficiarios y miembros del grupo familiar en los que pueden encontrarse datos de niñas, niños y adolescentes, datos de la salud y datos biométricos como (fotografías, huellas, videos, entre otros) son datos sensibles, sobre los cuales no está obligado a autorizar su tratamiento; no obstante lo anterior, solo serán utilizados por la Empresa para el cumplimiento de las obligaciones propias del Sistema General de Seguridad Social en Salud y de los sistemas integrados de gestión adoptados por Salud Total EPS-S S.A.

Como Titular de datos personales, sé que tengo derecho a conocer, actualizar y rectificar mis datos personales, solicitar prueba de la autorización otorgada para su tratamiento, ser informado sobre el uso que se ha dado a los mismos, presentar quejas ante la SIC, revocar la autorización y/o solicitar la supresión de sus datos en los casos en que sea procedente y acceder en forma gratuita a los mismos a través de los canales de comunicación para tal fin, establecidos en la Política de protección de datos personales de Salud Total EPS-S S.A. que declaro conocer y aceptar, publicada en la página web: www.saludtotal.com.co, igualmente en cualquier momento puedo ejercer mis

derechos y comunicarme con el responsable del tratamiento de los datos personales por solicitud dirigida al E-mail: protecciondatos@saludtotal.com.co, al Teléfono: (57+1) 4854555 y a nivel nacional 018000 114524.

Firma del afiliado (Cotizante)

Am. Hues

Número de identificación:

1102846923

www.saludtotal.com.co

Línea local en Bogotá 4854555

Línea Nacional de atención al cliente 018000114524

Síguenos en  Salud Total EPS. Oficial

Tu salud no
es a medias
debe ser *total*

SaludTotal^{EPS}

M-PYGA-F097 V 2.0 2021

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **HUERTAS PEREZ ANA KARINA** identificado(a) con **CC** número **1.102.846.923** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 01 de noviembre de 2022 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO**.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 10 de mayo de 2024.

Cordialmente,



Cesar Mauricio Aubad Echeverry
Equipo Soporte para Clientes

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

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:

Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**

Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**

www.proteccion.com

2024051020061



FORMULARIO DE AFILIACIÓN DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE A LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES

SEÑOR CONTRATISTA

Recuerde que una vez cumplida la fecha de terminación de la afiliación, Si usted desea continuar con el cubrimiento ante nuestra ARL, lo invitamos a que ingrese al portal transaccional y registre la novedad respectiva.

2024051103110284692301

I. DATOS GENERALES DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE

* TIPO DOC. CC	PRIMER APELLIDO HUERTAS
No. DE DOCUMENTO 1102846923	SEGUNDO APELLIDO PEREZ
PRIMER NOMBRE ANA	SEGUNDO NOMBRE KARINA
* FECHA NACIMIENTO 1992 05 18	SEXO M ☐ F ☒ NACIONALIDAD COLOMBIA
EPS ACTUAL SALUD TOTAL S.A. E.P.S.	AFP ACTUAL PROTECCION
DIRECCIÓN RESIDENCIA DG 49 SUR 52A 39	
DEPARTAMENTO BOGOTA D.C.	MUNICIPIO BOGOTA D.C.
CELULAR O TELÉFONO FIJO 3014465258	CORREO ELECTRÓNICO WANDATHI1823@GMAIL.COM

II. INFORMACIÓN DE LA AFILIACIÓN O DEL CONTRATO

TIPO: ADMINISTRATIVO ☐ COMERCIAL ☐ CIVIL ☒ PÚBLICO ☐ PRIVADO ☒	SUMINISTRO DE TRANSPORTE SI ☐ NO ☒
* FECHA INICIO 2024 05 11	* FECHA DE TERMINACIÓN ---- -- --
No. DE MESES ---	
DÍAS Y HORARIO DE TRABAJO LUNES ☒ MARTES ☒ MIERCOLES ☒ JUEVES ☒ VIERNES ☒ SABADO ☒ DOMINGO ☒	DE 01:00 AM ☒ PM ☐ HASTA 12:00 AM ☐ PM ☒
VALOR TOTAL -----	VALOR MENSUAL \$1300000
* INGRESO BASE DE COTIZACIÓN \$1300000	
* ACTIVIDAD A EJECUTAR EDUCACIÓN BÁSICA PRIMARIA, INCLUYE LOS GRADOS 1, 2, 3, 4	CÓDIGO 1851301 ISO ARL
CARGO U OCUPACIÓN AUXILIARES DE MAESTROS	TAXISTA SI ☐ NO ☒
DIRECCIÓN CL 36 I SUR 1 49 ESTE	
DEPARTAMENTO BOGOTA D.C.	MUNICIPIO BOGOTA D.C.

III. INFORMACION DEL CONTRATANTE, EMPRESA TRANSPORTADORA (Habilitada por el Ministerio de Transporte para taxistas) O CONTRATANTE PARA INDEPENDIENTE VOLUNTARIO.

* ENTIDAD CONTRATANTE TIPO DOC. NI	* NOMBRE O RAZÓN SOCIAL INDEPENDIENTE VOLUNTARIO (DECRETO 1563/16)
No. DE DOCUMENTO 8999999998	DV 4
CÓDIGO ACTIVIDAD ECONÓMICA 1851301 DE ARL	La clasificación del riesgo se determinará con el mayor entre la clase de riesgo del centro de trabajo del contratante y el propio de la actividad ejecutada por el contratista. (Art. 11 Dec 723/13)
DIRECCIÓN PRINCIPAL DG 49 SUR 52A 39	
DEPARTAMENTO BOGOTA D.C.	MUNICIPIO BOGOTA D.C.
TELÉFONO 3014465258	FAX
CORREO ELECTRÓNICO AGUERRERO@POSITIVA.GOV.CO	
* DATOS QUIEN FIRMA CONTRATO TIPO DOC.	PRIMER APELLIDO
No. DE DOCUMENTO	SEGUNDO APELLIDO
PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE

CON ESTE FORMULARIO SE PERFECCIONA LA AFILIACIÓN DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE AL SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES, EL CUAL SE RIGE EN TODOS SUS ASPECTOS POR LO DISPUESTO EN EL DECRETO LEY 1295 DE 1994, LEY 776 DE 2002, DECRETO 723 DE 2013, DECRETO 1563 DE 2016 Y DEMÁS NORMAS QUE MODIFIQUEN, ADICIONEN O SUSTITUYAN.

DECLARO QUE LOS DATOS REGISTRADOS EN ESTE FORMULARIO SON VERIDICOS Y PUEDEN SER CONFIRMADOS POR LA ENTIDAD ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES

Formulario Firmado Electrónicamente / 2024-05-12 / 7:56:57

* ANA KARINA HUERTAS PEREZ

FIRMA DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE

PARA USO EXCLUSIVO DE LA ARL

CÓDIGO ACTIVIDAD ECONÓMICA

1851301

CLASE DE RIESGO

1

TARIFA

0,52200

* LA FALSEDAZ EN LOS CAMPOS MARCADOS CON (*) GENERAN NULIDAD DEL FORMULARIO Y POR ENDE EN LA AFILIACIÓN

AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS
PERSONALES - TRABAJADOR INDEPENDIENTE



A. Declaro que Positiva Compañía de Seguros S.A. (la "Compañía") me ha informado que el Aviso de Privacidad y el manual de tratamiento de Datos Personales se encuentra publicado en https://www.positiva.gov.co/tramites-Servicios/habeas-data/Paginas/default.aspx

B. Declaro que he sido informado que la Compañía podrá recolectar, almacenar, usar, procesar, transmitir, o transferir (el "Tratamiento"), la información vinculada o que pueda asociarse a mí (los "Datos Personales"), para las siguientes finalidades, entre otras: (a) Prestar los servicios de la Compañía de acuerdo con las necesidades particulares de sus clientes, con el fin de brindar los servicios y productos pertinentes; (b) Cumplir los contratos de servicios celebrados con los clientes, incluyendo, pero sin limitarse a la verificación de afiliaciones y suscripciones y del vínculo existente entre los beneficiarios de las pólizas y los asegurados; (c) El trámite de solicitud de vinculación como consumidor financiero a la Compañía, incluyendo sin limitarse al diligenciamiento de las respectivas solicitudes de seguro y de afiliación a la administración de riesgos laborales, así como cualquier otro necesario para su vinculación a la Compañía; (d) El envío del clausulado o condicionado de las pólizas de seguro y/o del contrato de afiliación a la administración de riesgos laborales de la Compañía a los clientes, en virtud de lo señalado en el artículo 37 de la Ley 1480 de 2011 (Estatuto del Consumidor) o las normas que la modifiquen o adicionen; (e) Realizar los procesos de cotización, colocación y ejecución de los seguros de la Compañía, así como la negociación de los contratos, la determinación de primas y la selección de riesgos, incluyendo, pero sin limitarse a la verificación de la capacidad de pago del tomador del seguro; (f) El proceso relativo al trámite, pago y reembolso de siniestros y a la cancelación y revocación del seguro; (g) Realizar el análisis para el control y la prevención del fraude y de lavado de activos, incluyendo, pero sin limitarse a la consulta y reporte a listas restrictivas y a centrales de información de riesgos financieros; (h) Realizar el análisis de riesgos de las solicitudes de seguros o de afiliación a la administración de riesgos laborales que realicen los clientes de la Compañía, con el fin de hacerles recomendaciones para optimizar las pólizas o respecto de otro tipo de seguros que requieran u obtengan los clientes; (i) Realizar las actividades encaminadas a la gestión integral del seguro contratado con el fin de garantizar que los derechos de los clientes siempre sean representados y/o preservados; (j) Enviar información y ofertas comerciales de productos de la Compañía, así como realizar actividades de mercadeo, eventos, capacitaciones, seminarios, talleres y/o actividades de comercialización de servicios y/o productos que preste o que pudiera llegar a prestar u ofrecer la Compañía; (k) Elaborar estudios técnico-actuariales, segmentaciones, estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general, estudios de técnica aseguradora, incluyendo, pero sin limitarse a las encuestas de satisfacción sobre los servicios prestados por la Compañía; (l) Cumplir con las obligaciones tributarias y de registros comerciales, corporativos y contables de la Compañía, de acuerdo a las disposiciones legales vigentes; (m) La transmisión de datos a terceros con los cuales se hayan celebrado contratos con este objeto, para fines comerciales, administrativos y/u operativos, incluyendo, pero sin limitarse a la expedición de carnets, de certificados y certificaciones a los clientes y/o a terceros, de acuerdo a las disposiciones legales vigentes; (n) Verificar información jurídica, financiera y técnica en procesos contractuales que adelante la Compañía o terceros; (ñ) Procesos al interior de la Compañía, con fines de desarrollo operativo y/o de administración de sistemas; (o) Las demás finalidades que determinen los Responsables en procesos de obtención de Datos Personales para su Tratamiento, con el fin de dar cumplimiento a las obligaciones legales y regulatorias, así como a las políticas de la Compañía; (p) El proceso de archivo, de actualización de los sistemas y de protección y custodia de información y de bases de datos de la Compañía; (q) Adelantar campañas de actualización de datos; (r) El envío de las modificaciones a las Políticas, así como la solicitud de nuevas autorizaciones para el Tratamiento de los Datos Personales.

C. De acuerdo a lo anterior, declaro que autorizo a la Compañía, sus filiales, vinculadas, controladas, y/o terceros contratados por la Compañía para la ejecución de sus obligaciones contractuales, para el Tratamiento de mis Datos Personales, para las finalidades anteriormente informadas, que se encuentran descritas en la Política de Tratamiento de Datos Personales, y en el marco de lo establecido en la normatividad vigente, particularmente en la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013, y la Ley 1266 de 2008, y todas aquellas que las modifiquen, adicionen, supriman o reglamenten, ahora o en el futuro, y los que hubieran sido tratados por la Compañía en el pasado, en el cumplimiento de sus deberes legales. Sí [X] No []

D. Datos Sensibles: Declaro que he sido informado que la siguiente información es considerada como Datos Sensibles en el marco del presente Contrato: la información relativa al estado de salud e historia clínica, patologías reconocidas, calificación de origen y/o pérdida de capacidad laboral de eventos, antecedentes médicos, antecedentes gineco-obstétricos, datos biométricos y relativos a la vida sexual, y todos aquellos que de acuerdo a la normatividad vigente, se encuentren clasificados como tal. De acuerdo a lo anterior, informo que he otorgado mi autorización voluntaria para que la Compañía pueda recolectar, solicitar, consultar, almacenar, compartir, enviar, reportar, modificar, actualizar, usar, grabar y conservar, y en general, realizar el Tratamiento de mis datos sensibles, ahora o en el futuro, y los que hubieran sido tratados por la Compañía en el pasado, en el cumplimiento de sus deberes legales, e informo que se ha manifestado que los mismos no serán usados para fines distintos a los informados y que en todo caso no podrán ser usados para fines comerciales. Así mismo, autorizo a la Compañía para la solicitud y consulta de historias clínicas y registros médicos que sean necesarios para el cumplimiento de sus obligaciones contractuales. Sí [X] No []

E. Declaro y acepto que la Compañía podrá llevar a cabo la transferencia, transmisión, traslado, entrega, y/o divulgación de los Datos Personales a terceros autorizados por mí o por la ley, físicamente, por correo electrónico, o por cualquier medio de comunicación, cuando así se requiera en el cumplimiento de sus deberes legales y/o contractuales, manteniendo siempre los debidos estándares de reserva y seguridad sobre los mismos.

F. Declaro que he sido informado que el Responsable del Tratamiento de los Datos Personales, es Positiva Compañía de Seguros S.A., la cual podrá ser contactada a través de:

Dirección: Avenida Carrera 45 No. 94 – 72 Vicepresidencia de Operaciones - Grupo de Servicio al Cliente. Edificio Positiva Compañía de Seguros, Bogotá D.C.
Correo Electrónico: servicioalcliente@positiva.gov.co
Teléfono: 3307000 en Bogotá y 018000111170 para el resto del país.
Contacto Proceso PQRD.

- G. Declaro y acepto que la Compañía me ha informado sobre mis derechos como titular de los Datos Personales, los cuales son:
- a. Conocer, actualizar y rectificar los Datos Personales frente a los responsables del Tratamiento o encargados del Tratamiento.
 - b. Solicitar prueba de la autorización otorgada al Responsable del Tratamiento salvo cuando expresamente esté exceptuado por la ley, como requisito para el Tratamiento.
 - c. Ser informado, por el responsable del Tratamiento o el encargado del Tratamiento, cuando así se lo solicite, sobre el uso que le ha dado a los Datos Personales.
 - d. Presentar ante la autoridad competente quejas por infracciones a la normativa de protección de datos.
 - e. Revocar la autorización y/o solicitar la supresión del dato cuando en el Tratamiento no se respeten los principios, derechos y garantías constitucionales y legales, previa verificación por parte de la autoridad competente.
 - f. Acceder gratuitamente a los Datos Personales que hayan sido objeto de Tratamiento.
 - g. Los demás derechos consagrados en la Política de Tratamiento de la Información de Positiva.

Se firma la presente autorización en la ciudad de BOGOTA D.C. a los (11) días del mes de mayo del año 2024

Formulario Firmado Electrónicamente / 2024-05-14 / 7:56:57

ANA KARINA HUERTAS PEREZ
Nombres y Apellidos del Trabajador Independiente

ANA KARINA HUERTAS PEREZ
Firma del Trabajador Independiente

ANEXO No. 1 FORMATO DE IDENTIFICACIÓN DE PELIGROS

SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES		Fecha de radicación (aaaa mm dd)		2	0	2	4	0	5	1	1	
(FUIPSRL) FORMATO ÚNICO DE IDENTIFICACIÓN DE PELIGROS PARA LA AFILIACIÓN VOLUNTARIA DE LOS TRABAJADORES INDEPENDIENTES AL SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES		Fecha identificación de peligros (aaaa mm dd)		2	0	2	4	0	5	1	1	
I. TIPO DE TRÁMITE												
Tipo de trámite	Identificación de Peligros ☐		Novedad ☐									
II. NOVEDADES MODIFICACIÓN O ACTUALIZACIÓN DEL FUIPSRL												
Tipo de Novedad	☐	Por cambio de ocupación u oficio			☐	Suspensión contrato			☐	Por Accidente de Trabajo o enfermedad laboral		
	☐	Identificación de un nuevo peligro.			☐	Cambio de datos personales (dirección, teléfono)						
Fecha de novedad (aaaa mm dd)		20240511										

II. DATOS DEL TRABAJADOR DONDE REALIZA LA OCUPACIÓN U OFICIO												
Tipo documento	☒ CC	☐ CE	☐ PA	☐ TI	☐ CD	☐ PE	Primer Apellido HUERTAS		Segundo Apellido PEREZ		Primer nombre ANA	Segundo nombre KARINA
Número de documento	1102846923						Dirección CL 36 I SUR 1 49 ESTE		Ciudad BOGOTA D.C.		Departamento BOGOTA D.C.	
Fecha de nacimiento (dd mm aaaa)	1 8 0 5 1 9 9 2						Teléfono		Teléfono móvil 3214620034		Correo electrónico WANDATHI1823@GMAIL.COM	
Código Ocupación u Oficio	Clase de riesgo 1	CIU-08 5 3 1 2		Dígitos Adicionales 0 1		Nombre de Ocupación u Oficio a la cual se va a afiliar AUXILIARES DE MAESTROS						
Género	☐ M	☒ F	Código EPS	EPS 002			Nombre EPS SALUD TOTAL S.A. E.P.S.		Código AFP	2 3 0 2 0 1		
	Código ARL	1 4 - 2 3			Nombre ARL POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.		Nombre AFP PROTECCION					

III. INFORMACIÓN DE LUGAR DE RESIDENCIA DEL TRABAJADOR			
Dirección		DG 49 SUR 52A 39	
Teléfono		3014465258	
Ciudad		BOGOTA D.C.	
Departamento		BOGOTA D.C.	

IV. INFORMACIÓN DE DATOS CONYUGUE, COMPAÑERO (A) PERMANENTE O ACUDIENTE												
Tipo documento	☒ CC	☐ CE	☐ PA	☐ TI	☐ CD	☐ PE	Primer Apellido OSUNA		Segundo Apellido PINEDA		Primer nombre UBALDO	Segundo nombre LUIS
Número de documento	1102841572						Dirección DG 49 SUR 52 A 32		Ciudad BOGOTA D.C.		Departamento BOGOTA D.C.	Teléfono 3005501591

V. IDENTIFICACIÓN DE PELIGROS (marque con una x unicamente los peligros a que se expone en su ocupación u oficio diaria)			
V.I PELIGROS FÍSICOS			
ENERGÍA MECÁNICA		ENERGÍA TÉRMICA	
☐ RUIDO	☐ VIBRACIÓN	☐ TEMPERATURA EXTREMA POR FRÍO	☐ TEMPERATURA EXTREMA POR CALOR
☐ PRESIONES ATMOSFÉRICAS EXTREMAS		☐ RADIACIONES NO IONIZANTES	☐ RADIACIONES IONIZANTES
V.II PELIGROS QUÍMICOS			
AGREGADOS MOLECULARES		MOLECULARES	
☐ AEROSOL SÓLIDOS: Fibras polvos y humos	☐ AEROSOL LÍQUIDOS: Nieblas	☐ GASES: Orgánicos o Inorgánicos	☐ VAPORES
V.III PELIGROS BIOLÓGICOS			
MICROORGANISMOS		ARTRÓPODOS	
☐ VIRUS	☐ RICKETTSIAS	☐ CRUSTÁCEOS	☐ ROEDORES
☐ BACTERIAS	☐ HONGOS	☐ ARÁCNIDOS	☐ ANIMALES
		☐ INVERTEBRADOS; Parásitos, Protozoos	
		☐ VERTEBRADOS	
		☐ VEGETALES, Musgos, Helechos, Semillas	
V.IV PELIGROS ERGONÓMICOS			
CARGA FÍSICA		DISEÑO DE PUESTO DE TRABAJO	
☒ ESTÁTICA: Posturas inadecuadas; prolongadas, mantenidas, inadecuadas, forzadas o extremas, antigravitacionales.		☒ PLANOS DE TRABAJO INADECUADO	
☐ DINÁMICA: Inadecuada aplicación de fuerzas, Inadecuada movilización de cargas, Movimientos repetitivos.		☒ ESPACIOS DE TRABAJO INADECUADO	
V.V PELIGROS DE SEGURIDAD			
FÍSICO -QUÍMICO	ELÉCTRICO	MECÁNICOS	LOCATIVOS
☐ INCENDIO	☐ ALTA TENSIÓN (> 57,5 Kilovoltios a 230 Kilovoltios)	☐ MAQUINAS Y EQUIPOS	☐ TRABAJO EN ALTURAS
☐ EXPLOSIÓN	☐ MEDIA TENSIÓN (< 1000 Voltios a <= 57,5 kilovoltios)	☐ HERRAMIENTAS (choques, golpes, aplastamientos)	☒ ORDEN Y ASEO
☐ FUGAS DE PRODUCTOS QUÍMICOS	☐ BAJA TENSIÓN (= 25 Voltios A <= 1000 voltios)	☐ MECANISMOS EN MOVIMIENTO (Poleas, engranajes, piñones, etc)	☒ ALMACENAMIENTO DE MATERIALES (Distribución, Apilamiento)
☐ REACCIONES QUÍMICAS	☐ EQUIPOS ELÉCTRICOS (choques eléctricos, arco eléctrico, electrocución)	☐ EQUIPOS Y LÍNEAS DE PRESIÓN (líneas de presión de aire o vapor, cilindros, etc)	☒ DISPOSICIÓN DE MÁQUINAS Y EQUIPOS (Señalización, Distribución área de trabajo)
	☐ TABLEROS ELÉCTRICOS (choques eléctricos, arco eléctrico, electrocución)		☒ INSTALACIONES (área de Trabajo, Estructuras, Pisos, Paredes, Techos, Escaleras, etc)
	☐ INSTALACIONES ELÉCTRICAS (choques eléctricos, arco eléctrico, electrocución)		

V.VI PELIGROS FENÓMENOS NATURALES		V.VII PELIGROS PÚBLICOS	
☒ TERREMOTOS	☒ HURTO		
☐ INUNDACIONES	☐ MANIFESTACIÓN		
☐ AVALANCHAS	☐ TERRORISMO		
☐ ERUPCIÓN VOLCÁNICA	☐ EXTORSIÓN Y BOLETEO		
☐ TORMENTAS	☐ SECUESTRO		

V. VIII PELIGROS PSICOSOCIAL FACTORES DE RIESGO							
MARQUE CON UNA X		SI	NO	MARQUE CON UNA X		SI	NO
CONDICIONES INTRALABORALES				CONDICIONES EXTRALABORALES			
Se maneja gran cantidad de información, es compleja y/o debe emplearse de manera simultánea		X		El tiempo dedicado a la familia y el descanso es escaso o limitado		X	
Se tiene responsabilidad por manejo de dinero, bienes, salud o seguridad de otras personas		X		Las relaciones familiares son conflictivas y/o afectan el desarrollo del trabajo		X	
El trabajo y las condiciones en que se realiza implica un gran esfuerzo físico y fatiga		X		La situación económica es complicada por bajos ingresos y/o deudas		X	
Se expone a trato negativo del público y/o de compañeros de trabajo		X		El desplazamiento vivienda trabajo vivienda requiere mucho tiempo		X	
La comunicación con otras personas es escasa y/o conflictiva		X					
Las jornadas de trabajo son extensas, en horario nocturno y/o sin descanso		X					
El tiempo para desarrollar el trabajo es insuficiente		X					
Se cuenta con tiempo para realizar pausas durante la jornada diaria		X					
CONTROL		SI	NO			SI	NO
El trabajo impide el desarrollo de habilidades y conocimientos		X		El esfuerzo realizado no corresponde con el salario		X	

CON ESTE FORMATO SE PERFECCIONA LA AFILIACIÓN AL SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES Y SE CONSTITUYE EN LA IDENTIFICACIÓN DE PELIGROS A LA CUAL USTED SE EXPONE EN LA OCUPACIÓN Y OFICIO QUE USTED REALIZA EN SU JORNADA LABORAL DIARIA EN TODOS SUS ASPECTOS POR LO DISPUESTO EN DECRETO 1763 DEL 2016 Y DEMÁS NORMAS QUE LOS MODIFICAN, ADICIONAN O COMPLEMENTAN.	
Formulario Firmado Electrónicamente / 2024-05-12 / 7:56:57	
ANA KARINA HUERTAS PEREZ	
Firma del Trabajador	Firma del Funcionario de la ARL



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 KARINA HUERTAS PEREZ** identificado con **CC No. 1102846923**, registra la siguiente información.

Datos de la Relación Laboral
Fecha de inicio de cobertura: 15/05/2024
Estado Afiliación: ACTIVO
Tipo Vinculación: TRABAJADOR INDEPENDIENTE VOLUNTARIO
Clase de Riesgo: 1

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202401015193760.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 14 días del mes de mayo de 2024.

Cordialmente,

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