FUNDACION SOCIAL CASTILLO SAN LUCAS
NIT 900119083-9

Contrato de prestación de servicios

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 quien en adelante se denominará EL CONTRATANTE, y **VERUZCKA ALEJANDRA RUBIO FIGUEROA** , mayor de edad identificado con cédula de ciudadanía como se indica al pie de mi firma, domiciliado en Bogotá, y quien para los efectos del presente documento se denominará EL CONTRATISTA, acuerdan celebrar el presente CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS, el cual se regirá por las siguientes cláusulas: **PRIMERA.- OBJETO**: El CONTRATISTA 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 y que consistirá en: **Prestar sus servicios como Responsable del servicio de la unidad operativa Avesol**

1. Firmar oportunamente el contrato de prestación de servicios, conjuntamente 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 los mismos 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 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 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.
12. Denunciar ante la autoridad competente, todo tipo de maltrato, violencias o conductas que conlleven a la vulneración de derechos contra niños, niñas.

Powered by CamScanner

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.

SEGUNDA. DURACIÓN O PLAZO: El plazo para la ejecución del presente contrato será desde 26 Enero 2026 al 22 febrero 2026 y podrá prorrogarse por acuerdo entre las partes con antelación a la fecha de su expiración mediante la celebración de un contrato adicional que deberá constar por escrito.

TERCERA. PRECIO: El valor del contrato será por la suma de $. 3.915.080 (TRES MILLONES NOVECIENTOS QUINCE MIL OCHENTA PESOS M/CTE

CUARTA. FORMA DE PAGO: El valor del contrato será cancelado así: pagaderos mensualmente por un valor de $ 4.517.400(CUATRO MILLONES QUINIENTOS DIECISIETE MIL CUATROCIENTOS PESOS MCTE) en los 10 primeros días calendario de acuerdo con la entrega satisfactoria de la obra o servicio contratado)

1. **QUINTA. OBLIGACIONES:** El CONTRATANTE deberá facilitar acceso a la información y elementos que sean necesarios, de manera oportuna, para la debida ejecución del objeto del contrato, y, estará obligado a cumplir con lo estipulado en las demás cláusulas y condiciones previstas en este documento. El CONTRATISTA deberá cumplir en forma eficiente y oportuna los trabajos encomendados y aquellas obligaciones que se generen de acuerdo con la naturaleza del servicio, además se compromete a afiliarse a una empresa promotora de salud EPS, y cotizar igualmente al sistema de seguridad social en pensiones tal como lo indica el art.15 de le ley 100 de 1993, para lo cual se dará un término de 1 días contados a partir de la fecha de iniciación del contrato. De no hacerlo en el término fijado el contrato se dará por terminado. El CONTRATANTE DEBERA 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, Mantener organizados los documentos del talento humano, Atender visitas de componentes nutricional, pedagógico y administrativo, evidenciando conocimiento de los lineamientos, estándares, protocolos y proyecto. educativo que rigen la institución, Promocionar y garantizar un buen clima laboral y organizacional, Informar con tiempo las solicitudes que requiere, manteniendo el cronograma programado y realizando reuniones de carácter informativo constantemente, Fomentar el respeto y el buen trato entre niños y niñas, docentes, padres de familia, auxiliares de servicios y entes administrativos, Supervisar los contratos del talento humano garantizando el buen funcionamiento de la unidad operativa, Las demás obligaciones que designe el supervisor.

SEXTA. SUPERVICION: El CONTRATANTE o su representante supervisará la ejecución del servicio encomendado, y podrá formular las observaciones del caso, para ser analizadas conjuntamente con El CONTRATISTA.

SEPTIMA. TERMINACIÓN. El presente contrato terminara por acuerdo entre las partes y unilateralmente por el incumplimiento de las obligaciones derivadas del contrato.

OCTAVA. 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.

NOVENA. 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.

DÉCIMA. DOMICILIO: Para todos los efectos legales, se fija como domicilio contractual la ciudad de Bogotá dirección Calle36 i sur este 1-49

se firma en Bogotá a los 26 días del mes de Enero 2026

LIGIA ESMERALDA PORTELA
C.C 65690054
CONTRATANTE

VERUZCKA ALEJANDRA RUBIO
C.C 52.277.843 de Bogotá
CONTRATISTA

Powered by CamScanner

LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

CERTIFICA QUE:

VERUZCKA ALEJANDRA RUBIO FIGUEROA identificado con CC. 52277843 registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales:

VOLUNTARIO			
Fecha de inicio de cobertura	2026/01/23	**Código de ocupación**	2342
Tipo de vinculación	Independiente Voluntario	**Descrición de ocupación**	PROFESORES DE PRIMERA INFANCIA
Clase de riesgo	1	**Estado de afiliación**	Activo

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Esta certificación se expide a los 26 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: **CC26012026V52277843R3597357.** 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

Famisanar
NIT 830.003.564-7

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

063261055

No. de Radicación SAT

Fecha de Radicación 23/01/2026

1. 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 ☐ B. Reporte de Novedades X	A. Individual - Cotizante o cabeza de familia A - Beneficiario o afiliado adicional ☐ B. Colectiva ☐ C. Institucional ☐ D. De oficio ☐	A. Contributivo X B. Subsidiado ☐	SI ☐ NO X	A. Cotizante X B. Cabeza de familia ☐ C. Beneficiario ☐ D. Afiliado adicional ☐	A. Dependiente ☐ B. Independiente X 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: Rubio	Segundo Apellido: Tique (U)	Primer nombre: Wendy	Segundo Nombre: Alexandra

9. Tipo de documento de identidad	10. Número del documento de identidad	11. Sexo biológico	12. Sexo identificación	13. Nacionalidad
CC	52977943	Femenino ☐ Masculino ☐	F ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual	Colombiana

14. Lugar de nacimiento	País	Departamento	Municipio	15. Fecha de nacimiento
Bogotá	Colombia	Cundinamarca	Bogotá	16 / 03 / 1979

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

16. Etnia	17. Comunidad	18. Discapacidad	Categoría discapacidad	19. Tiene encuesta SISBÉN	20. Clasificación SISBÉN	21. Grupo de población especial
N1	N1	SI ☐ NO X		SI ☐ NO ☐	Nivel ☐ Grupo ☐	

22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotización - IBC	25. Tarifa contribución solidaria
Positiva	Colpensiones	1'907.000	

26. Residencia	Teléfono fijo	Teléfono celular	Correo electrónico
Calle 134 # 14 H 40		3214632934	Alexa [illegible]

Departamento	Municipio / Distrito	Localidad / Comuna	Zona
Cundinamarca	Bogotá	5	Cabezera Municipal ☐ Rural Disperso ☐ Centro Poblado ☐ Resto Rural ☐

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

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

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

33. Lugar de nacimiento	País	Departamento	Municipio	34. Fecha de nacimiento
				D D / M M / A A A A

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

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

	36. Tipo de documento de identidad	37. Número del documento de identidad	38. Nacionalidad	39. Sexo biológico		40. Sexo identificación						41. Lugar de nacimiento			42. Fecha de nacimiento
				Femenino	Masculino	F	M	T	NB	Otro	Cual	País	Departamento	Municipio	D D / M M / A A A A
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 PERMAMENTE	
					SI	NO	NIVEL	GRUPO	SI	NO	CATEGORÍA DISCAPACIDAD	SI	NO
B1													
B2													
B3													
B4													
B5													

51. Datos de residencia

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

	Dirección	Localidad / Comuna	Correo electrónico
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

DAS16601
Famisanar
23 ENE 2026
CONSULTOR INTEGRAL

Vigilado Supersalud

24/12/2024 V3
dispapeles 46929

- 2a. COPIA: AFILIADO -

Powered by CamScanner

53. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS	54. Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C Caftam	
B1	
B2	
B3	
B4	
B5	230112026

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

55. Nombre o razón social	56. Tipo de documento de identificación	57. Número del documento de identificación	58. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
Vanessa Alejandra Rubio	CC	52777453	

59. Ubicación				
Dirección: Calle 139 # 54 N-44	Teléfono: 3214220031	Correo electrónico: Almaja960@hotmail.com	Municipio / Población: Bogotá	Departamento: Cundinamarca

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. Tipo de Novedad

1. Modificación de datos básicos de identificación [ ] 2. Corrección de datos básicos de identificación [ ] 3. Actualización del documento de identidad [ ] 4. Actualización y corrección de datos complementarios [ ] 5. Terminación de la inscripción en la EPS Código [ ] 6. Reporte de pago a través de un tercero Código [ ] 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales [ ] 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales [ ] 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar [X] 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando [ ] 11. Inscripción EPS retorno al país [ ] 12. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas [ ] 13. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas [ ] 14. Movilidad: A. Régimen Contributivo [ ] B. Régimen Subsidiado [ ] 15. Traslado: A Mismo Régimen [ ] B. Diferente Régimen [ ] 16. Reporte de fallecimiento del Cotizante o Cabeza de familia [ ] 17. Reporte del trámite de protección al cesante [ ] 18. Reporte de la calidad de Pre-pensionado [ ] 19. Reporte de la calidad de Pensionado [ ] 20. Ingreso a Contribución Solidaria [ ] 21. Retiro de Contribución Solidaria [ ]

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

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

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	62. Sexo biológico	63. Sexo identificación	64. Fecha de nacimiento
		Femenino [ ] Masculino [ ]	Femenino [ ] Masculino [ ] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual	D D M M A A A A

65. EPS anterior	66. Fecha de novedad	67. Motivo de traslado	68. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones
	D D M M A A A A	Código [ ]	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- [X] 69. Declaraciones de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- [X] 70. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
- [ ] 71. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- [ ] 72. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
- [X] 73. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
- [X] 74. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.
- [X] 75. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.
- [X] 76. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.
- [ ] 77. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes.
- [ ] 78. Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, según la encuesta del Sisbén vigente.

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

79. En caso de ausencia o fallecimiento del cabeza de familia reporte la persona de su grupo familiar que se hará cargo del pago de la Contribución Solidaria

Apellidos y nombres			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad

IX. FIRMAS

80. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional

81. Aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio

X. ANEXOS

82. Anexo copia del documento de identidad — Cantidad:

CN	RC	TI	CC	PA	CE	CD	SC

TOTAL ANEXOS [ ]

83. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente. [ ]
84. Copia del registro civil de matrimonio, o de la escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital. [ ]
85. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la uniónmarital. [ ]
86. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor. [ ]
87. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia. [ ]
88. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres [ ]
89. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud numeral 4 y 5 del arcticulo 2.1.7.3 del Decreto 780 de 2016. [ ]
90. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. [ ]
91. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio. [ ]

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

92. Identificación de la Entidad Territorial	93. Nombre de la institución
Código del municipio [ ] Código del departamento [ ]	

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

94. Apellidos y nombres			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	95. Firma del funcionario
		DAS16601 Famisanar 23 ENE 2026 CONSULTOR INTEG

96. Fecha de radicación	97. Fecha de validación	OBSERVACIONES:
D D M M A A A A	D D M M A A A A	

Vigilado Supersalud

Recuerde que con la firma del formulario, el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el capítulo VII del formulario.

24/12/2024 V3 dispapeles

- 2a. COPIA: AFILIADO -

Powered by CamScanner

COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) VERUZCKA ALEJANDRA RUBIO FIGUEROA con identificación No. 52.277.843 se encuentra afiliado(a) a Pension Obligatoria desde el día 01 de octubre del 1994 y sus recursos están en el FONDO MODERADO desde el día 20 de marzo del 2020.

Se expide la presente certificación a solicitud del afiliado(a) el día 26 de enero del 2026.

El presente certificado es emitido como un archivo PDF y contiene una firma digitalizada válida para todos sus efectos de conformidad con lo dispuesto en la Ley 527 de 1999.

Cualquier inquietud adicional no dude en escribirnos a través de nuestro portal transaccional www.colfondos.com.co opción PQR's, o comuníquese con nuestro Contact Center a través de las siguientes líneas Bogotá 601 748 48 88, Barranquilla 605 386 98 88, Bucaramanga 607 698 58 88, Cali 602 489 98 88, Cartagena 605 694 98 88, Medellín 604 604 28 88 y en el resto del país 01 800 05 10000.



Juan Perea Ruiz
Gerente Cuentas y Recaudo