FUNDACION SOCIAL CASTILLO SAN LUCAS
NIT. 900119083-9
JARDIN INFANTIL CASTILLO SAN LUCAS

CONTRATO CIVIL POR PRESTACION DE SERVICIOS

INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO

UNIDA5D OPERATIVA	JARDIN CASTILLO SAN LUCAS
CONTRATANTE	LIGIA ESMERALDA PORTELA MONTEALEGRE; mayor de edad, identificado (A) con cédula de ciudadanía No. 65690054, actuando como representante legal de la FUNDACION SOCIAL CASTILLO SAN LUCAS CON NIT 900119083-9.
CONTRATISTA	MARIA TRANSITO URREA; mayor de edad identificado con cédula de ciudadanía como se indica al pie de mi firma, domiciliado en Bogotá.
OBJETO DEL CONTRATO	En su calidad de trabajador independiente, se obliga para con El CONTRATANTE a ejecutar los trabajos y demás actividades propias del servicio contratado, el cual debe realizar de conformidad con las condiciones y cláusulas del presente documento. ADEMAS GARANTIZAR LA EDUCACIÓN INICIAL EN EL MARCO DE LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS NIÑAS Y NIÑOS EN PRIMERA INFANCIA.
CARGO/ PERFIL/ SERVICIOS	AUXILIAR SERVICIOS GENERALES
PLAZO DE EJECUCION	DEL 26 DE ENERO AL 22 FEBRERO DE 2026
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	$ 2.396.996
VALOR MENSUAL x 30 DIAS	$ 2.396.996

CLAUSULAS DEL CONTRATO

1. Firmar oportunamente el contrato de prestación de servicios, juntamente con el contratante.
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 contratación.
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 Fundación.
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 estos en el estado en que los recibió salvo el deterioro normal, o daños ocasionados por el caso fortuito o fuerza mayor al contratante.
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 mensual sobre las actividades realizadas durante la ejecución de este.
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 Fundación, 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**.
8. Dar cumplimiento a los proyectos, programas, políticas, lineamientos, planes y estrategias ambientales establecidas por la fundación 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.
9. Hacer entrega oficial al responsable del servicio/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
10. El (La) **CONTRATISTA** debe estar a paz y salvo con gestión documental a la fecha de finalización del contrato.
11. 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 sicológica a cualquier participante o usuario de los servicios prestados o contratados por la entidad.

Powered by CamScanner

12. Denunciar ante la autoridad competente, todo tipo de maltrato, violencias o conductas que conlleven a la vulneración de derechos contra niños, niñas.
13. 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
14. El (La) **CONTRATISTA** debe presentar a el (la) responsable/a(a) las recomendaciones médicas que tengan, antes de firmar el contrato.
15. Cumplir con los protocolos, procedimientos y demás lineamientos relacionados con la calidad de la información.
16. Contar con las herramientas de trabajo ofimáticas que se requieran para la elaboración de sus actividades. (plan de datos, celular, computador)
17. **SUPERVISION** El CONTRATANTE o su representante supervisará la ejecución del servicio encomendado, y podrá formular las observaciones del caso, para ser analizadas juntamente con El CONTRATISTA.
18. **TERMINACIÓN**. El presente contrato terminara por acuerdo entre las partes y unilateralmente por el incumplimiento de las obligaciones derivadas del contrato.
19. **SUSPENSIÓN** El plazo de ejecución del presente convenio podrá suspenderse en los siguientes eventos:
    - Por circunstancias de fuerza mayor o caso fortuito.
    - Por mutuo acuerdo, siempre que de ello no se deriven mayores costos para la Secretaría Distrital de Integración Social, ni se causen perjuicios a la misma.
    - Incapacidad igual o mayor a 3 días
20. **INDEPENDENCIA** El CONTRATISTA actuará por su cuenta, con autonomía y sin que exista relación laboral, ni subordinación con El CONTRATANTE. Sus derechos se limitarán por la naturaleza del contrato, a exigir el cumplimiento de las obligaciones del CONTRATANTE y el pago oportuno de su remuneración fijada en este documento.
21. **CESIÓN** El CONTRATISTA no podrá ceder parcial ni totalmente la ejecución del presente contrato a un tercero, sin la previa, expresa y escrita autorización del CONTRATANTE.
22. **CONFIDENCIALIDAD** Tratar confidencialmente toda la información recibida directa o indirectamente del contratante (FUNDACION SOCIAL CASTILLO SAN LUCAS), y no utilizar ningún dato de esa información de ninguna manera distinta al propósito del presente acuerdo.
23. **DOMICILIO** Para todos los efectos legales, se fija como domicilio contractual la ciudad de Bogotá dirección calle 40 B BIS 11-86 este barrio san José sur oriental
24. Las partes conocen, comprenden y aceptan todas y cada una de las estipulaciones contenidas en el presente documento y en constancia son aceptadas mediante la firma del presente contrato.
25. Conocer y apropiarse de los compromisos adquiridos de acuerdo con el anexo y estándares técnicos de educación inicial.

COMPROMISOS

- Organización de área de trabajo
- Buenas relaciones interpersonales
- Disposición para atender indicaciones
- Limpieza y desinfección de todas las áreas del jardín externas e internas
- Diligenciamiento de formatos del plan de saneamiento básico
- Conocer e implementar el plan de saneamiento básico

Ligia Esmeralda Portela

Se firma en Bogotá a los 26 días del mes de enero de 2026

LIGIA ESMERALDA PORTELA
C.C 65690054
CONTRATANTE

NOMBRE Y FIRMA
Maria Transito Urrego
C.C 52345415 de Bogotá.
CONTRATISTA

Powered by CamScanner

LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

CERTIFICA QUE:

MARIA TRANSITO URREA identificado con CC. 52345415 registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales:

VOLUNTARIO			
Fecha de inicio de cobertura	2025/01/16	**Código de ocupación**	5312
Tipo de vinculación	Independiente Voluntario	**Descrición de ocupación**	AUXILIARES DE MAESTROS
Clase de riesgo	1	**Estado de afiliación**	Activo

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Esta certificación se expide a los 29 días del mes de enero del 2026.

Tenga en cuenta que, una vez finalice la fecha de terminación del contrato, el sistema aplicará automáticamente el retiro. Si tiene un nuevo contrato o prórroga, registre la novedad en www.positivaenlinea.gov.co para mantener la cobertura.

APO_13_2_2_FR01 V_08

Para verificar la autenticidad de este certificado, escanea el código QR incluido o visita nuestra página web. Selecciona la opción "Validar certificados de afiliación" e ingresa el siguiente código: **CC29012026M52345415U4877892.** Este código es válido por un mes.

MIS_4_1_3_FR15 v_010

Cordialmente,

Gerencia de afiliaciones y novedades ARL
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS

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

1. Tipo de trámite	2. Tipo de Afiliación	3. Régimen	4. Contribución solidaria	5. Tipo de afiliado:	6. Tipo de cotizante:	7. Código (a registrar por la EPS)
A. Afiliación [ ]	A. Individual: • Cotizante o cabeza de Familia [ ] • Beneficiario o afiliado adicional [ ]	A. Contributivo [ ]	Si [ ]	A. Cotizante [✓]	A. Dependiente [ ]	54
B. Reporte de Novedades [✓]	B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]	B. Subsidiado [ ]	No [ ]	B. Cabeza de familia [ ] C. Beneficiario [ ] D. Afiliado adicional [ ]	B. Independiente [✓] C. Pensionado [ ]	

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

8. Apellidos y nombres			
Primer Apellido: Urrea	Segundo Apellido:	Primer Nombre: Maria	Segundo Nombre: Transito

9. Tipo de documento de identidad	10. Número de documento de identidad	11. Sexo biológico	12. Sexo identificación	15. Fecha de nacimiento (Día - Mes - Año)
CC	52345415	Femenino [X] Masculino [ ]	F [X] M [ ] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cuál?	27-01-76

13. Nacionalidad	14. Lugar de nacimiento			
Colombiano	Bogotá	Cundinamarca	Bogotá	

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

16. Etnia	17. Comunidad	18. Discapacidad	19. Tiene encuesta SISBÉN	20. Clasificación SISBÉN	21. Grupo de población especial	22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL
		Si [ ] No [X] - Categoría de discapacidad	Si [ ] No [X]	Nivel [ ] Grupo [ ]		Positivo

23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotización - IBC	25. Tarifa Contribución Solidaria	26. Residencia
Protección	1.750.950		Calle 36b sur N° 4A 22 Este

Teléfono fijo	Teléfono celular	Correo electrónico	Zona
	3193429941	Mary241306@ymail.com	Cabecera Municipal [✓] Centro Poblado [ ] Rural Disperso [ ] Resto Rural [ ]

Departamento	Municipio / Distrito	Localidad / Comuna
Bogotá	San Cristobal	

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR (Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero (a) permanente del cotizante)

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

28. Tipo de documento de identidad	29. Número de documento de identidad	30. Sexo biológico	31. Sexo identificación	32. Nacionalidad	33. Lugar de nacimiento	34. Fecha de nacimiento (Día - Mes - Año)
		Femenino [ ] Masculino [ ]	F [ ] M [ ] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cuál?		País / Departamento / Municipio	

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

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

	36. Tipo de documento de identidad	37. No. del documento de identidad	38. Nacionalidad	39. Sexo biológico		40. Sexo Identificación						41. Lugar de nacimiento			42. Fecha de nacimiento (Día - Mes - Año)
				Femenino	Masculino	F	M	T	NB	Otro	Cuál?	País	Departamento	Municipio	
B1															
B2															
B3															
B4															
B5															

Datos complementarios del Beneficiario

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

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

	Dirección	Localidad/Comuna	Correo Electrónico
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

FOR-EPSVTA-0002 V002

Powered by CamScanner

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **URREA MARIA TRANSITO** identificado(a) con **CC** número **52.345.415** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 01 de febrero de 2000 y sus recursos se encuentran distribuidos como se enuncia a continuación, de conformidad con lo consagrado en el Decreto 2373 de 2010 así:

1. El 100% al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MODERADO

Esta constancia se expide a petición del(la) interesado(a) el día 29 de enero de 2026.

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:
Asesor Virtual Pronto en nuestro Portal Web www.proteccion.com y App o comunicarse con la Línea de Servicio en:
Bogotá **(601) 482 33 64** – Medellín **(604) 510 90 99** – Cali **(602) 386 00 80** -
Barranquilla **(605) 319 79 99** – Cartagena **(605) 642 49 99** – WhatsApp **+57 310 220 5575**
o llámanos desde tu computador desde cualquier lugar del mundo ingresando a **https://customers.wolkvox.com/clicktocall/proteccion/**