FUNDACIÓN
Laudes Infantis

CONTRATO CIVIL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS
Nº 026 DE 2025

NOMBRE DEL CONTRATANTE FUNDACION LAUDES INFANTIS	**DIRECCION DEL CONTRATANTE** Cra. 2 N° 12-14 Bogotá D. C
NOMBRE DEL CONTRATISTA LIZETH PAOLA VIVAS QUIÑONES C.C No. 1.023.894.460	**DIRECCION DEL CONTRATISTA** CALLE 69 R BIS SUR # 18 M 34
DIRECCIÓN DONDE SE DESARROLLA LA PRESTACIÓN: CALLE 75 A BIS SUR 27 28 –JARDIN INFANTIL SALAMANDRA	
CONTRATO CIVIL DE SERVICIOS MAESTRA	
HONORARIOS TRES MILLONES SEISCIENTOS SESENTA Y SEIS MIL PESOS M/CTE ($3.666.000).	**FORMA DE PAGO** MENSUAL
FECHA DE INICIO **05 DE FEBRERO DE 2025**	**FECHA DE VENCIMIENTO** **31 DE MARZO DE 2025**
LUGAR DE DESARROLLO DEL CONTRATO BOGOTA	**LUGAR DE SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO** BOGOTA

Entre **FUNDACION LAUDES INFANTIS** legalmente constituida y con domicilio principal en la ciudad de Bogotá, D.C., quien en adelante se denominará CONTRATANTE, representada por **MARTHA YACQUELINE MORENO** en su calidad de Representante Legal, identificada como aparece al pie de su firma, según certificado existencia y representación y por otra parte **LIZETH PAOLA VIVAS QUIÑONES**, quien se identifica como aparece al pie de su firma y en adelante se denominará CONTRATISTA, hemos convenido en celebrar un contrato de prestación de servicios profesionales que se regulará por las cláusulas que a continuación se expresan y en general por las disposiciones del Código Civil y Código de Comercio aplicables a la materia de qué trata este contrato:

Primera. Objeto. El CONTRATISTA, de manera independiente, sin vinculación laboral, sin subordinación o dependencia, utilizando sus propios medios, elementos de trabajo, prestará los servicios de: **MAESTRA**

Segunda. Término del Contrato. Este Contrato de Prestación de Servicios se desarrollará del 05 de febrero al 31 de marzo de 2025. El presente contrato podrá ser prorrogado siempre que así se acuerde entre las partes

Tercero. Honorarios. – El CONTRATANTE pagará al CONTRATISTA por concepto de honorarios la suma mensual de **TRES MILLONES SEISCIENTOS SESENTA Y SEIS MIL PESOS M/CTE ($3.666.000).** Pagaderos los 10 primeros días del mes siguiente de la prestación a través de transferencia directa o giro de cheque, previa presentación de la cuenta de cobro y la planilla de pago del sistema integral de seguridad social liquidada con un IBC que no podrá ser inferior al 40% del valor de la prestación mensual percibida.

Cuarta. Nuevo servicio. Si el contratante requiere un servicio diferente o adicional al pactado en este contrato, surgirá una nueva operación comercial, que necesitará un nuevo contrato, toda vez que una nueva actividad difiere de las causas que le dieron origen a éste.

Quinta. Obligaciones del CONTRATISTA:

A. OBLIGACIONES GENERALES DEL CONTRATISTA

- Desarrollar y liderar la implementación del proyecto pedagógico del jardín aplicando sus conocimientos y habilidades profesionales.
- Implementar los procedimientos que para la prestación de servicio de Educación Inicial – Jardines Infantiles se encuentren vigentes, en el marco del Sistema Integrado de Gestión.
- Conocer, apropiar e incrementar dentro de sus competencias los lineamientos y estándares técnicos de la educación Inicial con enfoque de Atención Integral a la Primera Infancia.
- Ejercer y garantizar el buen trato a todos los niños y las niñas, como un principio ético no negociable. Adicionalmente, mantener una relación de respeto y cooperación con todas las personas que desarrollan actividades en el Jardín Infantil.
- Prestar el servicio contratado dentro los requerimientos de prestación exigidos por la Secretaria Distrital de Integración Social, relacionados con la presentación e higiene personal y atención a los niños en los horarios que la entidad ha determinado.
- Conocer, apropiar y orientar su práctica pedagógica acorde con los lineamientos u orientaciones pedagógicas de la Educación Inicial en el Distrito.
- Aportar a la construcción y puesta en marcha del proyecto pedagógico del jardín infantil, el cual debe ser elaborado bajo las orientaciones pedagógicas de la Educación Inicial definidas por la Subdirección para la infancia.
- Aportar para el diseño e implementación de modelos innovadores y pertinentes para el ciclo de educación inicial en el jardín infantil donde esté prestando sus servicios (de apoyo) profesionales.
- Cumplir cabalmente lo definido en los lineamientos y estándares técnicos de Educación Inicial, principalmente en lo relacionado con el estándar pedagógico de Educación Inicial, así como los aspectos de seguridad de los niños y niñas en el jardín infantil.
- Participar de forma activa en las jornadas de formación permanente de maestras que desarrolla la Subdirección para la Infancia a través de los viernes pedagógicos.
- Garantizar que en todas la interacciones y relaciones que establezca directa o indirectamente con los niños y niñas, sean reconocidos y tratados como sujetos de derechos, con capacidad para pensar, expresar, participar, opinar y de ser tenido en cuenta como sujeto activo dentro de todo el proceso pedagógico.
- No ausentarse de la prestación de servicios por asuntos personales o familiares solo en caso de emergencia, y su reemplazo que deberá ser asumido por la contratista.
- Conocer y apropiar las políticas y lineamientos de inclusión social definidos por la subdirección para la infancia, específicamente en los relacionado con los niños y niñas en condición de discapacidad, miembros de comunidades indígenas o victimas de conflicto armado, con el fin de implementar la acciones necesarias y suficientes para incorporar dichas políticas y lineamientos en sus prácticas pedagógicas.
- Las ausencias injustificadas en la prestación de servicios serán sancionadas acorde con lo regulado por la secretaria Distrital de Integración Social que a la fecha de suscripción equivale a dos días de servicios de la respectiva asignación.
- Diligenciar los formatos e instrumentos correspondientes a los procesos de planeación pedagógica, seguimiento y valoración del desarrollo infantil de cada niño o niña, informes periódicos dirigidos a padres y madres de familia o cuidadores y los demás que se consideren de competencias de las maestras y que estén acorde con el objeto de este contrato, de acuerdo con las directrices dadas por la Subdirección para la Infancia.

- Liquidar el pago al sistema integral de seguridad social con un IBC superior al 40% del valor de la prestación percibida mensualmente.
- Dar aviso o denunciar por cualquier medio, los delitos o las acciones que vulneren, amenacen, conlleven maltrato físico o psicológico, y/o imposición de sanciones crueles, degradantes o humillantes a los niños y niñas a su cargo, ante las entidades competentes; lo anterior al tenor de lo dispuesto por los Artículos 40 y 45 de la Ley 1098 de 8/11/2006.
- Participar en los procesos de formación relacionados con el cumplimiento de estándares de calidad y autorizados por la Subdirección para la Infancia.
- Trabajar de forma armónica y articulada con los demás profesionales que se vinculen al equipo educativo del jardín infantil, como psicólogos, educadores especiales, nutricionistas, enfermeros entre otros, con el fin de garantizar una atención integral a los niños y niñas de los Jardines Infantiles.
- Apoyar la implementación del currículo de formación a familias en los Jardines Infantiles.
- Propender por el aseguramiento, protección y efectivo restablecimiento de los derechos de los niños y niñas que han sido vulnerados.
- Apoyar los procesos de actualización de ficha SIRBE para todos los niños y niñas.
- Acompañar, cuando se requiera, el traslado de los niños y niñas a los diferentes espacios fuera del jardín infantil, como por ejemplo salidas pedagógicas y participación en el proyecto de medio acuático.
- A guardar absoluta reserva sobre los hechos, documentos, informaciones y en general, sobre los asuntos y materias que lleguen a su conocimiento por causa o con ocasión de su contrato de trabajo
- Mantener el debido cuidado en las actividades desarrolladas, seguir las indicaciones que en materia de seguridad y salud en el trabajo se impartan y hacer uso adecuado de las instalaciones y recursos de la Fundación.
- Y todas aquellas relacionadas con su cargo.

CLÁUSULA: Obligación de Asistencia a Formaciones y Capacitaciones

Formación y Desarrollo Profesional

1.1 El Prestador de Servicios reconoce y acepta que el desarrollo continuo de sus habilidades y conocimientos es esencial para el éxito tanto del Prestador como del Cliente.

1.2 Con el objetivo de promover el crecimiento profesional y asegurar la entrega de servicios de alta calidad, el Prestador se compromete a participar en todas las formaciones, seminarios, talleres y capacitaciones que sean orientados y proporcionados por la Fundación Laudes Infantis

Asistencia Obligatoria:

2.1 El Prestador de Servicios entiende que la asistencia a estas actividades de formación es obligatoria y una parte integral de la relación laboral.

2.2 En caso de que el Prestador no pueda asistir a alguna formación programada, se compromete a notificar a la Fundación con la mayor antelación posible y a colaborar en la búsqueda de soluciones alternativas, como la participación en sesiones de capacitación diferidas o la revisión de recursos de formación equivalentes.

Consecuencias de la No Asistencia:

3.1 La no asistencia injustificada a las formaciones y capacitaciones programadas, así como la falta de comunicación previa, podrá afectar la evaluación del desempeño del Prestador y la continuidad de la prestación de servicios.

FUNDACIÓN
Laudes Infantis

PARAGRAFO. Dada que la naturaleza de este contrato es civil y no laboral, el horario de desarrollo de las actividades será acordado con la administración, acorde con las necesidades de operación y las actividades derivadas de la Fundación, sin que medie ningún tipo de subordinación entre las partes.

Sexta. Obligaciones. EL CONTRATISTA con el presente contrato de prestación de servicios se obliga a: cumplir con el objeto del contrato, presentar planilla de pago al sistema de seguridad social (salud, pensión y ARL) y cotizar sobre el 40% de los honorarios para salud, pensión y ARL, cumplir los reglamentos establecidos por la Fundación, entregar informes operativos del Jardín y dar buen uso de los equipos que se disponen. EL CONTRATANTE. Son obligaciones del CONTRATANTE: Cancelar los honorarios fijados al CONTRATISTA, según la forma que se pactó dentro del término debido, en caso de mora de más de 15 días en el pago, el contratista podrá suspender la prestación del servicio. Entregar toda la información que solicite el CONTRATISTA para poder desarrollar con normalidad su labor independiente.

Séptima. Terminación anticipada o anormal. – Incumplir las obligaciones propias de cada una de las partes, dará lugar a la otra para terminar unilateralmente el Contrato de Prestación de Servicio. Para tal efecto se deberá dar aviso escrito con un plazo no menos a 30 días a la fecha de terminación, pagando además indemnización de perjuicios equivalentes.

Octava. Cláusula compromisoria. – Toda controversia o diferencia relativa a este contrato, su ejecución y liquidación, se resolverá por un tribunal de arbitramento o centro de conciliación que por economía será designado por las partes y será del domicilio donde se debió ejecutar el servicio contratado o en su defecto en el domicilio de la parte que lo convoque. El tribunal de Arbitramento o Centro de Conciliación se sujetará a lo dispuesto en el decreto 1818 de 1998 o estatuto orgánico de los sistemas alternativos de solución de conflictos y demás normas concordantes. En todo caso, este contrato presta mérito ejecutivo por ser una obligación clara, expresa y exigible para las partes.

Este Contrato de Prestación de Servicios se firma en dos ejemplares para las partes en Bogotá a los cuatro (04) días del mes de febrero del año dos mil veinticinco (2025).

MARTHA YACQUELINE MORENO
Fundación Laudes Infantis
Nit. 830.057.894-4
El contratante
C.C. 39.619.250
Representante Legal

LIZETH PAOLA VIVAS QUIÑONES
El contratista
C.C. 1.023.894.460 de Bogotá

Hacienda

POSITIVA COMPAÑIA 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, **LIZETH PAOLA VIVAS QUIÑONES** identificado con **CC** No. **1023894460**, registra la siguiente información.

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
FUNDACION LAUDES INFANTIS - NI. 830057894	**Fecha de inicio de cobertura:** 05/02/2025 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Fecha de inicio de Contrato:** 05/02/2025 **Fecha fin de Contrato:** 31/03/2025 **Tipo Vinculación:** TRABAJADOR INDEPENDIENTE **Clase de Riesgo:** 1

Recuerde que una vez cumplida la fecha fin de contrato, el sistema aplica de forma automática la novedad de retiro, por lo anterior, en caso de tener un nuevo contrato o prorroga deberá realizar la correspondiente novedad a través de nuestro portal www.positivaenlinea.gov.co, para continuar con la cobertura.

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): 202501012124902.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 4 días del mes de febrero de 2025.

Cordialmente,

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
APO_13_2_2_FR01 v_09
MIS_4_1_3_FR15 v_010

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **LIZETH PAOLA VIVAS QUIÑONES** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1023894460,** se encuentra afiliado/a desde **25/06/2010** 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 30 de enero 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.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4014125379	0|4|0|2|2|0|2|5

I. DATOS DEL TRÁMITE (Lea las instrucciones que se encuentran anexas al fromulario antes de diligenciarlo)

1.tipo de tramite
A. Afiliación ☐ B.Reporte de Novedades ☒

2.Tipo afiliacion
A. Individual: -Cotizante Cabeza de familia ☒ -Beneficiario afiliado adicional ☐
B. Colectiva ☐ C. Institucional ☐ D. De oficio ☐

3.Regimen
A.Contributivo ☒ B.Subsidiado ☐

4.Contribución Solidaria
Si ☐ No ☒

5. Tipo de afiliado
A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐ D. Afiliado adicional ☐

6. Tipo de cotizante
A. Dependiente ☐ B. Independiente ☒ C. Pensionado ☐

7.Codigo (a registrar por la EPS) 3

A. AFILIACIÓN

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

8.Apellidos y nombres			
VIVAS Primer apellido	QUIÑONES Segundo apellido	LIZETH Primer nombre	PAOLA Segundo nombre

9.Tipo documento de Identidad	10.Número del documento de Identidad	11.Sexo biológico	12.Sexo identificación
CC	1023894460	Femenino ☒ Masculino ☐	F ☒ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual

13. Nacionalidad	14.Lugar Nacimiento				15.Fecha Nacimiento
COLOMBIA	Pais: COLOMBIA	Departamento: BOGOTA	Municipio: BOGOTA		2|0|0|3|1|9|9|0

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

16.Etnia	17.Comunidad	18.Discapacidad	Si ☐	No ☒
6		Categoria Discapacidad		

19.Tiene encuesta SISBEN	20.Clasificación SISBEN		21.Grupo población especial
SI ☐ NO ☒	Nivel	Grupo	

22. Administradora de riesgos Laborales - ARL	23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotizacion - IBC	25. Tarifa Contribución Solidaria
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	INSTITUTO DE SEGURO SOCIAL	3666000	

26.Residencia

CL 69 R BIS SUR 18 M 34 Dirección	Telefono fijo	3138512829 Telefono celular	LIZETHVIVAS55@GMAIL.COM Correo electronico

BOGOTA Departamento	BOGOTA Municipio/Distrito	Localidad / comuna	zona	Urbana cabecera municipal ☒ Rural dispersa ☐ Urbana centro poblado ☐ Resto rural ☐

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

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

27. Apellidos y nombres			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

28. Tipo documento de identidad	29. Número documento identidad	30. Sexo biológico	31. Sexo identificación
		Femenino ☐ Masculino ☐	F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual

32. Nacionalidad	33.Lugar Nacimiento			34.Fecha Nacimiento
	Pais:	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 documento de identidad	37. Número de identidad	38. Nacionalidad	39.Sexo Biológico		40.Sexo Identificación						41.Lugar Nacimiento			42.Fecha de nacimiento
				Femenino	Masculino	F	M	T	NB	otro	cual	Pais	Departamento	Municipio	
B1															
B2															
B3															
B4															
B5															

Datos complementarios del Beneficiario

	43.Parentesco	44.Etnia	45.Comunidad	46.Grupo poblacional especial	47.Encuesta SISBEN		48.Clasificación SISBEN		49.Discapacidad			50.Incapacidad Permanente	
					Si	No	Nivel	Grupo	Si	No	Categoria	Si	No
B1													
B2													
B3													
B4													
B5													

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)
			Cabecera municipal	Centro poblado	Rural dispersa	Resto rural		
B1								
B2								
B3								
B4								
B5								

	Dirección	Localidad/Comuna	Correo Electrónico
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

Seleccion de la IPS Primaria

	53. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS	54.Codigo de la IPS(a registrar por la EPS)
C	VS ENSUEÑO - VS ENSUEÑO	VSCANDEL - VSCANDEL
B	-	-
B	-	-
B	-	-

V. DATOS DE IDENTIFICACION DEL APORTANTE, DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACION COLECTIVA O RESPONSABLES DE PAGO

55. Nombre o razón social	56. Tipo de identificación	57. Numero de documento de Identificación	58. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS)
LIZETH PAOLA VIVAS QUIÑONES	CC	1023894460	01

59.Ubicación

CL 69 R BIS SUR 18 M 34 Dirección	3138512 Teléfono fijo o celular	LIZETHVIVAS55@GMAIL.COM Correo electrónico	BOGOTA Departamento	BOGOTA Municipio/distrito

No de Radicacion
4014125379

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. Tipo de Novedad

- ☐ **1.** Modificación datos básicos de identificación
- ☐ **2.** Corrección datos básicos de identificación
- ☐ **3.** Actualización documento de identidad
- ☐ **4.** Actualización y/o corrección datos complementarios
- ☐ **5.** Terminación de la inscripcion en la EPS. Código: ☐
- ☐ **6.** Reporte de pago a través de un tercero; Código: ☐
- ☐ **7.** Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- ☐ **8.** Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- ☒ **9.** Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar
- ☐ **10.** Terminación de la relacion laboral o perdida 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 tramite de protección al cesante
- ☐ **18.** Reporte de la calidad de pre-Pensionado
- ☐ **19.** Reporte de la calidad del pensionado
- ☐ **20.** Ingreso a contribución solidaria
- ☐ **21.** Retiro de contribución solidaria

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de la identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de Identidad	Número documento de Identidad	62. Sexo biológico	63. Sexo identificación	64. Fecha de nacimiento
☐		Femenino ☐ Masculino ☐	F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual	

65. EPS anterior	66. Fecha de Novedad	67. Motivo de traslado Código:	68. Caja de Compensación Familiar o pagador de pensiones
	0|5|0|2|2|0|2|5	☐	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- **69.** ☐ Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- **70.** ☒ Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributvo,Especial o de Excepción.
- **71.** ☐ Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de 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 Salud .
- **73.** ☒ Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clinica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
- **74.** ☒ 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 poir sus funciones la requieran
- **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 Decr eto 1377 de 2013
- **76.** ☒ Autorización para que la EPS envie información al correo electronico o celular como mensaje 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 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

Apellidos y nombres

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de Identidad	Número documento de Identidad
☐	

IX. FIRMAS

80. Cotizante o cabeza de familia o beneficiario	81. El empleador aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de oficio
Lizeth Roda Urrea	

X. ANEXOS

- ☐ **82.** Anexo Copia del documento de identidad: **CN.** ☐ **RC.** ☐ **TI.** ☐ **CC.** ☐ **PA.** ☐ **CE.** ☐ **CD.** ☐ **SC.** ☐ **PT.** ☐

  Cantidad: ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Total: 0

- ☐ **83.** Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- ☐ **84.** Copia registro civil de matrimonio, o de la escritura pública,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la union marital.
- ☐ **85.** 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 union marital.
- ☐ **86.** Copia certificado de adopción o acta de entrega del menor
- ☐ **87.** Copia orden judicial o acto administrativo de custodia.
- ☐ **88.** Documento en que conste la perdida de la patria potestad, o el certificaco de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los padres.
- ☐ **89.** Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud
- ☐ **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 consiste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

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 documento de identidad	Número documento de identidad	95. Firma del funcionario
☐		
96. Fecha de Radicación	97. Fecha de Validación	

Observaciones

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