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 ANGELA VANESA GOMEZ, 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: COMO AUXILIAR EN ATENCION A LA PRIMERA INFANCIAEN EL JARDIN AVESOL

1. Firmar oportunamente el contrato de prestación de servicios, conjuntamente con el contratante
2. Entregar oportunamente documentación necesaria para su debida contratación
3. 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.
4. 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.
5. 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.
6. Responder por los documentos físicos o magnéticos que le sean entregados o que elabore en desarrollo del contrato, entregándolos a la dependencia correspondiente.
7. Presentar a la supervisión del contrato un informe mensual sobre las actividades realizadas durante la ejecución del mismo.
8. 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**.
9. 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.
10. 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
11. El (La) **CONTRATISTA** debe estar a paz y salvo con gestión documental a la fecha de finalización del contrato.
12. 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.
13. 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

14. 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
15. El (La) **CONTRATISTA** debe presentar a el (la) responsable/a(a) las recomendaciones médicas que tengan, antes de firmar el contrato.
16. El (La) CONTRATISTA debe hacer allegar el RUT para su debida consignación de honorarios
17. Cumplir con los protocolos, procedimientos y demás lineamientos relacionados con la calidad de la información.
18. En el horario laboral no hacer uso del celular.
19. Trabajar los fines de semana cuando la responsable del servicio o la Fundación así lo requieran.
20. Respetar y cumplir con el ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD de todo lo que involucre o sea inherente a las FUNDACION SOCIAL CASTILLO SAN LUCAS o al cargo contratado
21. Las demás Obligaciones inherentes por su cumplimiento oportuno al objeto y la naturaleza en los espacios y jornada sostenida por mutuo acuerdo en beneficio de la prestación del servicio teniendo los plazos de entrega asignados por el contratante.

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 $. 2.578.420 (DOS MILLONES QUINIENTOS SETENTA Y OCHO MIL CUATROCIENTOS VEINTE PESOS M/CTE .

CUARTA. FORMA DE PAGO: El valor del contrato será cancelado así: pagaderos mensualmente por un valor $2.975.100 (DOS MILLONES NOVECIENTOS SETENTA Y CINCO MIL CIEN PESOS MCTE) en los 10 primeros días calendario de acuerdo a la entrega satisfactoria de la obra o servicio contratado)

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 y de las clausulas del presente contrato, 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 Realizar adecuadamente los procesos de desinfección y limpieza del jardín según los protocolos de las BPM.

1. Realizar el lavado de manos antes y después de cada actividad.
2. Utilizar diariamente tapabocas y cofias durante la manipulación de alimentos.
3. Respetar la solicitud de no maquillarse, no usar joyas y no pintarse las uñas, de acuerdo con el protocolo de aseo, manufactura y manipulación de alimentos. 5. Fomentar el respeto y el buen trato entre niños y niñas, docentes, padres de familia, auxiliares de servicios y entes administrativos.
4. Participa en los encuentros pedagógicos, propone y propicia buena convivencia respetando las ideas de las docentes.
5. Portar con propiedad y respeto el uniforme del jardín
6. Realizar su trabajo con agrado y responsabilidad.
7. Implementar acciones y estrategias para la promoción del Plan de Saneamiento en casa.
8. Implementar acciones y estrategias para la promoción de manejo adecuado de alimentos en casa.
9. Entregar oportunamente al padre, madre o cuidador, los alimentos establecidos para el paquete alimentario de contingencia de acuerdo con los parámetros establecidos por la SDIS, dejando registro de la entrega.
10. Planear e implementar estrategias de prevención de accidentes en casa, con padres, madres y/o cuidadores, de acuerdo con la Guía Técnica.
11. Atender llamadas y video llamadas fundamentales para el buen funcionamiento del servicio

Powered by CamScanner

12. Planear e implementar estrategias de promoción de adecuado manejo de residuos en casa, con padres, madres y/o cuidadores, de acuerdo con lo establecido por la SDIS.
13. Las demás obligaciones que designe el supervisor del presente contrato.

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

LIGIA ESMERALDA PORTELA
C.C 65690054
CONTRATANTE

Angela Gomez

ANGELA VANESA GOMEZ
C.C 1.000.249.223
CONTRATISTA

Powered by CamScanner

CER_AFI_2026012125296

LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

CERTIFICA QUE:

Angela Vanesa Gomez Rodriguez identificado con CC. 1000249223 registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales:

VOLUNTARIO			
Fecha de inicio de cobertura	2026/01/24	**Código de ocupación**	12342
Tipo de vinculación	Independiente Voluntario	**Descrición de ocupación**	Profesores de primera infancia
Clase de riesgo	1	**Estado de afiliación**	Activa

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.

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: **CC26012026A1000249223G3619840.** Este código es válido por un mes.

Cordialmente,

Gerencia de afiliaciones y novedades ARL
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S. A.

compensar | salud eps

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVE
AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN

compensar B
23 ENE 2026
Cód. 617 Diana Milena Caldas Cuervo
SUJETO A VERIFICACIÓN

No. de Radicación

Fecha de Radicación (Día - Mes - Año) 23 01 2026.

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
A. Afiliación [ ]	A. Individual: • Cotizante o cabeza de Familia [X]	A. Contributivo [X]	Si [ ]	A. Cotizante [X]	A. Dependiente [ ]	59
B. Reporte de Novedades [X]	• Beneficiario o afiliado adicional [ ]	B. Subsidiado [ ]	No [ ]	B. Cabeza de familia [ ]	B. Independiente [X]	
	B. Colectiva [ ]			C. Beneficiario [ ]	C. Pensionado [ ]	
	C. Institucional [ ]			D. Afiliado adicional [ ]		
	D. De oficio [ ]					

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: Gomez	Segundo Apellido: Rodriguez	Primer Nombre: Angela	Segundo Nombre: Vanessa

9. Tipo de documento de identidad	10. Número de documento de identidad	11. Sexo biológico	12. Sexo identificación
CC	1000249223	Femenino [X] Masculino [ ]	F [X] M [ ] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cuál?

13. Nacionalidad	14. Lugar de nacimiento			15. Fecha de nacimiento (Día - Mes - Año)
Colombiana	País: Colombia	Departamento: Bogotá	Municipio: Cundinamarca	08-02-2

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: Angela Gomez	Si [ ] No [X]	Nivel [ ] Grupo [ ]		1000249223

23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotización - IBC	25. Tarifa Contribución Solidaria	26. Residencia
Porvenir	1'750.000		cl. 67B Sur N° 13-60

Teléfono Fijo			Departamento
3104608321	angelagme202@gmail.com		
Cundinamarca.	Localidad/Comuna: Usme	Zona: Cabecera Municipal [ ] Centro Poblado [X] Rural Disperso [ ]	Re Ru

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

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
		Femenino [ ] Masculino [ ]	F [ ] M [ ] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cuál?

32. Nacionalidad	33. Lugar de nacimiento				34. Fecha de nacimiento (Día - Mes - Año)
	País	Departamento	Municipio		

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

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

	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
				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.
					SI	NO	Nivel	Grupo	SI	NO	Categoría de discapacidad	
B1												
B2												
B3												
B4												
B5												

51. Datos de residencia								52. Valor de la UPC del afilia (a registrar por la E
	Departamento	Municipio/ Distrito	Cabecera Municipal	Centro Poblado	Rural disperso	Resto Rural	Teléfono fijo y/o celular	
B1		Angela Gomez					1000249223	
B2								
B3								
B4								

compensar | salud eps

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDA
AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SA

compensar B
23 ENE 2026
Cod. 617 Diana Milena Caldas Quintero
SUJETO A VERIFICACIÓN
Sello asesor

No. de Radicación

Fecha de Radicación (Día - Mes - Año): 23 01 2026.

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

1. Tipo de trámite: A. Afiliación [ ] B. Reporte de Novedades [X]

2. Tipo de Afiliación: A. Individual: • Cotizante o cabeza de Familia [X] • Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]

3. Régimen: A. Contributivo [X] B. Subsidiado [ ]

4. Contribución solidaria: Si [ ] No [ ]

5. Tipo de afiliado: A. Cotizante [X] B. Cabeza de familia [ ] C. Beneficiario [ ] D. Afiliado adicional [ ]

6. Tipo de cotizante: A. Dependiente [ ] B. Independiente [X] C. Pensionado [ ]

7. Código (a registrar por la EPS): 59

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: Gomez	Segundo Apellido: Rodriguez	Primer Nombre: Angela	Segundo Nombre: Vanesa

9. Tipo de documento de identidad: CC
10. Número de documento de identidad: 1000249223
11. Sexo biológico: Femenino [X] Masculino [ ]
12. Sexo identificación: F [X] M [ ] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cuál?
13. Nacionalidad: Colombiana
14. Lugar de nacimiento: País: Colombia; Departamento: Bogotá; Municipio: cundinamarca
15. Fecha de nacimiento (Día - Mes - Año): 08-02-200

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

16. Etnia
17. Comunidad
18. Discapacidad Si [ ] No [X] Categoría de discapacidad: Angela. Gomez
19. Tiene encuesta SISBÉN Si [ ] No [X]
20. Clasificación SISBÉN Nivel [ ] Grupo [ ]
21. Grupo de población especial
22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL: 1000249223
23. Administradora de Pensiones: Porvenir
24. Ingreso base de cotización - IBC: 1'750.000
25. Tarifa Contribución Solidaria
26. Residencia: cl. 67B sur N° 13-60

Teléfono Fijo: 3104608321
Correo Electrónico: angelagme202@gmail.com
Departamento: Cundinamarca.
Municipio: Usme
Zona: Cabecera Municipal [ ] Centro Poblado [X] Rural Disperso [ ] Resto Rural [ ]

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

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

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 - A
				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. Incapacid permanente	
					SI	NO	Nivel	Grupo	SI	NO	Categoría de discapacidad	SI	NO
B1													
B2													
B3													
B4													
B5													

51. Datos de residencia

Departamento	Municipio/ Distrito	Cabecera Municipal	Centro Poblado	Rural disperso	Resto Rural	Teléfono fijo y/o celular	52. Valor de la UPC del afiliado adiciona (a registrar por la EPS)
Angela Gomez						1000249223	

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 identificación.
- [ ] 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.
- [x] 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar.
- [ ] 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	10. Número de documento de identidad	62. Sexo biológico	Femenino	Masculino	63. Sexo identificación	F	M	T	NB	Otro	Cuál?
64. Fecha de nacimiento (Día - Mes - Año)		65. EPS anterior									
66. Fecha de novedad (Día - Mes - Año)		67. Motivo de traslado Cod.		68. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones							

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- [ ] 69. Declaraciones de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- [ ] 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.
- [ ] 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 de documento de identidad		

IX. FIRMAS

Angela Gomez.

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 CN RC TI CC PA CE CD SC PT
  Cantidad de documentos de identidad 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 unión marital.
- [ ] 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.

Total Anexos

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
			1000249223

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 de documento de identidad	Número de documento de identidad	95. Firma del funcionario	

96. fecha de radicación (Día - Mes - Año)	97. Fecha de validación (Día - Mes - Año)

Compensar B
23 ENE 2026
Cod. 617 Diana Milena Caldas Quitan
SUJETO A VERIFICACIÓN

OBSERVACIONES:
Cc 1000249223.
Aporta enero - Paga feb.
Retira x planilla

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

60. Tipo de Novedad

- [ ] 1. Modificación de datos básicos de identificación.
- [ ] 2. Corrección de datos básicos de identificación.
- [ ] 3. Actualización del documento de identificación.
- [ ] 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.
- [ ] 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	10. Número de documento de identidad	62. Sexo biológico	Femenino	Masculino	63. Sexo identificación	F M T NB Otro	Cuál?

64. Fecha de nacimiento (Día - Mes - Año)	65. EPS anterior	
66. Fecha de novedad (Día - Mes - Año)	67. Motivo de traslado Cod.	68. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- [ ] 69. Declaraciones de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- [ ] 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.
- [ ] 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.
- [ ] 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.
- [ ] 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.
- [ ] 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 de documento de identidad

IX. FIRMAS

Angela Gomez.	
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 CN RC TI CC PA CE CD SC PT
  Cantidad de documentos de identidad 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 unión marital.
- [ ] 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 arctículo 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.

Total Anexos

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 de documento de identidad	Número de documento de identidad	95. Firma del funcionario

96. fecha de radicación (Día - Mes - Año)	97. Fecha de validación (Día - Mes - Año)

OBSERVACIONES:

NT 1000249223.
Aporta enero - Paga feb.
Retiro X planilla.

compensar B
23 ENE 2026
Cod. 617 Diana Milena Caldas Quitian
SUJETO A VERIFICACIÓN

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

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **GOMEZ RODRIGUEZ ANGELA VANESA** identificado(a) con **CC** número **1.000.249.223** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 25 de junio de 2021 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 MAYOR RIESGO

Esta constancia se expide a petición del(la) interesado(a) el día 26 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/**