

REFRIGERIO (x vez)

18 DE MARZO AL 17 DE ABRIL DE 2026

1541







CONTROL DE ENTREGA DE RACIÓN PREPARADA PROGRAMA DE ALIMENTACIÓN PARA EL ADULTO MAYOR

OBJETO: Desarrollar el Programa de Atención Integral a la Persona Mayor del municipio de Tame, departamento de Arauca. DEPARTAMENTO: Arauca MUNICIPIO: Tame

CONTRATISTA: Fundación Gestión Social – FUNGES - R/L Gustavo Alexis Sarmiento PUNTO DE ATENCIÓN: Centro de Bienestar del Adulto Mayor (CBAM)

CONTRATO: Convenio de Asociación No. 002 de 2026 TIPO DE RACIÓN: Refrigerio (x vez) PERIODO DEL SERVICIO: Del 18 de marzo al 17 de abril de 2026

N°	TIPO DE IDENTIFICACIÓN	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	NOMBRES Y APELLIDOS	SEXO	Ración servida diaria (Marque con una x)																	TOTAL RACIONES	FIRMA O HUELLA													
					18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	1	2	3			4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
1	CC	52.447.619	NICOMEDES PAEZ ROMERO	F	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	37	
2	CC	68.306.998	DEYANIRE GOMEZ MALAGON	F	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	37	
3	CC	1.116.860.655	ERNESTO CASTIBLANCO VARGAS	M	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	37	
4	CC	13.254.371	RAUL BENITO QUIÑONES	M	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	37	
5	CC	68.300.962	MARIA GLORIA CUTA RINCON	F	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	37	
6	CC	29.463.268	DORASILVIA HERNANDEZ HERNANDEZ	F	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	37	
7	CC	24.248.255	MARIA FILOMENA MALAGON PEREZ	F	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	37	
8	CC	1.116.852.417	SOFIA BALLESTEROS	F	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	37	
9	CC	21.421.389	ELVA CORDERO CORNIALES	F	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	37	
10	CC	68.304.925	MARIA INES LOPEZ VERA	F	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	37	

RESPONSABLE QUIEN ENTREGA (Operador / Contratista): Fundación Gestión Social – FUNGES - R/L Gustavo Alexis Sarmiento CEDULA: 96.194.978 FIRMA: *Gustavo Alexis Sarmiento*

COORDINADOR PUNTO DE ATENCIÓN (CBAM): Jorge Elecer Plazas Lugo CEDULA: 92.226.105 FIRMA: *Jorge Elecer Plazas Lugo* SUPERVISORA - SECRETARIA DE BIENESTAR SOCIAL: Margery Esperanza Zorro Lamus FIRMA: *Margery Esperanza Zorro Lamus*

1950





CONTROL DE ENTREGA DE RACIÓN PREPARADA PROGRAMA DE ALIMENTACIÓN PARA EL ADULTO MAYOR

OBJETO: Desarrollar el Programa de Atención Integral a la Persona Mayor del municipio de Tame, departamento de Arauca. DEPARTAMENTO: Arauca MUNICIPIO: Tame
 CONTRATISTA: Fundación Gestión Social – FUNGES - R/L Gustavo Alexis Sarmiento PUNTO DE ATENCIÓN: Centro de Bienestar del Adulto Mayor (CBAM)
 CONTRATO: Convenio de Asociación No. 002 de 2026 TIPO DE RACIÓN: Refrigerio (x vez) PERIODO DEL SERVICIO: Del 18 de marzo al 17 de abril de 2026

N°	TIPO DE IDENTIFICACIÓN	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	NOMBRES Y APELLIDOS	SEXO	Ración servida diaria (Marque con una x)																	TOTAL RACIONES	FIRMA O HUELLA													
					18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	1	2	3			4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
11	CC	2.004.707	PABLO EMILIO PEÑALOZA GONZALES	M	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	37	
12	CC	91.202.605	PEDRO RIVERA CONTRERAS	M	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	37	
13	CC	68.304.654	OLGA BARRETO	F	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	37	
14	CC	417.615	LUCAS MURCIA	M	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	37	
15	CC	1.191.696	BAYARDO RAVELO ULEGELO	M	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	37	
16	CC	17.092.535	ANGEL ABIGAIL BARON	M	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	37	
17	CC	1.116.852.428	ANDRES DIAZ	M	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	37	
18	CC	24.248.137	ISTELIA PAUL ARIAS	F	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	37	
19	CC	2.005.825	JOSE DEL CARMEN MORA CAMARGO	M	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	37	
20	CC	4.302.278	ANTONIO MARIA REINA BELISARIO	M	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	37	

RESPONSABLE QUIEN ENTREGA (Operador / Contratista): Fundación Gestión Social – FUNGES - R/L Gustavo Alexis Sarmiento CEDULA: 96.194.978 FIRMA:

COORDINADOR PUNTO DE ATENCION (CBAM): Jorge Elicer Plazas Lugo CEDULA: 92.226.105 FIRMA: SUPERVISORA - SECRETARIA DE BIENESTAR SOCIAL: Margery Esperanza Zorro Lamus FIRMA:

1900

1900





CONTROL DE ENTREGA DE RACIÓN PREPARADA PROGRAMA DE ALIMENTACIÓN PARA EL ADULTO MAYOR

OBJETO: Desarrollar el Programa de Atención Integral a la Persona Mayor del municipio de Tame, departamento de Arauca. DEPARTAMENTO: Arauca MUNICIPIO: Tame

CONTRATISTA: Fundación Gestión Social – FUNGES - R/L Gustavo Alexis Sarmiento PUNTO DE ATENCIÓN: Centro de Bienestar del Adulto Mayor (CBAM)

CONTRATO: Convenio de Asociación No. 002 de 2026 TIPO DE RACIÓN: Refrigerio (x vez) PERIODO DEL SERVICIO: Del 18 de marzo al 17 de abril de 2026

N°	TIPO DE IDENTIFICACIÓN	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	NOMBRES Y APELLIDOS	SEXO	Ración servida diaria (Marque con una x)																	TOTAL RACIONES	FIRMA O HUELLA													
					18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	1	2	3			4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
21	CC	96.190.975	HERNANDO MORA AMAYA	M	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	31	
22	CC	3.291.355	MARTIN CETINA MESA	M	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	37	
23	CC	13.815.177	JESUS EMILIO OSPINA PULGARIN	M	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	37	
24	CC	7.212.199	HUMBERTO CENDALES HERRERA	M	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	37	
25	CC	3.289.862	RODRIGO DE JESUS VASCO GUTIERREZ	M	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	37	
26	CC	4.154.395	TULCANIR ESTRADA	M	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	37	
27	CC	1.116.856.294	MARIA ISABEL DURAN HERRERA	F	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	37	
28	CC	1.191.759	JOSE ANTONIO TORRES GALVIS	M	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	37	
29	CC	17.545.403	NACIANCENO LAMES LOPEZ	M	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	37	
30	CC	1.116.863.868	MARCO GONZALEZ	M	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	37	

RESPONSABLE QUIEN ENTREGA (Operador / Contratista): Fundación Gestión Social – FUNGES - R/L Gustavo Alexis Sarmiento CEDULA: 96.194.978 FIRMA:

COORDINADOR PUNTO DE ATENCION (CBAM): Jorge Elecer Plazas Lugo CEDULA: 92.226.105 FIRMA: SUPERVISORA - SECRETARIA DE BIENESTAR SOCIAL: Margery Esperanza Zorro Lamus FIRMA:

1940





CONTROL DE ENTREGA DE RACIÓN PREPARADA PROGRAMA DE ALIMENTACIÓN PARA EL ADULTO MAYOR

OBJETO: Desarrollar el Programa de Atención Integral a la Persona Mayor del municipio de Tame, departamento de Arauca. DEPARTAMENTO: Arauca MUNICIPIO: Tame
 CONTRATISTA: Fundación Gestión Social - FUNGES - R/L Gustavo Alexis Sarmiento PUNTO DE ATENCIÓN: Centro de Bienestar del Adulto Mayor (CBAM)
 CONTRATO: Convenio de Asociación No. 002 de 2026 TIPO DE RACIÓN: Refrigerio (x vez) PERIODO DEL SERVICIO: Del 18 de marzo al 17 de abril de 2026

N°	TIPO DE IDENTIFICACIÓN	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	NOMBRES Y APELLIDOS	SEXO	Ración servida diaria (Marque con una x)																	TOTAL RACIONES	FIRMA O HUELLA													
					18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	1	2	3			4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
31	CC	17.530.013	JOSE VICENTE HERRERA	M	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	37	
32	CC	5.720.836	ROSO ABRIL	M	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	37	
33	CC	96.192.472	AGUSTIN GOMEZ	M	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	37	
34	CC	79.309.330	ANTONIO MARIA BARRAGAN VILLALBA	M	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	37	
35	CC	17.545.623	JESUS GOYENECHÉ GOYENECHÉ	M	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	37	
36	CC	1.121.860.932	JORGE RICARDO PINZON	M	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	37	
37	CC	68.301.630	BLANCA INES GARCIA GARCIA	F	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	37	
38	CC	4.916.168	JOSE SERVIO GONZALEZ	M	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	37	
39	CC	3.555.386	JOSE ARTURO MONSALVE	M	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	37	
40	CC	68.306.445	FLOR MARIA LOBATON GOMEZ	F	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	37	

RESPONSABLE QUIEN ENTREGA (Operador / Contratista): Fundación Gestión Social - FUNGES - R/L Gustavo Alexis Sarmiento CEDULA: 96.194.978 FIRMA: *Gustavo Alexis Sarmiento*

COORDINADOR PUNTO DE ATENCIÓN (CBAM): Jorge Eliecer Plazas Lugo CEDULA: 92.226.105 FIRMA: *Jorge Eliecer Plazas Lugo* SUPERVISORA - SECRETARIA DE BIENESTAR SOCIAL: Margery Esperanza Zorro Lamus FIRMA: *Margery Esperanza Zorro Lamus*





CONTROL DE ENTREGA DE RACIÓN PREPARADA PROGRAMA DE ALIMENTACIÓN PARA EL ADULTO MAYOR

OBJETO: Desarrollar el Programa de Atención Integral a la Persona Mayor del municipio de Tame, departamento de Arauca. DEPARTAMENTO: Arauca MUNICIPIO: Tame
 CONTRATISTA: Fundación Gestión Social - FUNGES - R/L Gustavo Alexis Sarmiento PUNTO DE ATENCIÓN: Centro de Bienestar del Adulto Mayor (CBAM)
 CONTRATO: Convenio de Asociación No. 002 de 2026 TIPO DE RACIÓN: Refrigerio (x vez) PERIODO DEL SERVICIO: Del 18 de marzo al 17 de abril de 2026

N°	TIPO DE IDENTIFICACIÓN	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	NOMBRES Y APELLIDOS	SEXO	Racion servida diaria (Marque con una x)																	TOTAL RACIONES	FIRMA O HUELLA													
					18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	1	2	3			4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
41	CC	2.403.701	MIGUEL ARANZAZU MARIN	M	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	37	
42	CC	13.219.577	JOSE DEL CARMEN CRISTANCHO BERNAL	M	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	37	
43	CC	37.219.405	ANA JOSEFA TARAZONA	F	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	37	
44	CC	43.474.556	MARIA GILMA ZAPATA MARIN	F	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	37	
45	CC	2.244.680	PEDRO JOSE MARIN PADILLA	M	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	37	
46	CC	5.399.241	GREGORIO CELIS FLORES	M	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	37	
47	CC	1.191.974	SILVESTRE MISRAIN GONZALEZ LOZADA	M	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	37	
48	CC	21.179.393	MAGDALENA ALDANA	F	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	37	
49	CC	6.707.483	JOSE JOAQUIN SERRANO VARGAS	M	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	37	
50	CC	96193261	JOSE LUIS SARMIENTO RIOS	M		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	77	

RESPONSABLE QUIEN ENTREGA (Operador / Contratista): Fundación Gestión Social - FUNGES - R/L Gustavo Alexis Sarmiento CEDULA: 96.194.978 FIRMA:

COORDINADOR PUNTO DE ATENCIÓN (CBAM): Jorge Eliceer Plazas Lugo CEDULA: 92.226.105 FIRMA:

SUPERVISORA - SECRETARIA DE BIENESTAR SOCIAL: Margery Esperanza Zorro Lamus FIRMA:

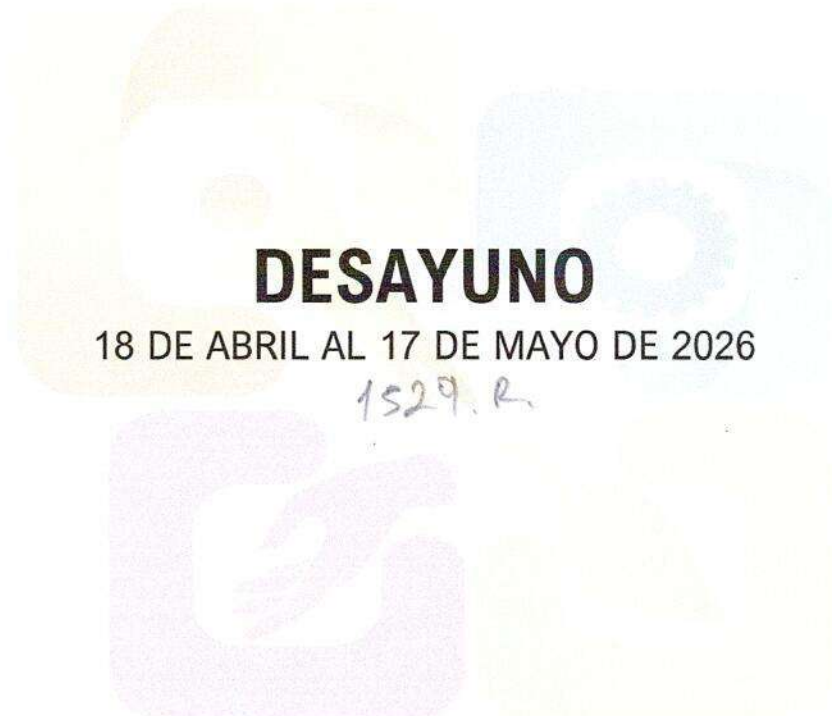
1875

1875



100



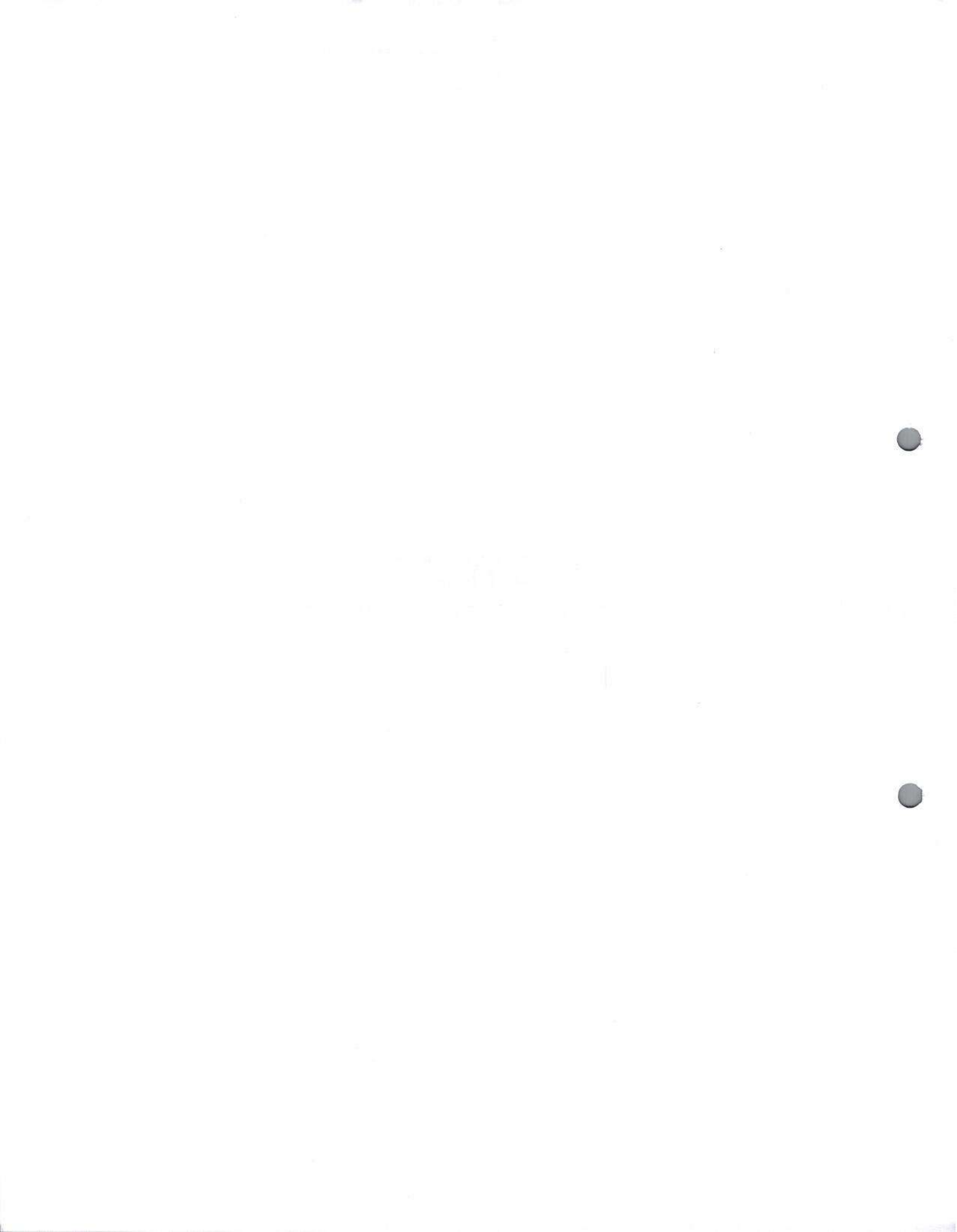


DESAYUNO

18 DE ABRIL AL 17 DE MAYO DE 2026

1529. R







CONTROL DE ENTREGA DE RACIÓN PREPARADA PROGRAMA DE ALIMENTACIÓN PARA EL ADULTO MAYOR

OBJETO: Desarrollar el Programa de Atención Integral a la Persona Mayor del municipio de Tame, departamento de Arauca. DEPARTAMENTO: Arauca MUNICIPIO: Tame

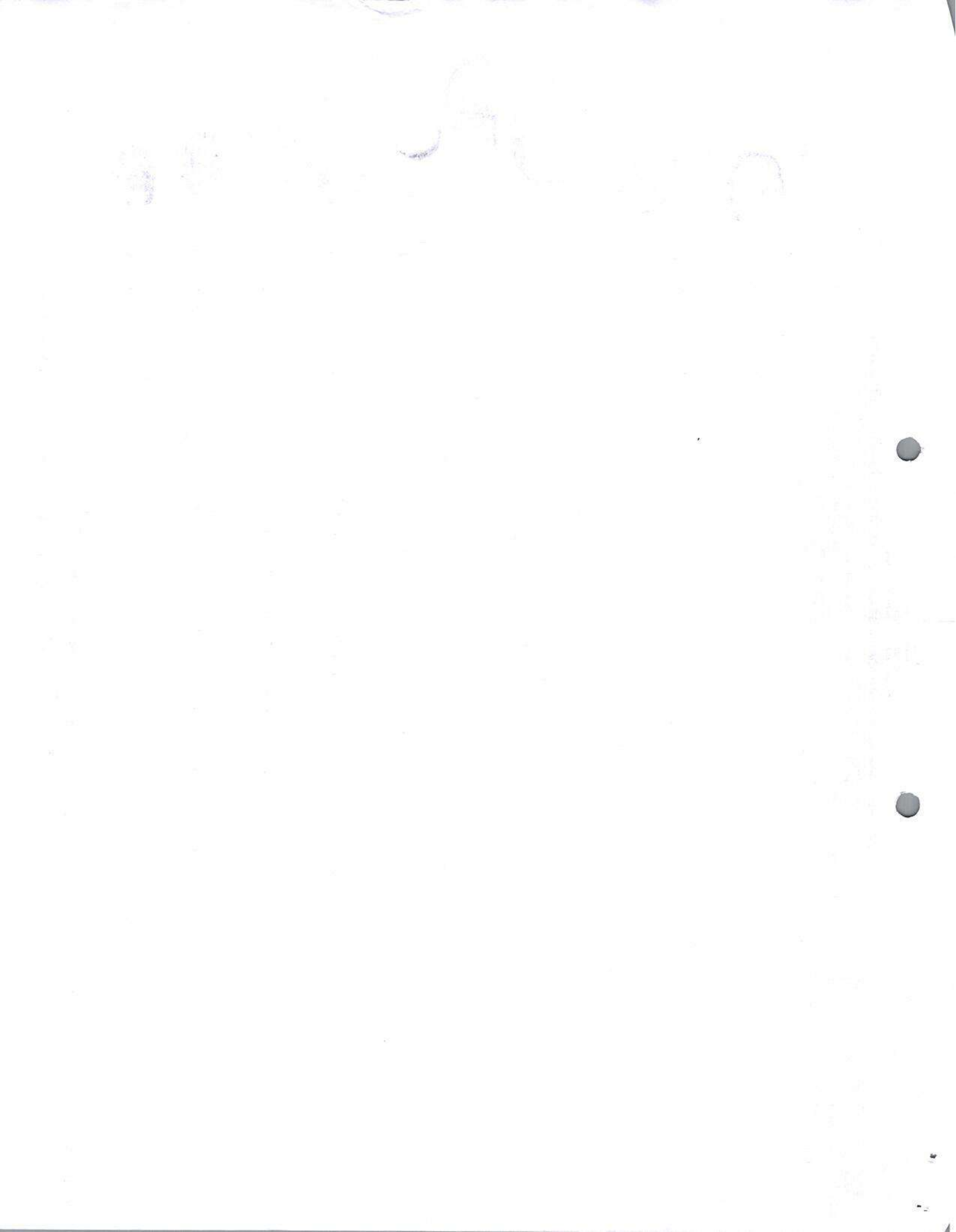
CONTRATISTA: Fundación Gestión Social - FUNGES - R/L Gustavo Alexis Sarmiento PUNTO DE ATENCIÓN: Centro de Bienestar del Adulto Mayor (CBAM)

CONTRATO: Convenio de Asociación No. 002 de 2026 TIPO DE RACIÓN: Desayuno PERIODO DEL SERVICIO: Del 18 de abril al 17 de mayo de 2026

Nº	TIPO DE IDENTIFICACIÓN	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	NOMBRES Y APELLIDOS	SEXO	Ración servida diaria (Marque con una x)																	TOTAL RACIONES	FIRMA O HUELLA												
					18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	1	2	3	4			5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
1	CC	52.447.619	NICOMEDES PAEZ ROMERO	F	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	30	
2	CC	68.306.998	DEYANIRE GOMEZ MALAGON	F	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	30	
3	CC	1.116.860.655	ERNESTO CASTIBLANCO VARGAS	M	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	30	
4	CC	13.254.371	RAUL BENITO QUIÑONES	M	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	30	
5	CC	68.300.962	MARIA GLORIA CUTA RINCON	F	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	30	
6	CC	29.463.268	DORASILVIA HERNANDEZ HERNANDEZ	F	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	30	
7	CC	24.248.255	MARIA FILOMENA MALAGON PEREZ	F	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	30	
8	CC	1.116.852.417	SOFIA BALLESTEROS	F	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	30	
9	CC	21.421.389	ELVA CORDERO CORNIALES	F	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	30	
10	CC	68.304.925	MARIA INES LOPEZ VERA	F	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	30	

RESPONSABLE QUIEN ENTREGA (Operador / Contratista): Fundación Gestión Social - FUNGES - R/L Gustavo Alexis Sarmiento CEDULA: 96.194.978 FIRMA:

COORDINADOR PUNTO DE ATENCIÓN (CBAM): Jorge Eleicer Plazas Lugo CEDULA: 92.226.105 FIRMA: SUPERVISORA - SECRETARIA DE BIENESTAR SOCIAL: Margery Esperanza Zorro Lamus FIRMA:





CONTROL DE ENTREGA DE RACIÓN PREPARADA PROGRAMA DE ALIMENTACIÓN PARA EL ADULTO MAYOR

OBJETO: Desarrollar el Programa de Atención Integral a la Persona Mayor del municipio de Tame, departamento de Arauca. DEPARTAMENTO: Arauca MUNICIPIO: Tame

CONTRATISTA: Fundación Gestión Social – FUNGES - R/L Gustavo Alexis Sarmiento PUNTO DE ATENCIÓN: Centro de Bienestar del Adulto Mayor (CBAM)

CONTRATO: Convenio de Asociación No. 002 de 2026 TIPO DE RACIÓN: Desayuno PERIODO DEL SERVICIO: Del 18 de abril al 17 de mayo de 2026

N°	TIPO DE IDENTIFICACIÓN	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	NOMBRES Y APELLIDOS	SEXO	Ración servida diaria (Marque con una x)																	TOTAL RACIONES	FIRMA O HUELLA												
					18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	1	2	3	4			5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
11	CC	2.004.707	PABLO EMILIO PEÑALOZA GONZALES	M	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	73	
12	CC	91.202.605	PEDRO RIVERA CONTRERAS	M	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	30	
13	CC	68.304.654	OLGA BARRETO	F	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	30	
14	CC	417.615	LUCAS MURCIA	M	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	30	
15	CC	1.191.696	BAYARDO RAVELO ULEGELO	M	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	30	
16	CC	17.092.535	ANGEL ABIGAIL BARON	M	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	30	
17	CC	1.116.852.428	ANDRES DIAZ	M	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	30	
18	CC	24.248.137	ISTELIA PAUL ARIAS	F	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	30	
19	CC	2.005.825	JOSE DEL CARMEN MORA CAMARGO	M	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	30	
20	CC	4.302.278	ANTONIO MARIA REINA BELISARIO	M	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	30	

RESPONSABLE QUIEN ENTREGA (Operador / Contratista): Fundación Gestión Social – FUNGES - R/L Gustavo Alexis Sarmiento CEDULA: 96.194.978 FIRMA:

COORDINADOR PUNTO DE ATENCIÓN (CBAM): Jorge Eleicer Plazas Lugo CEDULA: 92.226.105 FIRMA: SUPERVISORA - SECRETARIA DE BIENESTAR SOCIAL: Margery Esperanza Zorro Lamus FIRMA:

2000-2001





CONTROL DE ENTREGA DE RACIÓN PREPARADA PROGRAMA DE ALIMENTACIÓN PARA EL ADULTO MAYOR

OBJETO: Desarrollar el Programa de Atención Integral a la Persona Mayor del municipio de Tame, departamento de Arauca. DEPARTAMENTO: Arauca MUNICIPIO: Tame
 CONTRATISTA: Fundación Gestión Social - FUNGES - R/L Gustavo Alexis Sarmiento PUNTO DE ATENCIÓN: Centro de Bienestar del Adulto Mayor (CBAM)
 CONTRATO: Convenio de Asociación No. 002 de 2026 TIPO DE RACIÓN: Desayuno PERÍODO DEL SERVICIO: Del 18 de abril al 17 de mayo de 2026

N°	TIPO DE IDENTIFICACIÓN	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	NOMBRES Y APELLIDOS	SEXO	Ración servida diaria (Marque con una x)																	TOTAL RACIONES	FIRMA O HUELLA											
					18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	1	2	3	4			5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
21	CC	96.190.975	HERNANDO MORA AMAYA	M	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	30	
22	CC	3.291.355	MARTIN CETINA MESA	M	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	30	
23	CC	13.815.177	JESUS EMILIO OSPINA PULGARIN	M	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	30	
24	CC	7.212.199	HUMBERTO CENDALES HERRERA	M	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	30	
25	CC	3.289.862	RODRIGO DE JESUS VASCO GUTIERREZ	M	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	30	
26	CC	4.154.395	TULCANIR ESTRADA	M	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	30	
27	CC	1.116.856.294	MARIA ISABEL DURAN HERRERA	F	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	30	
28	CC	1.191.759	JOSE ANTONIO TORRES GALVIS	M	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	30	
29	CC	17.545.403	NACIANCENO LAMES LOPEZ	M	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	30	
30	CC	1.116.863.868	MARCO GONZALEZ	M	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	30	

RESPONSABLE QUIEN ENTREGA (Operador / Contratista): Fundación Gestión Social - FUNGES - R/L Gustavo Alexis Sarmiento CEDULA: 96.194.978 FIRMA:

COORDINADOR PUNTO DE ATENCIÓN (CBAM): Jorge Elicer Plazas Lugo CEDULA: 92.226.105 FIRMA: SUPERVISORA - SECRETARIA DE BIENESTAR SOCIAL: Margery Esperanza Zorro Lamus FIRMA:

1950





CONTROL DE ENTREGA DE RACIÓN PREPARADA PROGRAMA DE ALIMENTACIÓN PARA EL ADULTO MAYOR

OBJETO: Desarrollar el Programa de Atención Integral a la Persona Mayor del municipio de Tame, departamento de Arauca. DEPARTAMENTO: Arauca MUNICIPIO: Tame
 CONTRATISTA: Fundación Gestión Social – FUNGES - R/L Gustavo Alexis Sarmiento PUNTO DE ATENCIÓN: Centro de Bienestar del Adulto Mayor (CBAM)
 CONTRATO: Convenio de Asociación No. 002 de 2026 TIPO DE RACIÓN: Desayuno PERIODO DEL SERVICIO: Del 18 de abril al 17 de mayo de 2026

N°	TIPO DE IDENTIFICACIÓN	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	NOMBRES Y APELLIDOS	SEXO	Ración servida diaria (Marque con una x)																					TOTAL RACIONES	FIRMA O HUELLA								
					18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	1	2	3	4	5	6	7	8			9	10	11	12	13	14	15	16
31	CC	17.530.013	JOSE VICENTE HERRERA	M	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	30	
32	CC	5.720.836	ROSO ABRIL	M	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	30	
33	CC	96.192.472	AGUSTIN GOMEZ	M	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	30	
34	CC	79.309.330	ANTONIO MARIA BARRAGAN VILLALBA	M	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	30	
35	CC	17.545.623	JESUS GOYENCHE GOYENCHE	M	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	30	
36	CC	1.121.860.932	JORGE RICARDO PINZON	M	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	30	
37	CC	68.301.630	BLANCA INES GARCIA GARCIA	F	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	30	
38	CC	4.916.168	JOSE SERVIO GONZALEZ	M	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	30	
39	CC	3.555.386	JOSE ARTURO MACIAS MONSALVE	M	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	30	
40	CC	68.306.445	FLOR MARIA LOBATON GOMEZ	F	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	30	

RESPONSABLE QUIEN ENTREGA (Operador / Contratista): Fundación Gestión Social – FUNGES - R/L Gustavo Alexis Sarmiento CEDULA: 96.194.978 FIRMA:

COORDINADOR PUNTO DE ATENCIÓN (CBAM): Jorge Eliecer Plazas Lugo CEDULA: 92.226.105 FIRMA:

SUPERVISORA - SECRETARIA DE BIENESTAR SOCIAL: Margery Esperanza Zorro Lamus FIRMA:

0000000000





CONTROL DE ENTREGA DE RACIÓN PREPARADA PROGRAMA DE ALIMENTACIÓN PARA EL ADULTO MAYOR

OBJETO: Desarrollar el Programa de Atención Integral a la Persona Mayor del municipio de Tame, departamento de Arauca. DEPARTAMENTO: Arauca MUNICIPIO: Tame

CONTRATISTA: Fundación Gestión Social - FUNGES - R/L Gustavo Alexis Sarmiento PUNTO DE ATENCIÓN: Centro de Bienestar del Adulto Mayor (CBAM)

CONTRATO: Convenio de Asociación No. 002 de 2026 TIPO DE RACIÓN: Desayuno PERIODO DEL SERVICIO: Del 18 de abril al 17 de mayo de 2026

N°	TIPO DE IDENTIFICACIÓN	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	NOMBRES Y APELLIDOS	SEXO	Ración servida diaria (Marque con una x)																	TOTAL RACIONES	FIRMA O HUELLA											
					18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	1	2	3	4			5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
41	CC	2.403.701	MIGUEL ARANZAZU MARIN	M	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	30	
42	CC	13.219.577	JOSE DEL CARMEN CRISTANCHO BERNAL	M	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	30	
43	CC	37.219.405	ANA JOSEFA TARAZONA	F	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	30	
44	CC	43.474.556	MARIA GILMA ZAPATA MARIN	F	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	30	
45	CC	2.244.680	PEDRO JOSE MARIN PADILLA	M	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	30	
46	CC	5.399.241	GREGORIO CELIS FLORES	M	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	30	
47	CC	1.191.974	SILVESTRE MISRAIN GONZALEZ LOZADA	M	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	30	
48	CC	21.179.393	MAGDALENA ALDANA	F	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	30	
49	CC	6.707.483	JOSE JOAQUIN SERRANO VARGAS	M	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	30	
50	CC	5096594	VICTOR JULIO LUQUEZ	M	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	30	

RESPONSABLE QUIEN ENTREGA (Operador / Contratista): Fundación Gestión Social - FUNGES - R/L Gustavo Alexis Sarmiento CEDULA: 96.194.978 FIRMA: *Gustavo Alexis Sarmiento*

COORDINADOR PUNTO DE ATENCIÓN (CBAM): Jorge Eliecer Plazas Lugo CEDULA: 92.226.105 FIRMA: *Jorge Eliecer Plazas Lugo* SUPERVISORA - SECRETARIA DE BIENESTAR SOCIAL: Margery Esperanza Zorro Lamus FIRMA: *Margery Esperanza Zorro Lamus*





CONTROL DE ENTREGA DE RACIÓN PREPARADA PROGRAMA DE ALIMENTACIÓN PARA EL ADULTO MAYOR

OBJETO: Desarrollar el Programa de Atención Integral a la Persona Mayor del municipio de Tame, departamento de Arauca. DEPARTAMENTO: Arauca MUNICIPIO: Tame

CONTRATISTA: Fundación Gestión Social – FUNGES - R/L Gustavo Alexis Sarmiento PUNTO DE ATENCIÓN: Centro de Bienestar del Adulto Mayor (CBAM)

CONTRATO: Convenio de Asociación No. 002 de 2026 TIPO DE RACIÓN: Desayuno PERIODO DEL SERVICIO: Del 18 de abril al 17 de mayo de 2026

N°	TIPO DE IDENTIFICACIÓN	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	NOMBRES Y APELLIDOS	SEXO	Ración servida diaria (Marque con una x)																	TOTAL RACIONES	FIRMA O HUELLA																						
					18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	1	2	3	4			5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17									
51	CC	17530048	HECTOR JULIO SANCHEZ GONGORA	M	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	30												
52	CC	5785372	NEMECIO PINZON SANTAMARIA	M	_____																	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	77							
53	CC	6750329	MARIO ARTURO RODRIGUEZ VARGAS	M	_____																	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	5						
54																																													
55																																													
56																																													
57																																													
58																																													
59																																													
60																																													

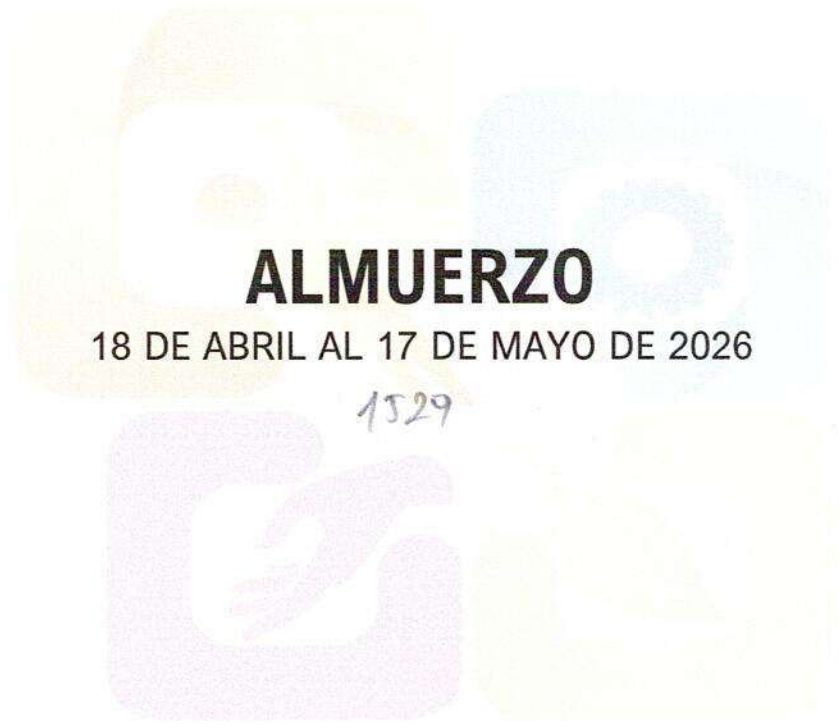
RESPONSABLE QUIEN ENTREGA (Operador / Contratista): Fundación Gestión Social – FUNGES - R/L Gustavo Alexis Sarmiento CEDULA: 96.194.978 FIRMA:

COORDINADOR PUNTO DE ATENCION (CBAM): Jorge Elecer Plazas Lugo CEDULA: 92.226.105 FIRMA: SUPERVISORA - SECRETARIA DE BIENESTAR SOCIAL: Margery Esperanza Zorro Lamus FIRMA:





FUNDACIÓN GESTIÓN SOCIAL "FUNGES"
GESTIÓN COMPROBADA
NIT. 900556022-3



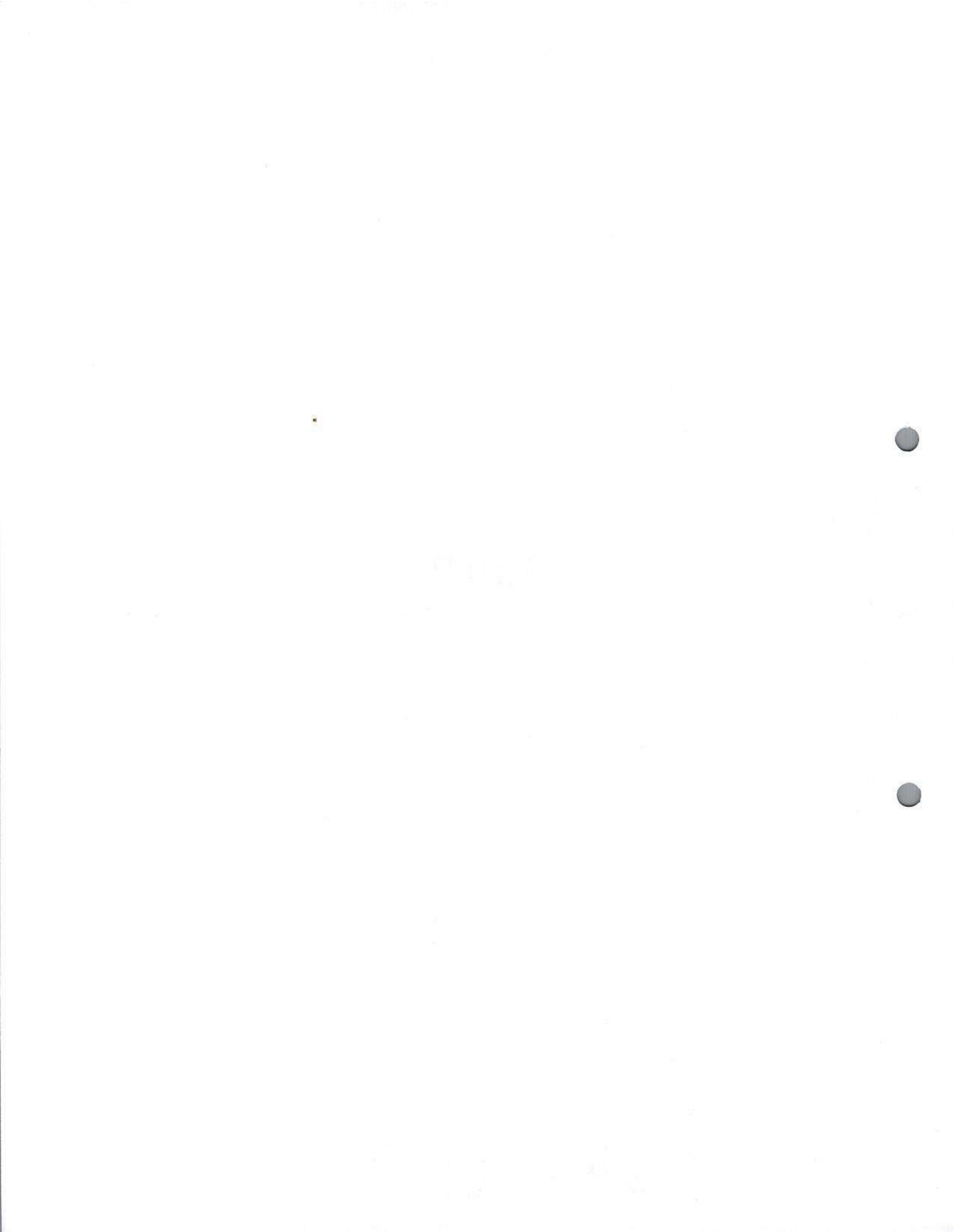
ALMUERZO

18 DE ABRIL AL 17 DE MAYO DE 2026

1529



Dirección: Calle 3 No. 7-28 Barrio El Manguito
Teléfono: 3208639029
gestionsocialfunges@gmail.com
Puerto Rondón – Arauca





CONTROL DE ENTREGA DE RACIÓN PREPARADA PROGRAMA DE ALIMENTACIÓN PARA EL ADULTO MAYOR

OBJETO: Desarrollar el Programa de Atención Integral a la Persona Mayor del municipio de Tame, departamento de Arauca. DEPARTAMENTO: Arauca MUNICIPIO: Tame

CONTRATISTA: Fundación Gestión Social – FUNGES - R/L Gustavo Alexis Sarmiento PUNTO DE ATENCIÓN: Centro de Bienestar del Adulto Mayor (CBAM)

CONTRATO: Convenio de Asociación No. 002 de 2026 TIPO DE RACIÓN: Almuerzo PERIODO DEL SERVICIO: Del 18 de abril al 17 de mayo de 2026

Nº	TIPO DE IDENTIFICACIÓN	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	NOMBRES Y APELLIDOS	SEXO	Ración servida diaria (Marque con una x)																	TOTAL RACIONES	FIRMA O HUELLA												
					18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	1	2	3	4			5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
1	CC	52.447.619	NICOMEDES PAEZ ROMERO	F	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	30	
2	CC	68.306.998	DEYANIRE GOMEZ MALAGON	F	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	30	
3	CC	1.116.860.655	ERNESTO CASTIBLANCO VARGAS	M	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	30	
4	CC	13.254.371	RAUL BENITO QUIÑONES	M	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	30	
5	CC	68.300.962	MARIA GLORIA CUTA RINCON	F	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	30	
6	CC	29.463.268	DORASILVIA HERNANDEZ HERNANDEZ	F	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	30	
7	CC	24.248.255	MARIA FILOMENA MALAGON PEREZ	F	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	30	
8	CC	1.116.852.417	SOFIA BALLESTEROS	F	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	30	
9	CC	21.421.389	ELVA CORDERO CORNIALES	F	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	30	
10	CC	68.304.925	MARIA INES LOPEZ VERA	F	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	30	

RESPONSABLE QUIEN ENTREGA (Operador / Contratista): Fundación Gestión Social – FUNGES - R/L Gustavo Alexis Sarmiento CEDULA: 96.194.978 FIRMA:

COORDINADOR PUNTO DE ATENCION (CBAM): Jorge Eliecer Plazas Lugo CEDULA: 92.226.105 FIRMA: SUPERVISORA - SECRETARIA DE BIENESTAR SOCIAL: Margery Esperanza Zorro Lamus FIRMA:

Handwritten text at the top of the page, possibly a title or header, which is mostly illegible due to fading. Some characters are faintly visible, including what appears to be "E", "A", "O", "A", "A", "A", "A".





CONTROL DE ENTREGA DE RACIÓN PREPARADA PROGRAMA DE ALIMENTACIÓN PARA EL ADULTO MAYOR

OBJETO: Desarrollar el Programa de Atención Integral a la Persona Mayor del municipio de Tame, departamento de Arauca. DEPARTAMENTO: Arauca MUNICIPIO: Tame

CONTRATISTA: Fundación Gestión Social – FUNGES - R/L Gustavo Alexis Sarmiento PUNTO DE ATENCIÓN: Centro de Bienestar del Adulto Mayor (CBAM)

CONTRATO: Convenio de Asociación No. 002 de 2026 TIPO DE RACIÓN: Almuerzo PERIODO DEL SERVICIO: Del 18 de abril al 17 de mayo de 2026

N°	TIPO DE IDENTIFICACIÓN	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	NOMBRES Y APELLIDOS	SERO	Ración servida diaria (Marque con una x)																							TOTAL RACIONES	FIRMA O HUELLA							
					18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10			11	12	13	14	15	16	17
11	CC	2.004.707	PABLO EMILIO PEÑALOZA GONZALES	M	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	73	
12	CC	91.202.605	PEDRO RIVERA CONTRERAS	M	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	30	
13	CC	68.304.654	OLGA BARRETO	F	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	30		
14	CC	417.615	LUCAS MURCIA	M	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	30		
15	CC	1.191.696	BAYARDO RAVELO ULEGELO	M	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	30		
16	CC	17.092.535	ANGEL ABIGAIL BARON	M	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	30		
17	CC	1.116.852.428	ANDRES DIAZ	M	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	30		
18	CC	24.248.137	ISTELIA PAUL ARIAS	F	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	30		
19	CC	2.005.825	JOSE DEL CARMEN MORA CAMARGO	M	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	30		
20	CC	4.302.278	ANTONIO MARIA REINA BELISARIO	M	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	30		

RESPONSABLE QUIEN ENTREGA (Operador / Contratista): Fundación Gestión Social – FUNGES - R/L Gustavo Alexis Sarmiento CEDULA: 96.194.978 FIRMA:

COORDINADOR PUNTO DE ATENCIÓN (CBAM): Jorge Eliceer Plazas Lugo CEDULA: 92.226.105 FIRMA: SUPERVISORA - SECRETARIA DE BIENESTAR SOCIAL: Margery Esperanza Zorro Lamus FIRMA:

Handwritten text: 11/11/11

Horizontal line





CONTROL DE ENTREGA DE RACIÓN PREPARADA PROGRAMA DE ALIMENTACIÓN PARA EL ADULTO MAYOR

OBJETO: Desarrollar el Programa de Atención Integral a la Persona Mayor del municipio de Tame, departamento de Arauca. DEPARTAMENTO: Arauca MUNICIPIO: Tame
 CONTRATISTA: Fundación Gestión Social – FUNGES - R/L Gustavo Alexis Sarmiento PUNTO DE ATENCIÓN: Centro de Bienestar del Adulto Mayor (CBAM)
 CONTRATO: Convenio de Asociación No. 002 de 2026 TIPO DE RACIÓN: Almuerzo PERIODO DEL SERVICIO: Del 18 de abril al 17 de mayo de 2026

N°	TIPO DE IDENTIFICACIÓN	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	NOMBRES Y APELLIDOS	SEXO	Ración servida diaria (Marque con una x)																	TOTAL RACIONES	FIRMA O HUELLA											
					18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	1	2	3	4			5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
21	CC	96.190.975	HERNANDO MORA AMAYA	M	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	30	
22	CC	3.291.355	MARTIN CETINA MESA	M	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	30	
23	CC	13.815.177	JESUS EMILIO OSPINA PULGARIN	M	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	30	
24	CC	7.212.199	HUMBERTO CENDALES HERRERA	M	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	30	
25	CC	3.289.862	RODRIGO DE JESUS VASCO GUTIERREZ	M	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	30	
26	CC	4.154.395	TULCANIR ESTRADA	M	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	30	
27	CC	1.116.856.294	MARIA ISABEL DURAN HERRERA	F	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	30	
28	CC	1.191.759	JOSE ANTONIO TORRES GALVIS	M	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	30	
29	CC	17.545.403	NACIANCENO LAMES LOPEZ	M	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	30	
30	CC	1.116.863.868	MARCO GONZALEZ	M	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	30	

RESPONSABLE QUIEN ENTREGA (Operador / Contratista): Fundación Gestión Social – FUNGES - R/L Gustavo Alexis Sarmiento CEDULA: 96.194.978 FIRMA:

COORDINADOR PUNTO DE ATENCION (CBAM): Jorge Eliecer Plazas Lugo CEDULA: 92.226.105 FIRMA: SUPERVISORA - SECRETARIA DE BIENESTAR SOCIAL: Margery Esperanza Zorro Lamus FIRMA:

1000 1000 1000

1000 1000





CONTROL DE ENTREGA DE RACIÓN PREPARADA PROGRAMA DE ALIMENTACIÓN PARA EL ADULTO MAYOR

OBJETO: Desarrollar el Programa de Atención Integral a la Persona Mayor del municipio de Tame, departamento de Arauca. DEPARTAMENTO: Arauca MUNICIPIO: Tame

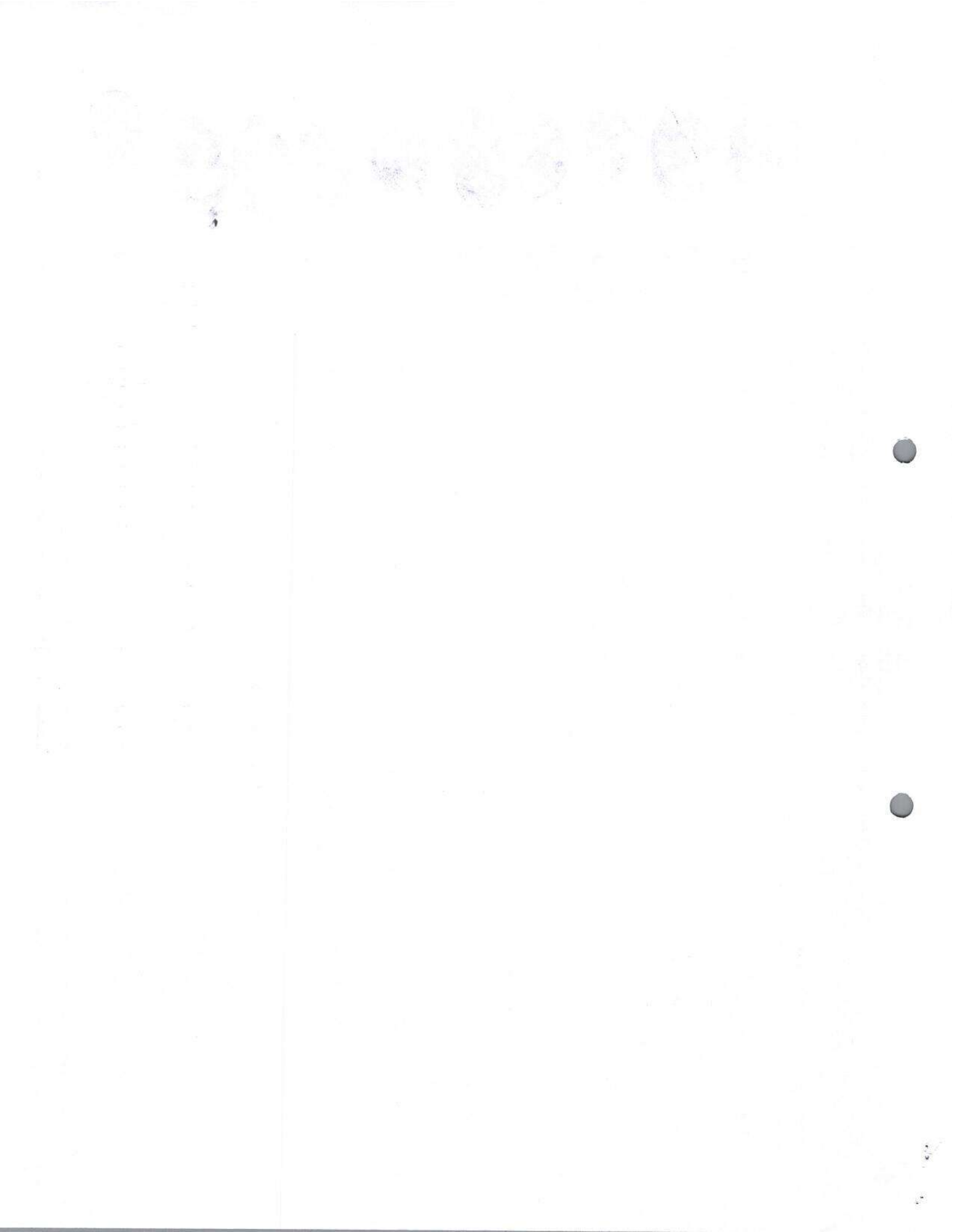
CONTRATISTA: Fundación Gestión Social - FUNGES - R/L Gustavo Alexis Sarmiento PUNTO DE ATENCIÓN: Centro de Bienestar del Adulto Mayor (CBAM)

CONTRATO: Convenio de Asociación No. 002 de 2026 TIPO DE RACIÓN: Almuerzo PERIODO DEL SERVICIO: Del 18 de abril al 17 de mayo de 2026

N°	TIPO DE IDENTIFICACIÓN	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	NOMBRES Y APELLIDOS	SEXO	Ración servida diaria (Marque con una x)																	TOTAL RACIONES	FIRMA O HUELLA												
					18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	1	2	3	4			5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
31	CC	17.530.013	JOSE VICENTE HERRERA	M	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	30	
32	CC	5.720.836	ROSO ABRIL	M	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	30	
33	CC	96.192.472	AGUSTIN GOMEZ	M	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	30	
34	CC	79.309.330	ANTONIO MARIA BARRAGAN VILLALBA	M	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	30	
35	CC	17.545.623	JESUS GOYENECHÉ GOYENECHÉ	M	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	30	
36	CC	1.121.860.932	JORGE RICARDO PINZON	M	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	30	
37	CC	68.301.630	BLANCA INES GARCIA GARCIA	F	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	30	
38	CC	4.916.168	JOSE SERVIO GONZALEZ	M	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	30	
39	CC	3.555.386	JOSE ARTURO MACIAS MONSALVE	M	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	30	
40	CC	68.306.445	FLOR MARIA LOBATON GOMEZ	F	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	30	

RESPONSABLE QUIEN ENTREGA (Operador / Contratista): Fundación Gestión Social - FUNGES - R/L Gustavo Alexis Sarmiento CEDULA: 96.194.978 FIRMA:

COORDINADOR PUNTO DE ATENCIÓN (CBAM): Jorge Eliecer Plazas Lugo CEDULA: 92.226.105 FIRMA: SUPERVISORA - SECRETARIA DE BIENESTAR SOCIAL: Margery Esperanza Zorro Lamus FIRMA:





CONTROL DE ENTREGA DE RACIÓN PREPARADA PROGRAMA DE ALIMENTACIÓN PARA EL ADULTO MAYOR

OBJETO: Desarrollar el Programa de Atención Integral a la Persona Mayor del municipio de Tame, departamento de Arauca. DEPARTAMENTO: Arauca MUNICIPIO: Tame
 CONTRATISTA: Fundación Gestión Social – FUNGES - R/L Gustavo Alexis Sarmiento PUNTO DE ATENCIÓN: Centro de Bienestar del Adulto Mayor (CBAM)
 CONTRATO: Convenio de Asociación No. 002 de 2026 TIPO DE RACIÓN: Almuerzo PERIODO DEL SERVICIO: Del 18 de abril al 17 de mayo de 2026

N°	TIPO DE IDENTIFICACIÓN	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	NOMBRES Y APELLIDOS	SEXO	Ración servida diaria (Marque con una x)																	TOTAL RACIONES	FIRMA O HUELLA												
					18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	1	2	3	4			5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
41	CC	2.403.701	MIGUEL ARANZAZU MARIN	M	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	30	
42	CC	13.219.577	JOSE DEL CARMEN CRISTANCHO BERNAL	M	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	30	
43	CC	37.219.405	ANA JOSEFA TARAZONA	F	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	30	
44	CC	43.474.556	MARIA GILMA ZAPATA MARIN	F	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	30	
45	CC	2.244.680	PEDRO JOSE MARIN PADILLA	M	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	30	
46	CC	5.399.241	GREGORIO CELIS FLORES	M	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	30	
47	CC	1.191.974	SILVESTRE MISRAIN GONZALEZ LOZADA	M	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	30	
48	CC	21.179.393	MAGDALENA ALDANA	F	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	30	
49	CC	6.707.483	JOSE JOAQUIN SERRANO VARGAS	M	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	30	
50	CC	5096594	VICTOR JULIO LUQUEZ	M	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	30	

RESPONSABLE QUIEN ENTREGA (Operador / Contratista): Fundación Gestión Social – FUNGES - R/L Gustavo Alexis Sarmiento CEDULA: 96.194.978 FIRMA:

COORDINADOR PUNTO DE ATENCION (CBAM): Jorge Elecer Plazas Lugo CEDULA: 92.226.105 FIRMA:

SUPERVISORA - SECRETARIA DE BIENESTAR SOCIAL: Margery Esperanza Zorro Lamus FIRMA:

RECEIVED
MAY 21 1964





CONTROL DE ENTREGA DE RACIÓN PREPARADA PROGRAMA DE ALIMENTACIÓN PARA EL ADULTO MAYOR

OBJETO: Desarrollar el Programa de Atención Integral a la Persona Mayor del municipio de Tame, departamento de Arauca. DEPARTAMENTO: Arauca MUNICIPIO: Tame

CONTRATISTA: Fundación Gestión Social – FUNGES - R/L Gustavo Alexis Sarmiento PUNTO DE ATENCIÓN: Centro de Bienestar del Adulto Mayor (CBAM)

CONTRATO: Convenio de Asociación No. 002 de 2026 TIPO DE RACIÓN: Almuerzo PERIODO DEL SERVICIO: Del 18 de abril al 17 de mayo de 2026

N°	TIPO DE IDENTIFICACIÓN	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	NOMBRES Y APELLIDOS	SEXO	Ración servida diaria (Marque con una x)																	TOTAL RACIONES	FIRMA O HUELLA											
					18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	1	2	3	4			5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
51	CC	17530048	HECTOR JULIO SANCHEZ GONGORA	M	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	30	
52	CC	5785372	NEMECIO PINZON SANTAMARIA	M																	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	11		
53	CC	6750329	MARIO ARTURO RODRIGUEZ VARGAS	M																								X	X	X	X	5		
54																																		
55																																		
56																																		
57																																		
58																																		
59																																		
60																																		

RESPONSABLE QUIEN ENTREGA (Operador / Contratista): Fundación Gestión Social – FUNGES - R/L Gustavo Alexis Sarmiento CEDULA: 96.194.978 FIRMA:

COORDINADOR PUNTO DE ATENCIÓN (CBAM): Jorge Elecer Plazas Lugo CEDULA: 92.226.105 FIRMA: SUPERVISORA - SECRETARIA DE BIENESTAR SOCIAL: Margery Esperanza Zorro Lamus FIRMA:

1. The first part of the document discusses the importance of maintaining accurate records of all transactions.

2. It is essential to ensure that all entries are supported by appropriate documentation and receipts.

3. Regular audits should be conducted to verify the accuracy of the records and to identify any discrepancies.

4. The second part of the document outlines the procedures for handling and storing physical documents.

5. Documents should be organized in a systematic manner to facilitate easy retrieval and access.

6. Adequate security measures should be implemented to protect sensitive information from unauthorized access.

7. The third part of the document provides guidelines for the disposal of obsolete records.

8. Records should be destroyed in a secure and controlled manner to prevent the leakage of confidential data.

9. The final part of the document emphasizes the need for ongoing training and education for staff members.

10. Regular training sessions should be held to ensure that all personnel are up-to-date on the latest record management practices.

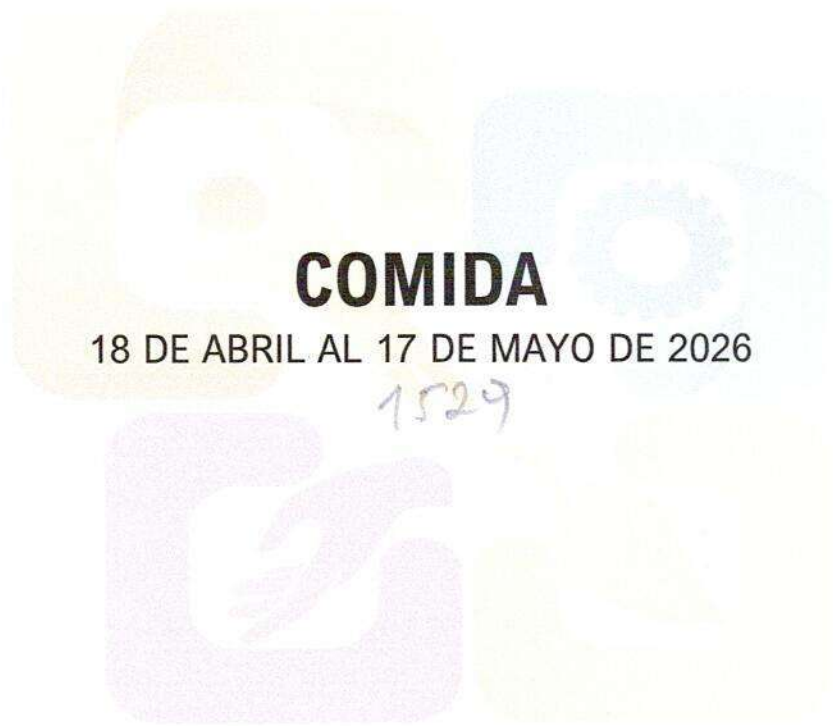
11. The document concludes by reiterating the importance of a robust record management system for organizational success.

12. It is the responsibility of all employees to adhere to the policies and procedures outlined in this document.

13. The document is intended to serve as a comprehensive guide for all record management activities.

14. For further information, please contact the Records Management Department at [phone number].

15. This document is subject to periodic review and updates to reflect changes in regulations and best practices.

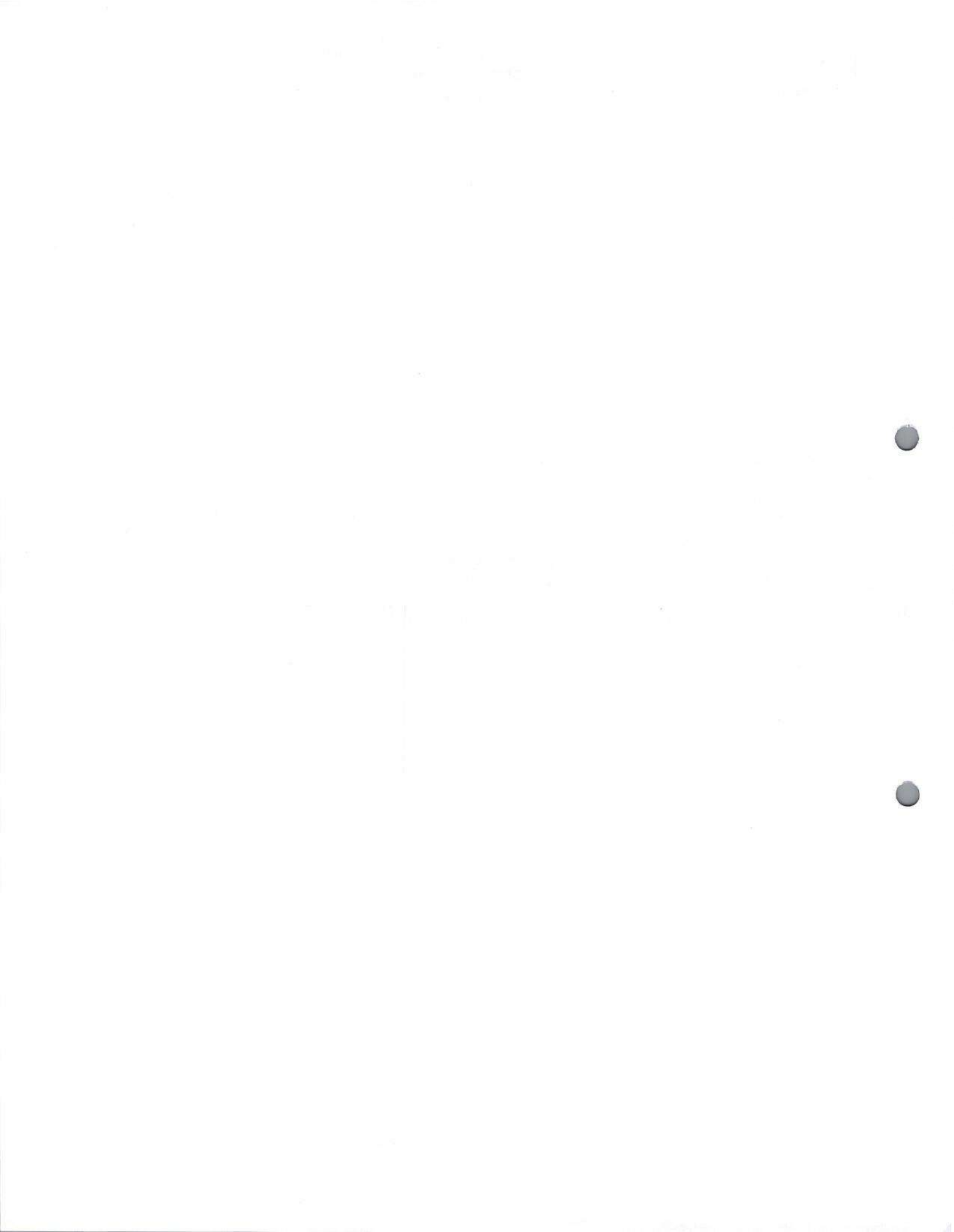


COMIDA

18 DE ABRIL AL 17 DE MAYO DE 2026

1529







CONTROL DE ENTREGA DE RACIÓN PREPARADA PROGRAMA DE ALIMENTACIÓN PARA EL ADULTO MAYOR

OBJETO: Desarrollar el Programa de Atención Integral a la Persona Mayor del municipio de Tame, departamento de Arauca. DEPARTAMENTO: Arauca MUNICIPIO: Tame

CONTRATISTA: Fundación Gestión Social – FUNGES - R/L Gustavo Alexis Sarmiento PUNTO DE ATENCIÓN: Centro de Bienestar del Adulto Mayor (CBAM)

CONTRATO: Convenio de Asociación No. 002 de 2026 TIPO DE RACIÓN: Comida PERIODO DEL SERVICIO: Del 18 de abril al 17 de mayo de 2026

N°	TIPO DE IDENTIFICACIÓN	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	NOMBRES Y APELLIDOS	SEXO	Ración servida diaria (Marque con una x)																	TOTAL RACIONES	FIRMA O HUELLA											
					18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	1	2	3	4			5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1	CC	52.447.619	NICOMEDES PAEZ ROMERO	F	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	30	
2	CC	68.306.998	DEYANIRE GOMEZ MALAGON	F	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	30	
3	CC	1.116.860.655	ERNESTO CASTIBLANCO VARGAS	M	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	30	
4	CC	13.254.371	RAUL BENITO QUIÑONES	M	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	30	
5	CC	68.300.962	MARIA GLORIA CUTA RINCON	F	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	30	
6	CC	29.463.268	DORASILVIA HERNANDEZ HERNANDEZ	F	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	30	
7	CC	24.248.255	MARIA FILOMENA MALAGON PEREZ	F	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	30	
8	CC	1.116.852.417	SOFIA BALLESTEROS	F	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	30	
9	CC	21.421.389	ELVA CORDERO CORNIALES	F	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	30	
10	CC	68.304.925	MARIA INES LOPEZ VERA	F	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	30	

RESPONSABLE QUIEN ENTREGA (Operador / Contratista): Fundación Gestión Social – FUNGES - R/L Gustavo Alexis Sarmiento CEDULA: 96.194.978 FIRMA:

COORDINADOR PUNTO DE ATENCIÓN (CBAM): Jorge Eliecer Plazas Lugo CEDULA: 92.226.105 FIRMA: SUPERVISORA - SECRETARIA DE BIENESTAR SOCIAL: Margery Esperanza Zorro Lamus FIRMA:

1800





CONTROL DE ENTREGA DE RACIÓN PREPARADA PROGRAMA DE ALIMENTACIÓN PARA EL ADULTO MAYOR

OBJETO: Desarrollar el Programa de Atención Integral a la Persona Mayor del municipio de Tame, departamento de Arauca. DEPARTAMENTO: Arauca MUNICIPIO: Tame

CONTRATISTA: Fundación Gestión Social – FUNGES - R/L Gustavo Alexis Sarmiento PUNTO DE ATENCIÓN: Centro de Bienestar del Adulto Mayor (CBAM)

CONTRATO: Convenio de Asociación No. 002 de 2026 TIPO DE RACIÓN: Comida PERIODO DEL SERVICIO: Del 18 de abril al 17 de mayo de 2026

N°	TIPO DE IDENTIFICACIÓN	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	NOMBRES Y APELLIDOS	SEXO	Ración servida diaria (Marque con una x)																	TOTAL RACIONES	FIRMA O HUELLA											
					18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	1	2	3	4			5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
11	CC	2.004.707	PABLO EMILIO PEÑALOZA GONZALES	M	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	13	
12	CC	91.202.605	PEDRO RIVERA CONTRERAS	M	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	30	
13	CC	68.304.654	OLGA BARRETO	F	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	30	
14	CC	417.615	LUCAS MURCIA	M	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	30	
15	CC	1.191.696	BAYARDO RAVELO ULEGELO	M	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	30	
16	CC	17.092.535	ANGEL ABIGAIL BARON	M	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	30	
17	CC	1.116.852.428	ANDRES DIAZ	M	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	30	
18	CC	24.248.137	ISTELIA PAUL ARIAS	F	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	30	
19	CC	2.005.825	JOSE DEL CARMEN MORA CAMARGO	M	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	30	
20	CC	4.302.278	ANTONIO MARIA REINA BELISARIO	M	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	30	

RESPONSABLE QUIEN ENTREGA (Operador / Contratista): Fundación Gestión Social – FUNGES - R/L Gustavo Alexis Sarmiento CEDULA: 96.194.978 FIRMA:

COORDINADOR PUNTO DE ATENCION (CBAM): Jorge Eliecer Plazas Lugo CEDULA: 92.226.105 FIRMA: SUPERVISORA - SECRETARIA DE BIENESTAR SOCIAL: Margery Esperanza Zorro Lamus FIRMA:

1954

Faint, illegible text, possibly bleed-through from the reverse side of the page.





CONTROL DE ENTREGA DE RACIÓN PREPARADA PROGRAMA DE ALIMENTACIÓN PARA EL ADULTO MAYOR

OBJETO: Desarrollar el Programa de Atención Integral a la Persona Mayor del municipio de Tame, departamento de Arauca. DEPARTAMENTO: Arauca MUNICIPIO: Tame

CONTRATISTA: Fundación Gestión Social - FUNGES - R/L Gustavo Alexis Sarmiento PUNTO DE ATENCIÓN: Centro de Bienestar del Adulto Mayor (CBAM)

CONTRATO: Convenio de Asociación No. 002 de 2026 TIPO DE RACIÓN: Comida PERIODO DEL SERVICIO: Del 18 de abril al 17 de mayo de 2026

N°	TIPO DE IDENTIFICACIÓN	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	NOMBRES Y APELLIDOS	SEXO	Ración servida diaria (Marque con una x)																	TOTAL RACIONES	FIRMA O HUELLA											
					18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	1	2	3	4			5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
21	CC	96.190.975	HERNANDO MORA AMAYA	M	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	30	
22	CC	3.291.355	MARTIN CETINA MESA	M	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	30	
23	CC	13.815.177	JESUS EMILIO OSPINA PULGARIN	M	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	30	
24	CC	7.212.199	HUMBERTO CENDALES HERRERA	M	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	30	
25	CC	3.289.862	RODRIGO DE JESUS VASCO GUTIERREZ	M	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	30	
26	CC	4.154.395	TULCANIR ESTRADA	M	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	30	
27	CC	1.116.856.294	MARIA ISABEL DURAN HERRERA	F	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	30	
28	CC	1.191.759	JOSE ANTONIO TORRES GALVIS	M	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	30	
29	CC	17.545.403	NACIANCENO LAMES LOPEZ	M	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	30	
30	CC	1.116.863.868	MARCO GONZALEZ	M	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	30	

RESPONSABLE QUIEN ENTREGA (Operador / Contratista): Fundación Gestión Social - FUNGES - R/L Gustavo Alexis Sarmiento CEDULA: 96.194.978 FIRMA:

COORDINADOR PUNTO DE ATENCIÓN (CBAM): Jorge Eliecer Plazas Lugo CEDULA: 92.226.105 FIRMA: SUPERVISORA - SECRETARIA DE BIENESTAR SOCIAL: Margery Esperanza Zorro Lamus FIRMA:

1900





CONTROL DE ENTREGA DE RACIÓN PREPARADA PROGRAMA DE ALIMENTACIÓN PARA EL ADULTO MAYOR

OBJETO: Desarrollar el Programa de Atención Integral a la Persona Mayor del municipio de Tame, departamento de Arauca. DEPARTAMENTO: Arauca MUNICIPIO: Tame
 CONTRATISTA: Fundación Gestión Social – FUNGES - R/L Gustavo Alexis Sarmiento PUNTO DE ATENCIÓN: Centro de Bienestar del Adulto Mayor (CBAM)
 CONTRATO: Convenio de Asociación No. 002 de 2026 TIPO DE RACIÓN: Comida PERIODO DEL SERVICIO: Del 18 de abril al 17 de mayo de 2026

N°	TIPO DE IDENTIFICACIÓN	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	NOMBRES Y APELLIDOS	SEXO	Ración servida diaria (Marque con una x)																	TOTAL RACIONES	FIRMA O HUELLA											
					18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	1	2	3	4			5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
31	CC	17.530.013	JOSE VICENTE HERRERA	M	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	30	
32	CC	5.720.836	ROSO ABRIL	M	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	30	
33	CC	96.192.472	AGUSTIN GOMEZ	M	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	30	
34	CC	79.309.330	ANTONIO MARIA BARRAGAN VILLALBA	M	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	30	
35	CC	17.545.623	JESUS GOYENECHÉ GOYENECHÉ	M	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	30	
36	CC	1.121.860.932	JORGE RICARDO PINZON	M	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	30	
37	CC	68.301.630	BLANCA INES GARCIA GARCIA	F	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	30	
38	CC	4.916.168	JOSE SERVIO GONZALEZ	M	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	30	
39	CC	3.555.386	JOSE ARTURO MACIAS MONSALVE	M	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	30	
40	CC	68.306.445	FLOR MARIA LOBATON GOMEZ	F	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	30	

RESPONSABLE QUIEN ENTREGA (Operador / Contratista): Fundación Gestión Social – FUNGES - R/L Gustavo Alexis Sarmiento CEDULA: 96.194.978 FIRMA:

COORDINADOR PUNTO DE ATENCIÓN (CBAM): Jorge Eilecer Plazas Lugo CEDULA: 92.226.105 FIRMA: SUPERVISORA - SECRETARIA DE BIENESTAR SOCIAL: Margery Esperanza Zorro Lamus FIRMA:

Handwritten text at the top of the page, possibly a title or header, which is mostly illegible due to fading and blurring.





CONTROL DE ENTREGA DE RACIÓN PREPARADA PROGRAMA DE ALIMENTACIÓN PARA EL ADULTO MAYOR

OBJETO: Desarrollar el Programa de Atención Integral a la Persona Mayor del municipio de Tame, departamento de Arauca. DEPARTAMENTO: Arauca MUNICIPIO: Tame

CONTRATISTA: Fundación Gestión Social - FUNGES - R/L Gustavo Alexis Sarmiento PUNTO DE ATENCIÓN: Centro de Bienestar del Adulto Mayor (CBAM)

CONTRATO: Convenio de Asociación No. 002 de 2026 TIPO DE RACIÓN: Comida PERIODO DEL SERVICIO: Del 18 de abril al 17 de mayo de 2026

N°	TIPO DE IDENTIFICACIÓN	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	NOMBRES Y APELLIDOS	SEXO	Ración servida diaria (Marque con una x)																	TOTAL RACIONES	FIRMA O HUELLA												
					18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	1	2	3	4			5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
41	CC	2.403.701	MIGUEL ARANZAZU MARIN	M	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	30	
42	CC	13.219.577	JOSE DEL CARMEN CRISTANCHO BERNAL	M	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	30	
43	CC	37.219.405	ANA JOSEFA TARAZONA	F	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	30	
44	CC	43.474.556	MARIA GILMA ZAPATA MARIN	F	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	30	
45	CC	2.244.680	PEDRO JOSE MARIN PADILLA	M	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	30	
46	CC	5.399.241	GREGORIO CELIS FLORES	M	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	30	
47	CC	1.191.974	SILVESTRE MISRAIN GONZALEZ LOZADA	M	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	30	
48	CC	21.179.393	MAGDALENA ALDANA	F	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	30	
49	CC	6.707.483	JOSE JOAQUIN SERRANO VARGAS	M	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	30	
50	CC	5096594	VICTOR JULIO LUQUEZ	M	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	30	

RESPONSABLE QUIEN ENTREGA (Operador / Contratista): Fundación Gestión Social - FUNGES - R/L Gustavo Alexis Sarmiento CEDULA: 96.194.978 FIRMA:

COORDINADOR PUNTO DE ATENCIÓN (CBAM): Jorge Elecer Plazas Lugo CEDULA: 92.226.105 FIRMA: SUPERVISORA - SECRETARIA DE BIENESTAR SOCIAL: Margery Esperanza Zorro Lamus FIRMA:

Handwritten text, possibly a signature or name, located at the top of the page. The text is faint and difficult to decipher.





CONTROL DE ENTREGA DE RACIÓN PREPARADA PROGRAMA DE ALIMENTACIÓN PARA EL ADULTO MAYOR

OBJETO: Desarrollar el Programa de Atención Integral a la Persona Mayor del municipio de Tame, departamento de Arauca. DEPARTAMENTO: Arauca MUNICIPIO: Tame

CONTRATISTA: Fundación Gestión Social - FUNGES - R/L Gustavo Alexis Sarmiento PUNTO DE ATENCIÓN: Centro de Bienestar del Adulto Mayor (CBAM)

CONTRATO: Convenio de Asociación No. 002 de 2026 TIPO DE RACIÓN: Comida PERIODO DEL SERVICIO: Del 18 de abril al 17 de mayo de 2026

N°	TIPO DE IDENTIFICACIÓN	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	NOMBRES Y APELLIDOS	SEXO	Ración servida diaria (Marque con una x)																	TOTAL RACIONES	FIRMA O HUELLA											
					18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	1	2	3	4			5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
51	CC	17530048	HECTOR JULIO SANCHEZ GONGORA	M	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	30	
52	CC	5785372	NEMECIO PINZON SANTAMARIA	M																	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	17		
53	CC	6750329	MARIO ARTURO RODRIGUEZ VARGAS	M																												5		
54																																		
55																																		
56																																		
57																																		
58																																		
59																																		
60																																		

RESPONSABLE QUIEN ENTREGA (Operador / Contratista): Fundación Gestión Social - FUNGES - R/L Gustavo Alexis Sarmiento CEDULA: 96.194.978 FIRMA:

COORDINADOR PUNTO DE ATENCIÓN (CBAM): Jorge Ellecer Plazas Lugo CEDULA: 92.226.105 FIRMA: SUPERVISORA - SECRETARÍA DE BIENESTAR SOCIAL: Margery Esperanza Zorro Lamus FIRMA:

1950-1951

1952-1953

1954-1955

1956-1957

1958-1959

1960-1961

1962-1963

1964-1965

1966-1967

1968-1969

1970-1971

1972-1973

1974-1975

1976-1977

1978-1979

1980-1981

1982-1983

1984-1985



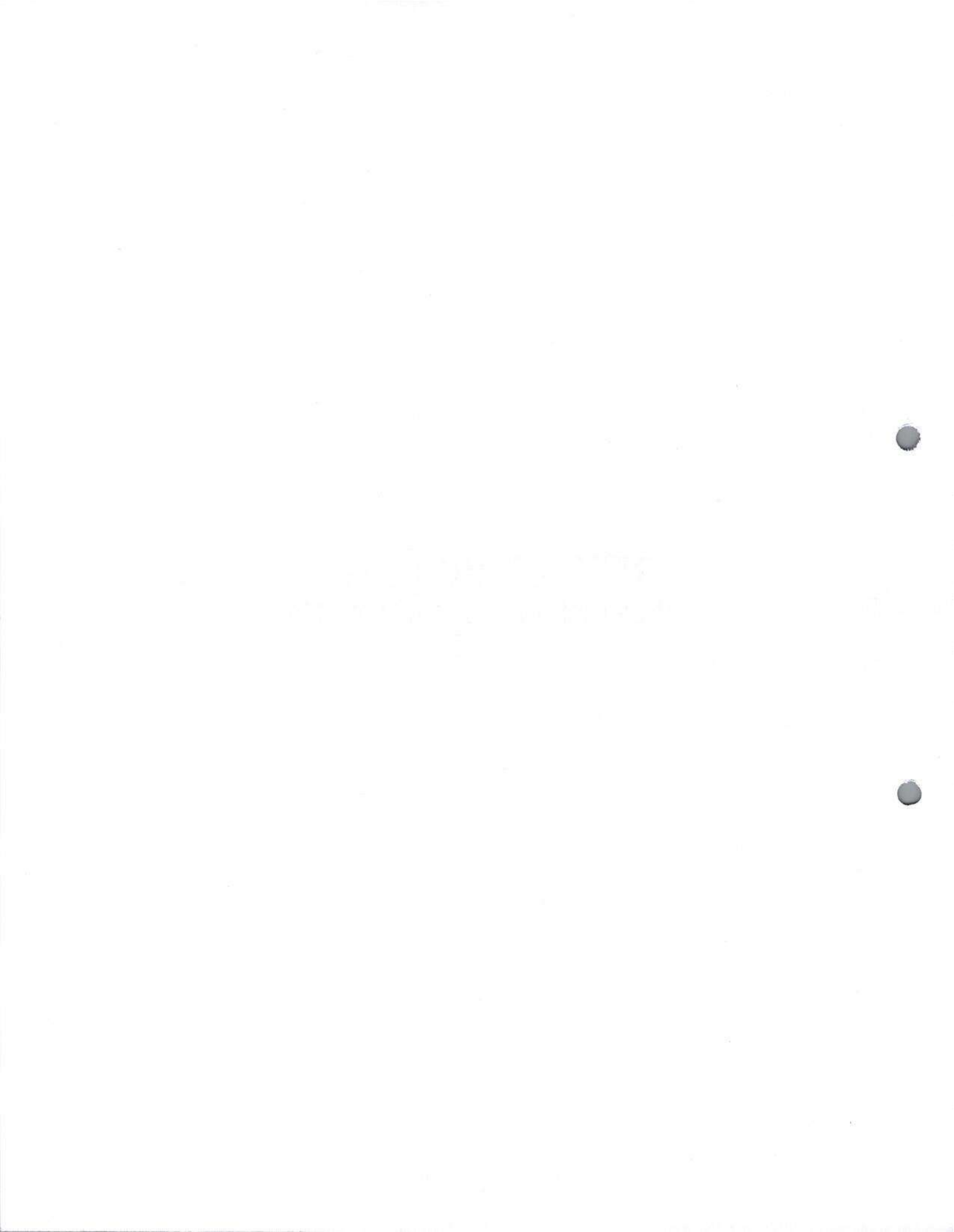


REFRIGERIO (x vez)

18 DE ABRIL AL 17 DE MAYO DE 2026

1529







CONTROL DE ENTREGA DE RACIÓN PREPARADA PROGRAMA DE ALIMENTACIÓN PARA EL ADULTO MAYOR

OBJETO: Desarrollar el Programa de Atención Integral a la Persona Mayor del municipio de Tame, departamento de Arauca. DEPARTAMENTO: Arauca MUNICIPIO: Tame
 CONTRATISTA: Fundación Gestión Social - FUNGES - R/L Gustavo Alexis Sarmiento PUNTO DE ATENCIÓN: Centro de Bienestar del Adulto Mayor (CBAM)
 CONTRATO: Convenio de Asociación No. 002 de 2026 TIPO DE RACIÓN: Refrigerio (x vez) PERIODO DEL SERVICIO: Del 18 de abril al 17 de mayo de 2026

N°	TIPO DE IDENTIFICACIÓN	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	NOMBRES Y APELLIDOS	SEXO	Ración servida diaria (Marque con una x)																	TOTAL RACIONES	FIRMA O HUELLA												
					18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	1	2	3	4			5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
1	CC	52.447.619	NICOMEDES PAEZ ROMERO	F	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	30	
2	CC	68.306.998	DEYANIRE GOMEZ MALAGON	F	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	30	
3	CC	1.116.860.655	ERNESTO CASTIBLANCO VARGAS	M	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	30	
4	CC	13.254.371	RAUL BENITO QUIÑONES	M	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	30	
5	CC	68.300.962	MARIA GLORIA CUTA RINCON	F	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	30	
6	CC	29.463.268	DORASILVIA HERNANDEZ HERNANDEZ	F	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	30	
7	CC	24.248.255	MARIA FILOMENA MALAGON PEREZ	F	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	30	
8	CC	1.116.852.417	SOFIA BALLESTEROS	F	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	30	
9	CC	21.421.389	ELVA CORDERO CORNIALES	F	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	30	
10	CC	68.304.925	MARIA INES LOPEZ VERA	F	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	30	

RESPONSABLE QUIEN ENTREGA (Operador / Contratista): Fundación Gestión Social - FUNGES - R/L Gustavo Alexis Sarmiento CEDULA: 96.194.978 FIRMA:

COORDINADOR PUNTO DE ATENCIÓN (CBAM): Jorge Elicer Plazas Lugo CEDULA: 92.226.105 FIRMA: SUPERVISORA - SECRETARIA DE BIENESTAR SOCIAL: Margery Esperanza Zorro Lamus FIRMA:

Handwritten scribbles and faint markings at the top of the page.

Handwritten scribbles on the left side of the page.





CONTROL DE ENTREGA DE RACIÓN PREPARADA PROGRAMA DE ALIMENTACIÓN PARA EL ADULTO MAYOR

DEPARTAMENTO: Arauca

MUNICIPIO: Tame

OBJETO: Desarrollar el Programa de Atención Integral a la Persona Mayor del municipio de Tame, departamento de Arauca.

PUNTO DE ATENCIÓN: Centro de Bienestar del Adulto Mayor (CBAM)

PERIODO DEL SERVICIO: Del 18 de abril al 17 de mayo de 2026

CONTRATISTA: Fundación Gestión Social - FUNGES - R/L Gustavo Alexis Sarmiento

TIPO DE RACIÓN: Refrigerio (x vez)

Racion servida diaria (Marque con una x)

N°	TIPO DE IDENTIFICACIÓN	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	NOMBRES Y APELLIDOS	SEXO	Racion servida diaria (Marque con una x)																	TOTAL RACIONES	FIRMA O HUELLA														
					18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	1	2	3	4			5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	
11	CC	2.004.707	PABLO EMILIO PEÑALOZA GONZALES	M	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	13		
12	CC	91.202.605	PEDRO RIVERA CONTRERAS	M	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	30	
13	CC	68.304.654	OLGA BARRETO	F	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	30	
14	CC	417.615	LUCAS MURCIA	M	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	30	
15	CC	1.191.696	BAYARDO RAVELO ULEGELO	M	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	30	
16	CC	17.092.535	ANGEL ABIGAIL BARON	M	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	30	
17	CC	1.116.852.428	ANDRES DIAZ	M	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	30	
18	CC	24.248.137	ISTELIA PAUL ARIAS	F	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	30	
19	CC	2.005.825	JOSE DEL CARMEN MORA CAMARGO	M	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	30	
20	CC	4.302.278	ANTONIO MARIA REINA BELISARIO	M	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	30	

RESPONSABLE QUIEN ENTREGA (Operador / Contratista): Fundación Gestión Social - FUNGES - R/L Gustavo Alexis Sarmiento CEDULA: 96.194.978 FIRMA:

COORDINADOR PUNTO DE ATENCIÓN (CBAM): Jorge Elicer Plazas Lugo CEDULA: 92.226.105 FIRMA:

SUPERVISORA - SECRETARIA DE BIENESTAR SOCIAL: Margery Esperanza Zorro Lamus FIRMA:

1945





CONTROL DE ENTREGA DE RACIÓN PREPARADA PROGRAMA DE ALIMENTACIÓN PARA EL ADULTO MAYOR

OBJETO: Desarrollar el Programa de Atención Integral a la Persona Mayor del municipio de Tame, departamento de Arauca. DEPARTAMENTO: Arauca MUNICIPIO: Tame
 CONTRATISTA: Fundación Gestión Social – FUNGES - R/L Gustavo Alexis Sarmiento PUNTO DE ATENCIÓN: Centro de Bienestar del Adulto Mayor (CBAM)
 CONTRATO: Convenio de Asociación No. 002 de 2026 TIPO DE RACIÓN: Refrigerio (x vez) PERIODO DEL SERVICIO: Del 18 de abril al 17 de mayo de 2026

N°	TIPO DE IDENTIFICACIÓN	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	NOMBRES Y APELLIDOS	SEXO	Ración servida diaria (Marque con una x)																	TOTAL RACIONES	FIRMA O HUELLA												
					18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	1	2	3	4			5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
21	CC	96.190.975	HERNANDO MORA AMAYA	M	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	30	
22	CC	3.291.355	MARTIN CETINA MESA	M	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	30	
23	CC	13.815.177	JESUS EMILIO OSPINA PULGARIN	M	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	30	
24	CC	7.212.199	HUMBERTO CENDALES HERRERA	M	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	30	
25	CC	3.289.862	RODRIGO DE JESUS VASCO GUTIERREZ	M	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	30	
26	CC	4.154.395	TULCANIR ESTRADA	M	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	30	
27	CC	1.116.856.294	MARIA ISABEL DURAN HERRERA	F	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	30	
28	CC	1.191.759	JOSE ANTONIO TORRES GALVIS	M	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	30	
29	CC	17.545.403	NACIANCENO LAMES LOPEZ	M	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	30	
30	CC	1.116.863.868	MARCO GONZALEZ	M	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	30	

RESPONSABLE QUIEN ENTREGA (Operador / Contratista): Fundación Gestión Social – FUNGES - R/L Gustavo Alexis Sarmiento CEDULA: 96.194.978 FIRMA:

COORDINADOR PUNTO DE ATENCIÓN (CBAM): Jorge Eliecer Plazas Lugo CEDULA: 92.226.105 FIRMA: SUPERVISORA - SECRETARIA DE BIENESTAR SOCIAL: Margery Esperanza Zorro Lamus FIRMA:

1900

1900





CONTROL DE ENTREGA DE RACIÓN PREPARADA PROGRAMA DE ALIMENTACIÓN PARA EL ADULTO MAYOR

OBJETO: Desarrollar el Programa de Atención Integral a la Persona Mayor del municipio de Tame, departamento de Arauca. DEPARTAMENTO: Arauca MUNICIPIO: Tame
 CONTRATISTA: Fundación Gestión Social – FUNGES - R/L Gustavo Alexis Sarmiento PUNTO DE ATENCIÓN: Centro de Bienestar del Adulto Mayor (CBAM)
 CONTRATO: Convenio de Asociación No. 002 de 2026 TIPO DE RACIÓN: Refrigerio (x vez) PERIODO DEL SERVICIO: Del 18 de abril al 17 de mayo de 2026

N°	TIPO DE IDENTIFICACIÓN	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	NOMBRES Y APELLIDOS	SEXO	Ración servida diaria (Marque con una x)																	TOTAL RACIONES	FIRMA O HUELLA													
					18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	1	2	3	4			5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
31	CC	17.530.013	JOSE VICENTE HERRERA	M	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	30	
32	CC	5.720.836	ROSO ABRIL	M	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	30	
33	CC	96.192.472	AGUSTIN GOMEZ	M	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	30	
34	CC	79.309.330	ANTONIO MARIA BARRAGAN VILLALBA	M	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	30	
35	CC	17.545.623	JESUS GOYENECHÉ GOYENECHÉ	M	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	30	
36	CC	1.121.860.932	JORGE RICARDO PINZON	M	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	30	
37	CC	68.301.630	BLANCA INES GARCIA GARCIA	F	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	30	
38	CC	4.916.168	JOSE SERVIO GONZALEZ	M	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	30	
39	CC	3.555.386	JOSE ARTURO MACIAS MONSALVE	M	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	30	
40	CC	68.306.445	FLOR MARIA LOBATON GOMEZ	F	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	30	

RESPONSABLE QUIEN ENTREGA (Operador / Contratista): Fundación Gestión Social – FUNGES - R/L Gustavo Alexis Sarmiento CEDULA: 96.194.978 FIRMA:

COORDINADOR PUNTO DE ATENCIÓN (CBAM): Jorge Elicer Plazas Lugo CEDULA: 92.226.105 FIRMA:

SUPERVISORA - SECRETARIA DE BIENESTAR SOCIAL: Margery Esperanza Zorro Lamus FIRMA:

() () () () () () () () () ()





CONTROL DE ENTREGA DE RACIÓN PREPARADA PROGRAMA DE ALIMENTACIÓN PARA EL ADULTO MAYOR

OBJETO: Desarrollar el Programa de Atención Integral a la Persona Mayor del municipio de Tame, departamento de Arauca. DEPARTAMENTO: Arauca MUNICIPIO: Tame
 CONTRATISTA: Fundación Gestión Social – FUNGES - R/L Gustavo Alexis Sarmiento PUNTO DE ATENCIÓN: Centro de Bienestar del Adulto Mayor (CBAM)
 CONTRATO: Convenio de Asociación No. 002 de 2026 TIPO DE RACIÓN: Refrigerio (x vez) PERIODO DEL SERVICIO: Del 18 de abril al 17 de mayo de 2026

N°	TIPO DE IDENTIFICACIÓN	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	NOMBRES Y APELLIDOS	SEXO	Ración servida diaria (Marque con una x)																	TOTAL RACIONES	FIRMA O HUELLA											
					18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	1	2	3	4			5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
41	CC	2.403.701	MIGUEL ARANZAZU MARIN	M	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	30	
42	CC	13.219.577	JOSE DEL CARMEN CRISTANCHO BERNAL	M	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	30	
43	CC	37.219.405	ANA JOSEFA TARAZONA	F	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	30	
44	CC	43.474.556	MARIA GILMA ZAPATA MARIN	F	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	30	
45	CC	2.244.680	PEDRO JOSE MARIN PADILLA	M	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	30	
46	CC	5.399.241	GREGORIO CELIS FLORES	M	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	30	
47	CC	1.191.974	SILVESTRE MISRAIN GONZALEZ LOZADA	M	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	30	
48	CC	21.179.393	MAGDALENA ALDANA	F	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	30	
49	CC	6.707.483	JOSE JOAQUIN SERRANO VARGAS	M	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	30	
50	CC	5096594	VICTOR JULIO LUQUEZ	M	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	30	

RESPONSABLE QUIEN ENTREGA (Operador / Contratista): Fundación Gestión Social – FUNGES - R/L Gustavo Alexis Sarmiento CEDULA: 96.194.978 FIRMA:

COORDINADOR PUNTO DE ATENCIÓN (CBAM): Jorge Elicer Plazas Lugo CEDULA: 92.226.105 FIRMA: SUPERVISORA - SECRETARIA DE BIENESTAR SOCIAL: Margery Esperanza Zorro Lamus FIRMA:

Faint, illegible markings or text at the top of the page.





CONTROL DE ENTREGA DE RACIÓN PREPARADA PROGRAMA DE ALIMENTACIÓN PARA EL ADULTO MAYOR

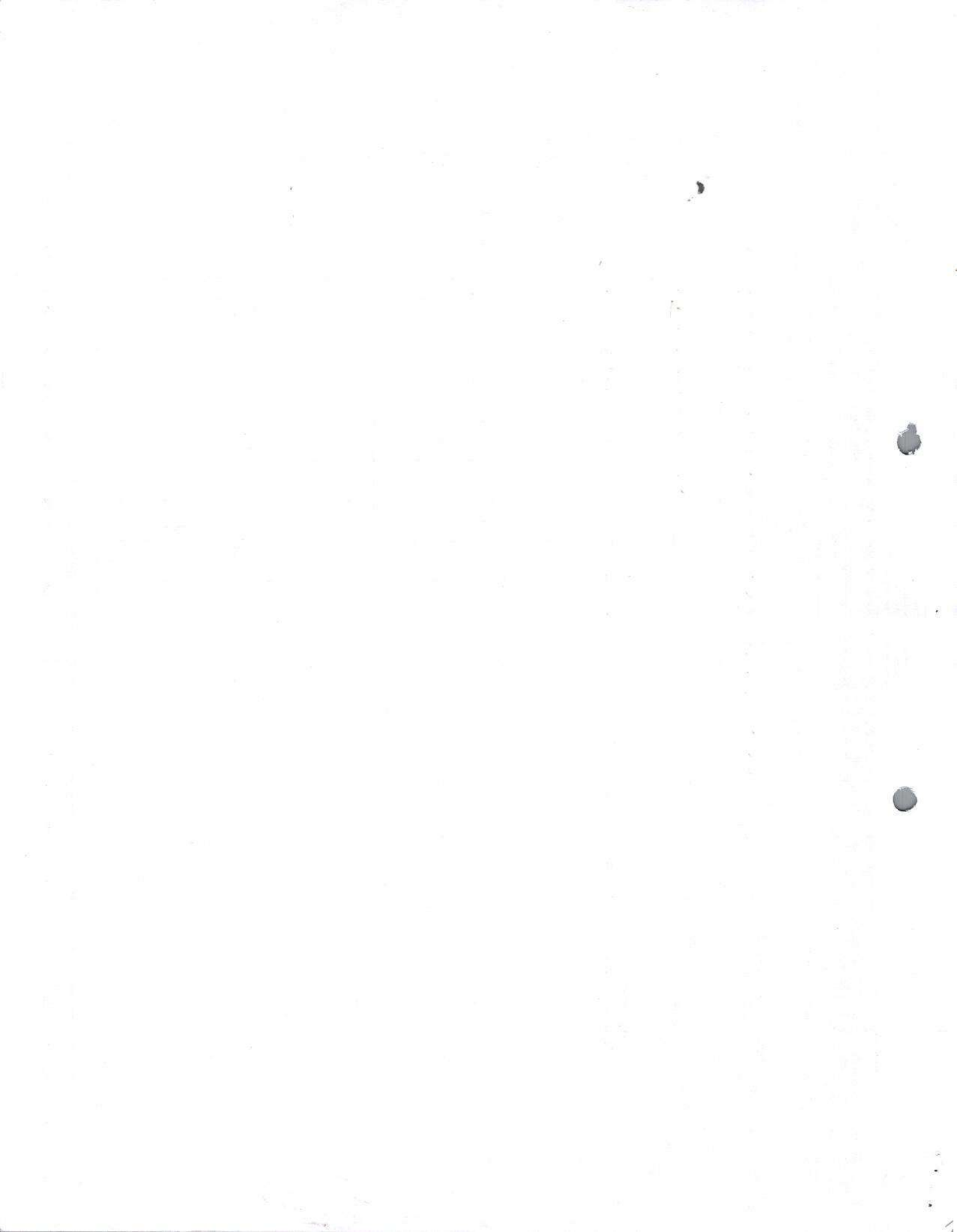
OBJETO: Desarrollar el Programa de Atención Integral a la Persona Mayor del municipio de Tame, departamento de Arauca. DEPARTAMENTO: Arauca MUNICIPIO: Tame
 CONTRATISTA: Fundación Gestión Social – FUNGES - R/L Gustavo Alexis Sarmiento PUNTO DE ATENCIÓN: Centro de Bienestar del Adulto Mayor (CBAM)
 CONTRATO: Convenio de Asociación No. 002 de 2026 TIPO DE RACIÓN: Refrigerio (x vez) PERIODO DEL SERVICIO: Del 18 de abril al 17 de mayo de 2026

N°	TIPO DE IDENTIFICACIÓN	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	NOMBRES Y APELLIDOS	SEXO	Ración servida diaria (Marque con una x)																	TOTAL RACIONES	FIRMA O HUELLA										
					18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	1	2	3	4			5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
51	CC	17530048	HECTOR JULIO SANCHEZ GONGORA	M	x	x	y	y	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	30	
52	CC	5785372	NEMECIO PINZON SANTAMARIA	M	_____																	77											
53	CC	6750329	MARIO ARTURO RODRIGUEZ VARGAS	M	_____																	5											
54					_____																												
55					_____																												
56					_____																												
57					_____																												
58					_____																												
59					_____																												
60					_____																												

RESPONSABLE QUIEN ENTREGA (Operador / Contratista): Fundación Gestión Social – FUNGES - R/L Gustavo Alexis Sarmiento CEDULA: 96.194.978 FIRMA:

COORDINADOR PUNTO DE ATENCIÓN (CBAM): Jorge Ellecer Plazas Lugo CEDULA: 92.226.105 FIRMA:

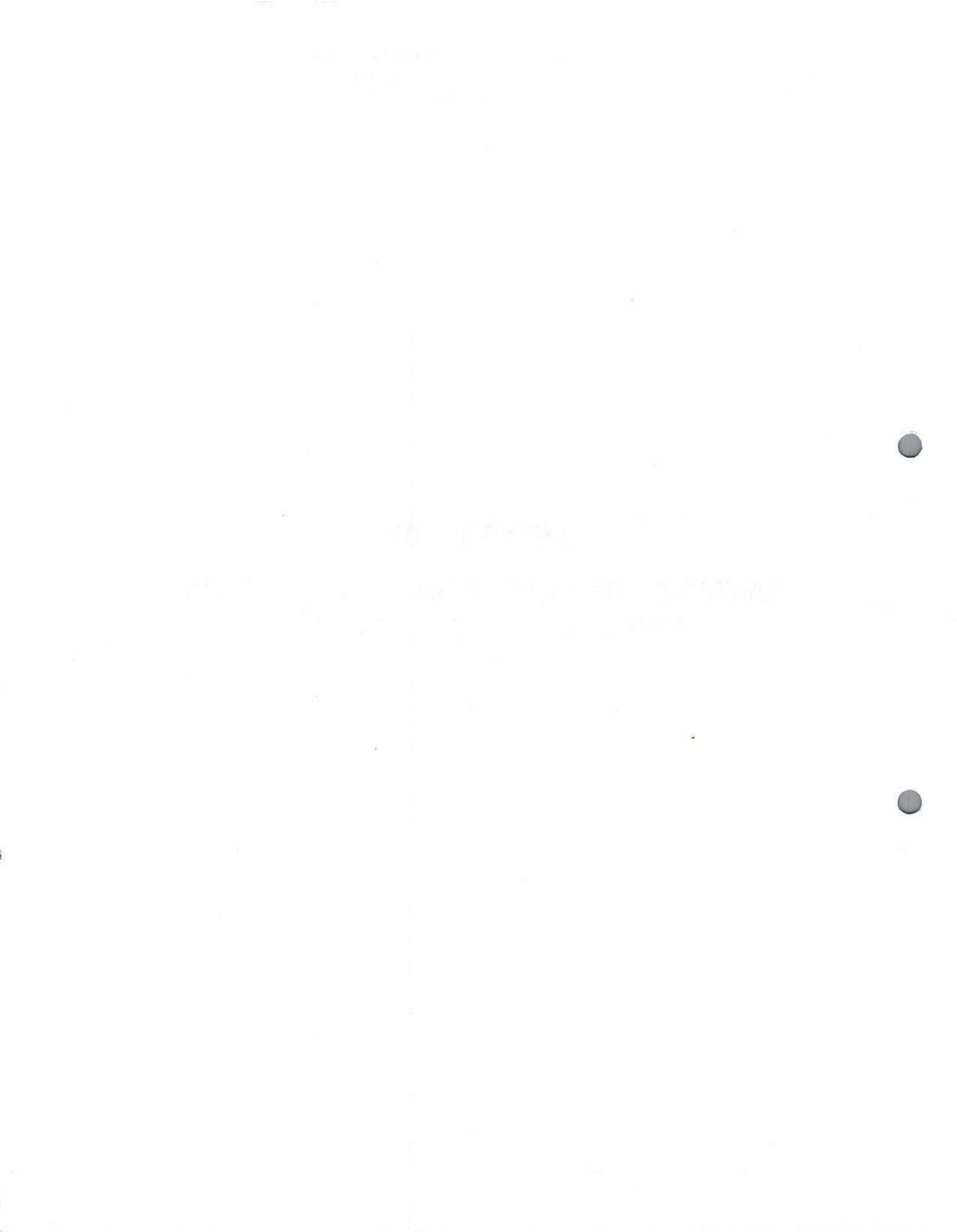
SUPERVISORA - SECRETARIA DE BIENESTAR SOCIAL: Margery Esperanza Zorro Lamus FIRMA:



ANEXO No. 03

GASTOS DE FUNCIONAMIENTO DEL CENTRO DE BIENESTAR DEL ADULTO MAYOR

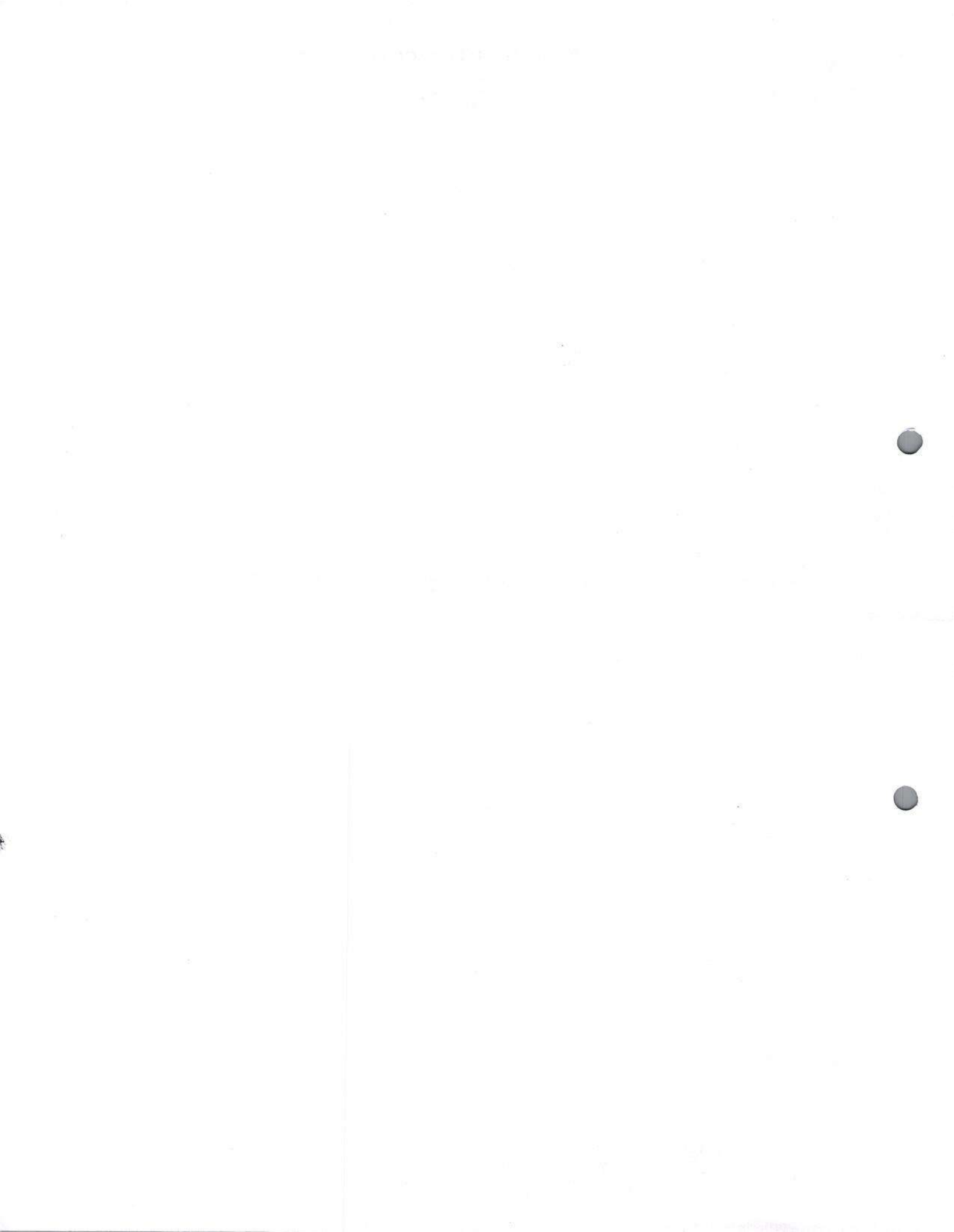






Servicio de transporte (taxi) para el CBAM







FUNDACION GESTION SOCIAL
 Nit 900.556.022-3
 CALLE 3 7 28 URB LOS MANGOS
 Tel: (607) 3208639029
 Tame - Colombia



Documento soporte por compras a sujetos no obligados a facturar
No. DSF 285

Proveedor	JAVIER ROBAYO ZUBIETA		
Nit	7.392.438-9	Teléfono	(607) 0000000
Dirección	CLL 18 # 37-57	Ciudad	Tame - Colombia

Fecha de compra	Fecha de Vencimiento
2026-04-22	--

Item	Descripción	Cantidad	Vr. Unitario	Vr. Total
1	Prestación del servicio de transporte (taxi) para el traslado de adultos mayores del CBAM a centros médicos y otros lugares relacionados con su atención en salud, período del 18 de febrero al 17 de abril de 2026, Convenio de Asociación No. 002 de 2026	1.00	1,424,000.00	1,424,000.00

Elaborado por Siigo S.A.S Nit: 830.048.145-8

Valor en Letras:

Un millón cuatrocientos veinticuatro mil pesos m/cte

Condiciones de Pago:

Efectivo

\$ 1,424,000.00

Total Bruto	1,424,000.00
Total a Pagar	1,424,000.00

Observaciones:

A este Documento se le aplican las normas relativas del Documento Soporte en adquirentes efectuadas a sujetos no obligados a facturar (Resolución 167 de 30 de diciembre de 2021).
 Número Autorización 18764102291617 aprobado en 20251129 prefijo DSF desde el número 201 al 600 Vigencia: Vigencia: 24 meses.

CUDS: 15c74fc19d3213c15a19c5a219c356acb5761d39bf078045bba910017abc55fae857f6a1f3093bc3e299e3204f2cc1e5



Faint, illegible text or markings in the upper left quadrant.

Faint, illegible text or markings in the middle left section.

Faint, illegible text or markings in the lower middle section.

Faint, illegible text or markings in the upper right quadrant.

Faint, illegible text or markings in the middle right section.

Faint, illegible text or markings in the lower right section.





FUNDACION GESTION SOCIAL
 Nit 900.556.022-3
 CALLE 3 7 28 URB LOS MANGOS
 Tel: (607) 3208639029
 Tame - Colombia



Documento soporte por compras a
 sujetos no obligados a facturar
 No. DSF 300

Proveedor	JAVIER ROBAYO ZUBIETA		
Nit	7.392.438-9	Teléfono	(607) 0000000
Dirección	CLL 18 # 37-57	Ciudad	Tame - Colombia

Fecha de compra	Fecha de Vencimiento
2026-05-19	--

Ítem	Descripción	Cantidad	Vr. Unitario	Vr. Total
1	Servicio de transporte (taxi) para el traslado de adultos mayores del Centro de Bienestar del Adulto Mayor – CBAM a centros médicos y otros lugares relacionados con su atención en salud, correspondiente al período del 18 de abril al 17 de mayo de 2026, en el marco del Convenio	1.00	768,000.00	768,000.00

Elaborado por Siigo S.A.S Nit: 830 048.145-8

Valor en Letras:

Setecientos sesenta y ocho mil pesos m/cte

Condiciones de Pago:

Efectivo \$ 768,000.00

Total Bruto	768,000.00
Total a Pagar	768,000.00

Observaciones:

A este Documento se le aplican las normas relativas del Documento Soporte en adquirentes efectuadas a sujetos no obligados a facturar (Resolución 167 de 30 de diciembre de 2021).
 Número Autorización 18764102291617 aprobado en 20251129 prefijo DSF desde el número 201 al 600 Vigencia: Vigencia: 24 meses.

CUDS: 8e505be4144e0551d3819b9c3ac7b7c0c78e0b088becbd671d433d0e1709c4acb43579b0aecaf3c56d0931f84ccaded5



Handwritten text, possibly a signature or name, located on the right side of the page. The text is very faint and difficult to decipher.





REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE TRANSPORTE



Libertad y Orden

LICENCIA DE TRÁNSITO No. 10037980695

PLACA SMJ606	MARCA JAC	LÍNEA HFC 7130 A1F	MODELO 2014
CILINDRADA CC 1.300	COLOR AMARILLO	SERVICIO PÚBLICO	
CLASE DE VEHICULO AUTOMOVIL	TIPO CARROCERIA SEDAN	COMBUSTIBLE GASOLINA	CAPACIDAD Kg/PSJ 5
NÚMERO DE MOTOR J3BD112039	REG N	VIN LJ12FKR15E4200785	
NÚMERO DE SERIE LJ12FKR15E4200785	REG N	NÚMERO DE CHASIS LJ12FKR15E4200785	REG N
PROPIETARIO APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) ROBAYO ZUBIETA JAVIER			IDENTIFICACIÓN C.C. 7392438

RESTRICCIÓN MOVILIDAD *****	BLINDAJE *****	POTENCIA HP 108
DECLARACIÓN DE IMPORTACIÓN VE 882013000090333 I	FECHA IMPORT. 09/07/2013	PUERTAS 4
LIMITACIÓN A LA PROPIEDAD *****		
FECHA MATRICULA 12/09/2013	FECHA EXP. LIC TTO. 25/02/2026	FECHA VENCIMIENTO *****
ORGANISMO DE TRÁNSITO INST MOVyTTE MCPAL TAME		



LT12000466472

MINVIA 17-00-0025

1950
1951
1952
1953
1954
1955
1956
1957
1958
1959
1960
1961
1962
1963
1964
1965
1966
1967
1968
1969
1970
1971
1972
1973
1974
1975
1976
1977
1978
1979
1980
1981
1982
1983
1984
1985
1986
1987
1988
1989
1990
1991
1992
1993
1994
1995
1996
1997
1998
1999
2000
2001
2002
2003
2004
2005
2006
2007
2008
2009
2010
2011
2012
2013
2014
2015
2016
2017
2018
2019
2020
2021
2022
2023
2024
2025

1950
1951
1952
1953
1954
1955
1956
1957
1958
1959
1960
1961
1962
1963
1964
1965
1966
1967
1968
1969
1970
1971
1972
1973
1974
1975
1976
1977
1978
1979
1980
1981
1982
1983
1984
1985
1986
1987
1988
1989
1990
1991
1992
1993
1994
1995
1996
1997
1998
1999
2000
2001
2002
2003
2004
2005
2006
2007
2008
2009
2010
2011
2012
2013
2014
2015
2016
2017
2018
2019
2020
2021
2022
2023
2024
2025

SOAT

AGENCIA DE SEGUROS DE COLOMBIA COMPANHIA DE SEGUROS A LAS PERSONAS EN MOVIMIENTO DE TRANSITO

FECHA DE EXPIRACION: 2025-11-18
 VIGENCIA DESDE LAS 00 HORAS DEL: 2025-11-19
 HASTA LAS 23:59 HORAS DEL: 2026-11-18



PREVISORA SEGUROS

644

No. DE PÓLIZA 4308007360340000		PLACA No. SMJ606	CLASE VEHICULO AUTOS DE NEGOCIOS, T	SERVICIO PUBLICO	GENERALES/VATOS 1332	MODELO 2014
PASAJEROS 5	MARCA JAC	LÍNEA VEHICULO HFC 7130 A1F	CARRICERIA SEDAN			
No. MOTOR C3410519		No. CHASIS o No. SERIE LJ12FKR15E4200785	No. VIN LJ12FKR15E4200785	CAPACIDAD TON 0.00		
APELLIDOS Y NOMBRES DEL TOMADOR ROBAYO ZUBIETA, JAVIER			TELÉFONO DEL TOMADOR *****669	TIPO DE DOCUMENTO DEL TOMADOR CC	No. DE DOCUMENTO DEL TOMADOR 7392438	CIUDAD RESIDENCIA TOMADOR TAME
CÓDIGO DE ASEGURADORA AT1324	CÓD. SUCURSAL EXPEDIDORA 43	CLAVE PRODUCTOR 999913588	No. FORMULARIO 0	CIUDAD EXPEDICIÓN BOGOTA D C		
TARIFA 712	PRIMA SOAT \$ 218700	CONTRIBUCION FOSYGA \$ 113700	TASA RUNT \$ 2400	AMPAROS POR VICTIMA	HASTA	
TOTAL A PAGAR \$ 334800				A. GASTOS MÉDICOS QUIRÚRGICOS, FARMACÉUTICOS Y HOSPITALARIOS	263,13 ¹	UNIDAD VALOR TRIBUTARIO (UVT)
				B. GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACIÓN DE VÍCTIMAS	701,68 ²	
				C. INCAPACIDAD PERMANENTE	8,77	
				D. MUERTE Y GASTOS FUNERARIOS	HASTA	SALARIOS MÍNIMOS LEGALES DIARIOS VIGENTES
					180	
					750	

Decreto 2644 de 2022: Tarifas diferenciales y ajuste con base en la UVT 100, 110, 120, 140, 150, 711, 712, 721, 722, 731, 732, 810, 910, 920.

- Es obligatorio portar la póliza del SOAT, sin importar el medio de entrega seleccionado por La Previsora S.A.
- La autoridad de tránsito podrá requerir la póliza en cualquier momento. Esta podrá ser presentada en los siguientes formatos: Digital: a través de correo electrónico o mensaje de texto (SMS) o Físico: impresa en papel común.
- Si tiene inquietudes sobre el proceso, puede comunicarse desde su teléfono móvil marcando al #345 para recibir la asesoría necesaria.

Circular Externa 013 de 2024 emitida por la Superintendencia Financiera de Colombia se permite que la vigencia mínima del SOAT para vehículos extranjeros que circulan en zonas de frontera sea diaria. Los vehículos que no reúnan los dos anteriores supuestos, deben regirse por las disposiciones del numeral 2 del artículo 193 de EOSF, en virtud del cual la vigencia mínima del SOAT debe ser anual.

Señor usuario tenga en cuenta las siguientes recomendaciones:

- Recuerde portar siempre su SOAT, las autoridades de tránsito se lo pueden solicitar en cualquier momento.
- Recuerde validar que su póliza está registrada en el RUNT.
- Esté atento al momento en que deba renovar su póliza. No tener SOAT vigente acarrea multas económicas, la detención del vehículo y en caso de accidente de tránsito el cobro por todos los costos de la atención de las víctimas del accidente.
- Adquiera su SOAT en lugares autorizados.

En caso de accidente de tránsito:

- Si alguien resulta herido, debe ser atendido por el prestador de servicios de salud más cercano al lugar del accidente siempre que tenga la capacidad para brindar la atención requerida por las víctimas.
- Ningún prestador de servicios de salud del país puede negarse a atender víctimas de accidentes de tránsito (artículo 195 Decreto Ley 663 de 1993). En caso contrario, denuncie ante la Superintendencia Nacional de Salud.
- Para los gastos médicos, el cobro ante la aseguradora o el Fosyga lo debe realizar la institución prestadora de servicios de salud.
- Para presentar la reclamación ante la compañía aseguradora no se requiere acudir a terceros.

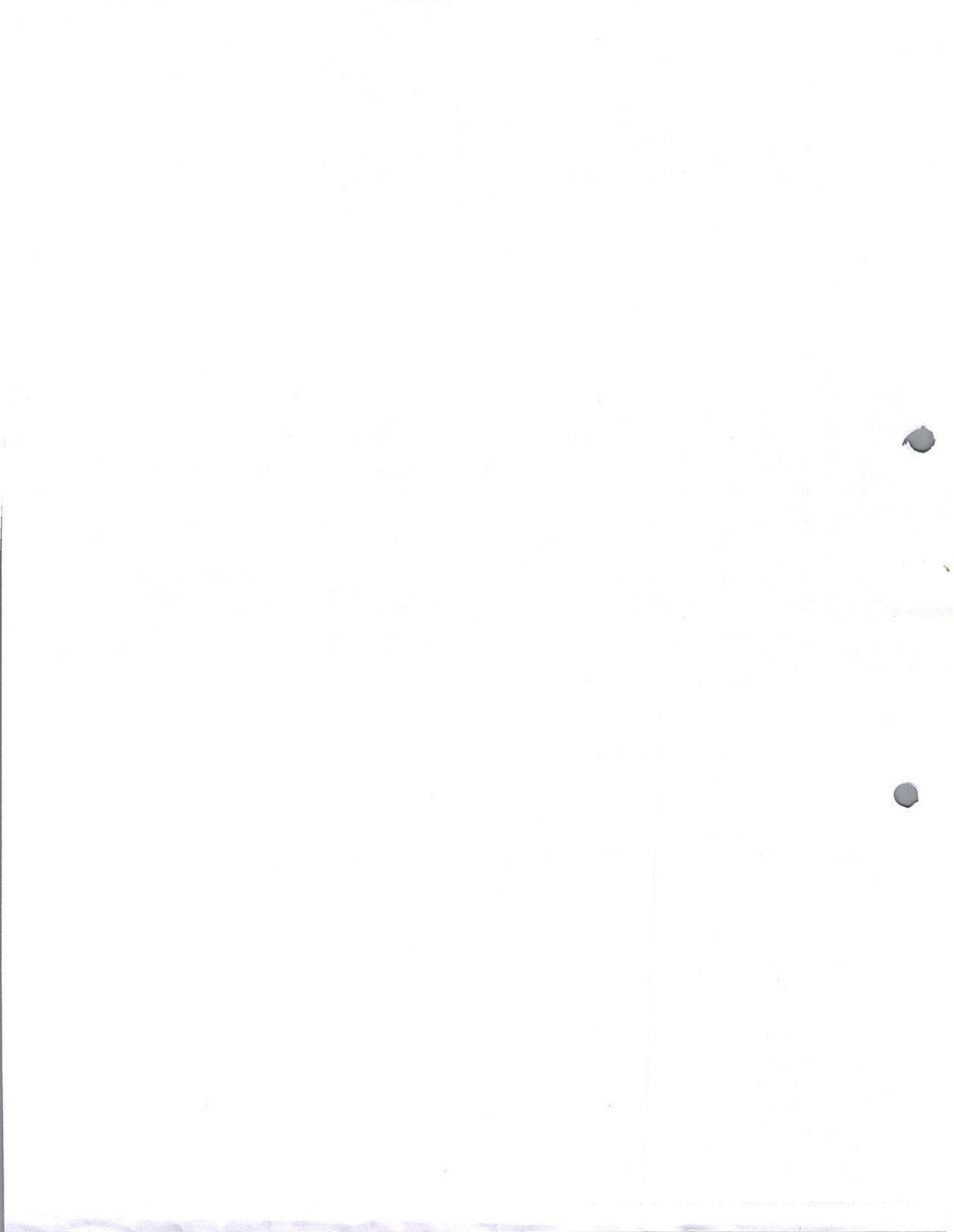
Cláusula de Coexistencia de Pólizas

En concordancia con lo dispuesto en la Circular Externa 021 de 2017, emitida por la Superintendencia Financiera de Colombia, LA PREVISORA S.A. podrá de manera unilateral y exclusivamente a favor del consumidor, modificar la vigencia de la póliza cuando al momento de registrar la misma en el RUNT, se constatare que existe una póliza vigente. En estos casos, LA PREVISORA S.A., modificará la vigencia en su fecha de inicio, teniendo como referente la fecha de vencimiento de la póliza que se encuentra

Habeas Data:

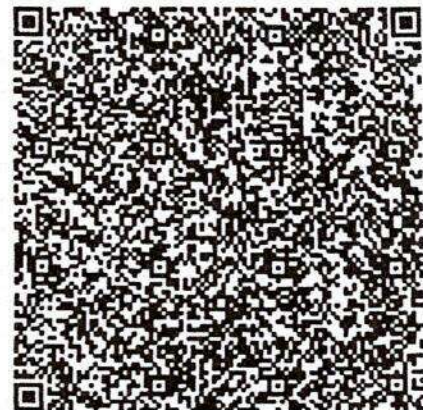
Declaro que de forma previa, al momento de la emisión de esta póliza, he autorizado a LA PREVISORA S.A. Compañía de seguros, para que consulte, almacene, administre, transfiera la información personal suministrada durante el proceso de emisión de esta póliza, directamente o por medio de terceros o aliados comerciales, para registrarla en sus bases de datos, informarme por medios escritos, correo electrónico, llamadas telefónicas, envío de mensajes de texto y/o utilizando aplicaciones de mensajería instantánea, todo lo relacionado con la emisión, modificación, o anulación de la(s) póliza(s) que he adquirido, todo lo relacionado con este contrato, para estudios estadísticos internos de la compañía de seguros, gestionar campañas de mercadeo y/o comerciales relacionados con la(s) póliza(s) que adquiere, así como de otros ramos de seguros que maneja LA PREVISORA S.A. envíame información derivada de todas las funciones que directa o indirectamente se les haya otorgado a las aseguradoras o se les otorguen en el futuro, así como novedades, referencias y manejo de la póliza y demás servicios que surjan del presente contrato, el cual conozco y declaro aceptar en todas sus partes.

Declaro que se me ha informado que, como Titular de información tengo derecho a conocer, actualizar y rectificar mis datos personales, solicitar prueba de autorización que he otorgado para su tratamiento, ser informado sobre el uso que se ha dado a los mismos, presentar quejas ante la SIC por infracción a la ley, revocar la autorización y/o solicitar la supresión de sus datos en los casos en que sea procedente y acceder en forma gratuita a los mismos una vez al mes, que podrá ejercerlos en la calle 57 # 9-07 en la ciudad de Bogotá, por medio del teléfono 3487555 y que para más información sobre el tratamiento de mis datos es posible acceder a la Política de Tratamiento de información en la página de internet www.previsora.com.co





REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE TRANSPORTE
MINISTERIO DE AMBIENTE Y
DESARROLLO SOSTENIBLE



CERTIFICADO DE REVISIÓN TÉCNICO MECÁNICA Y DE EMISIONES CONTAMINANTES
No. 183448683

DATOS CENTRO DIAGNÓSTICO

Entidad que expide el certificado: CENTRO DE DIAGNÓSTICO AUTOMOTRIZ EL ARAUCO - CDA EL ARAUCO SAS

NIT: 900223997 No. de Certificado de Acreditación: 11-OIN-017

Fecha de expedición: 2025/08/25 Fecha de vencimiento: 2026/08/25

DATOS VEHÍCULO

PLACA: SMJ606 CLASE: AUTOMOVIL

MARCA: JAC MODELO: 2014

SERVICIO: Público COMBUSTIBLE: GASOLINA

CILINDRAJE: 1332 NRO. MOTOR: C3410519

NRO. CHASIS: LJ12FKR15E4200785 VIN: LJ12FKR15E4200785

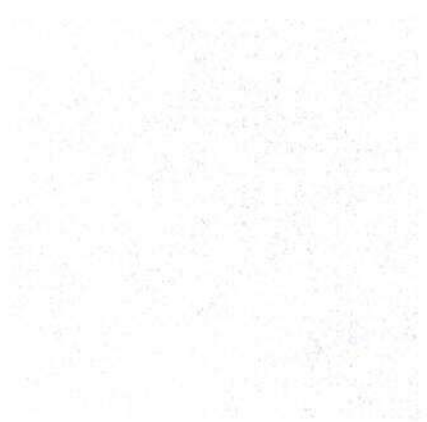
LÍNEA: HFC 7130 A1F

COLOR: AMARILLO

NOMBRE PROPIETARIO: MARCO A. VILLAMIZAR y otro(s)

FIRMA DEL RESPONSABLE

JUAN MANUEL PINILLA CORREDOR



Faint, illegible text located in the upper right quadrant of the page.

A line of faint text spanning across the middle of the page, possibly a title or a header.

A block of faint text in the lower-left section of the page.

A block of faint text in the lower-right section of the page.

A block of faint text in the lower-left section, below the first block.

A block of faint text in the lower-right section, below the first block.

A line of faint text located near the bottom center of the page.

A block of faint text located near the bottom center of the page.

A line of faint text spanning across the bottom of the page.


REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **7.392.438**
ROBAYO ZUBIETA

APELLIDOS
JAVIER

NOMBRES
JAVIER ROBAYO

FIRMA




INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **14-JUN-1985**

QUIPILE
(CUNDINAMARCA)
 LUGAR DE NACIMIENTO

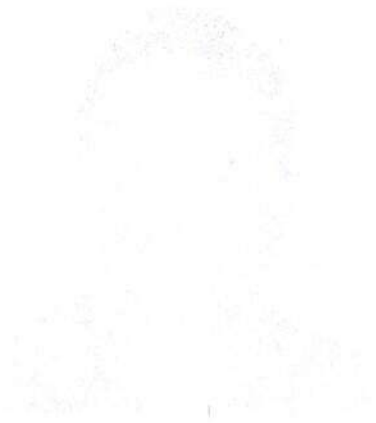
1.68 **O+** **M**
 ESTATURA G.S. RH SEXO

29-SEP-2003 SAN JUAN DE ARAMA
 FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
 JUAN CARLOS GALINDO VÁZQUEZ



A-4000500-00913982-M-0007392438-20170621 0055881566A 1 1774485684



LIBRARY OF THE
UNITED STATES DEPARTMENT OF THE INTERIOR


Geological Survey

Geological Survey

Washington, D. C.

1910

Geological Survey
Washington, D. C.

2. Concepto <input type="text" value="02"/> Actualización	4. Número de formulario 141250217786
	 <small>(415)7707212489984(8020) 000014125021778 6</small>

5. Número de Identificación Tributaria (NIT) 7 3 9 2 4 3 8	6. DV 9	12. Dirección seccional Impuestos y Aduanas de Arauca	14. Buzón electrónico 3 4
--	-------------------	--	-------------------------------------

IDENTIFICACIÓN				
24. Tipo de contribuyente Persona natural o sucesión ilíquida	2	25. Tipo de documento Cédula de Ciudadanía	1 3	26. Número de Identificación 7 3 9 2 4 3 8
Lugar de expedición COLOMBIA	28. País 1 6 9	29. Departamento Arauca	8 1	30. Ciudad/Municipio Tame 7 9 4
31. Primer apellido ROBAYO	32. Segundo apellido ZUBIETA	33. Primer nombre JAVIER	34. Otros nombres	
35. Razón social				
36. Nombre comercial SURTIDORA DE POLLO SANTIAGO				
37. Sigla				

UBICACIÓN				
38. País COLOMBIA	1 6 9	39. Departamento Arauca	8 1	40. Ciudad/Municipio Tame 7 9 4
41. Dirección principal CL 18 37 57				
42. Correo electrónico liseth_mendoza_@hotmail.com				
43. Código postal		44. Teléfono 1 3 2 2 2 8 2 7 6 6 9		
45. Teléfono 2				

CLASIFICACIÓN							
Actividad económica				Ocupación			
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		51. Código	52. Número establecimientos
46. Código 4 7 2 3	47. Fecha inicio actividad 2 0 1 5 0 2 0 5	48. Código 4 7 4 1	49. Fecha inicio actividad 2 0 1 5 0 2 0 5	50. Código 1 2	4 7 7 1 4 9 2 1		1

Responsabilidades, Calidades y Atributos																										
53. Código	5	4	9																							
05- Impto. renta y compl. régimen ordinario																										
49 - No responsable de IVA																										

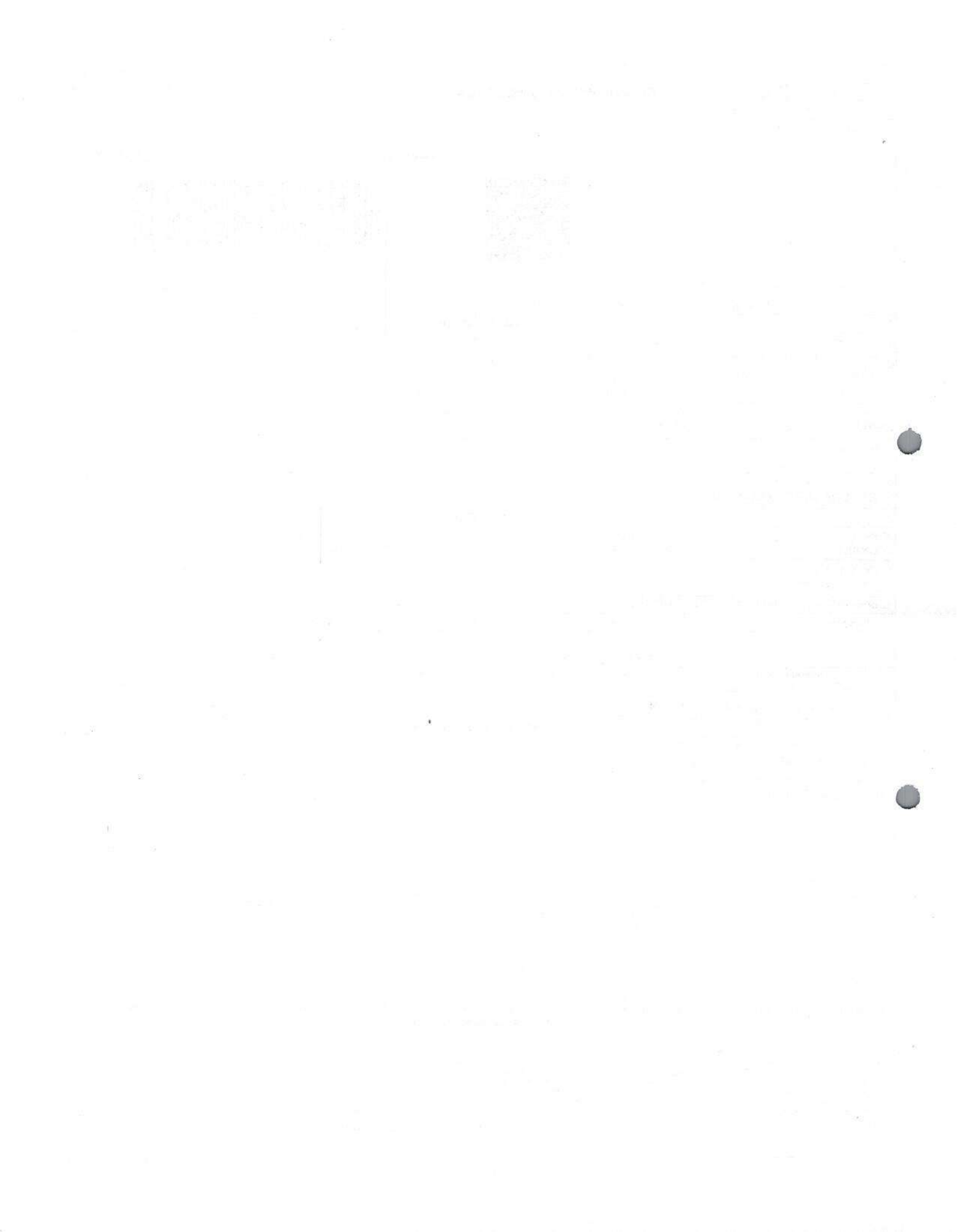
Usuarios aduaneros	Exportadores																																						
54. Código <table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width:5%; text-align: center;">1</td><td style="width:5%; text-align: center;">2</td><td style="width:5%; text-align: center;">3</td><td style="width:5%; text-align: center;">4</td><td style="width:5%; text-align: center;">5</td><td style="width:5%; text-align: center;">6</td><td style="width:5%; text-align: center;">7</td><td style="width:5%; text-align: center;">8</td><td style="width:5%; text-align: center;">9</td><td style="width:5%; text-align: center;">10</td></tr> <tr><td style="width:5%; text-align: center;">11</td><td style="width:5%; text-align: center;">12</td><td style="width:5%; text-align: center;">13</td><td style="width:5%; text-align: center;">14</td><td style="width:5%; text-align: center;">15</td><td style="width:5%; text-align: center;">16</td><td style="width:5%; text-align: center;">17</td><td style="width:5%; text-align: center;">18</td><td style="width:5%; text-align: center;">19</td><td style="width:5%; text-align: center;">20</td></tr> </table>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	<table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:20%;">55. Forma</td> <td style="width:20%;">56. Tipo</td> <td style="width:20%;">Servicio</td> <td style="width:10%; text-align: center;">1</td> <td style="width:10%; text-align: center;">2</td> <td style="width:10%; text-align: center;">3</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td>57. Modo</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td>58. CPC</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3			57. Modo						58. CPC			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10																														
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20																														
55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3																																		
		57. Modo																																					
		58. CPC																																					

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	60. No. de Folios: <input type="text" value="0"/>	61. Fecha <input type="text" value="2026-05-06 / 04:08:54PM"/>
---	---	--


La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012. Firma del solicitante:	Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice. Firma autorizada: 984. Nombre ROBAYO ZUBIETA JAVIER 985. Cargo CONTRIBUYENTE
---	--



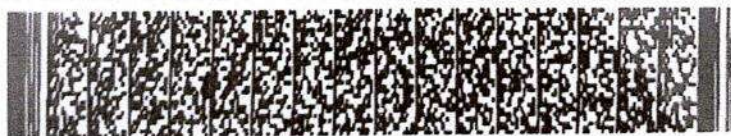

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE TRANSPORTE
LICENCIA DE CONDUCCIÓN
No. 1119510715

EDWIN GABRIEL FLORÉZ OSTOS
 FECHA DE NACIMIENTO: 14-10-1989
 FECHA DE EXPEDICIÓN: 27-01-2026
 SANGRE-RH: A+

ORGANISMO DE TRANSITO EXPEDICOR
INST MOVY TTE MCPAL TAME



CATEGORIAS AUTORIZADAS			
CATEGORIA	CLASE DE VEHICULO	VIGENCIA	SERVICIO
A2	MOTOCICLETA Y MOTOTRICICLO DE CUALQUIER CILINDRAJE.	27-01-2036	PARTICULAR
B2	AUTOMÓVIL, MOTOCARRO, CUATRIMOTO, CAMPERO, CAMIONETA, MICROBÚS, CAMIÓN, BUSETA Y BUS.	27-01-2036	PARTICULAR
C2	AUTOMÓVIL, MOTOCARRO, CAMPERO, CAMIONETA, MICROBÚS, CAMIÓN, BUSETA Y BUS.	27-01-2029	PUBLICO



ESTA LICENCIA ES VALIDA EN TODO EL TERRITORIO NACIONAL

LC12000390984

Faint, illegible text at the top of the page.

Faint, illegible text in the upper middle section.

Faint, illegible text in the middle right section.

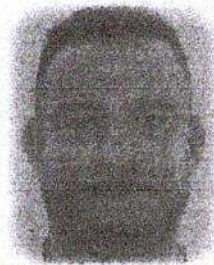
Faint, illegible text in the lower middle section.

Faint, illegible text in the lower middle section.

Faint, illegible text in the lower section.



CEDULA DE CIUDADANIA REPUBLICA DE COLOMBIA



Apellidos: FLOREZ OSTOS NUIP: 1.119.510.715

Nombre: EDWIN GABRIEL

Nacionalidad: COL Estatura: 1.73 Sexo: M
Fecha de nacimiento: 14 OCT 1989 G.S.: A+
Lugar de nacimiento: ARAUCA (ARAUCA)

Fecha y lugar de expedición: 18 OCT 2007, PUERTO RONDON

Firma: Edwin G. Florez Fecha de expiración: 08 AGO 2034



05 1926027



REGISTRADOR NACIONAL Hernán Paredes Olarte

ICCOL051926027440020<<<<<<<<<<
8910141M3408065COL1119510715<1
FLOREZ<OSTOS<<EDWIN<GABRIEL<<<





Servicio de papelería para el CBAM







INVERSIONES MASTER SAS
 NIT 901.452.404-1
 Calle 15 # 16-20
 Tel: (607) 3153431577
 Arauca - Colombia
 eduardovergara90@hotmail.com



Factura electrónica de venta
 No. FVC 139

Fabricante Software y Proveedor tecnológico: Siglo Software - Firma electrónica, ver en el XML
 NIT: 830.048.145-8, Nombre Software: Siglo Nube

Señores	FUNDACION GESTION SOCIAL		
NIT	900.556.022-3	Teléfono	(607) 0000000
Dirección	CALLE 13	Ciudad	Puerto Rondón - Colombia

Fecha y hora Factura	
Generación	20/04/2026, 16:44
Expedición	20/04/2026, 16:44
Vencimiento	20/04/2026

Item	Descripción	Cantidad	Vr. Unitario	Vr. Bruto	Impto. Cargo	Valor Impto.Cargo	Vr. Total
1	SUMINISTRO DE PAPELERIA INCLUYE RESMA DE PAPEL TAMAÑO CARTA, LAPICEROS, LAPICES, RECARGA DE TINTAS PARA IMPRESORAS, CARPETAS 4 ALETAS	1.00	1,324,369.75	1,324,369.75	19 %	251,630.25	1,576,000.00

Total ítems: 1

Valor en Letras: Un millón quinientos setenta y seis mil pesos m/cte

Forma de pago:
 Contado

Medio de pago:

Desembolso Crédito plus (CCD+) - Transferencia \$ 1,576,000.00

Total Bruto	1,324,369.75
IVA 19%	251,630.25
Total a Pagar	1,576,000.00

Observaciones:

A esta factura de venta aplican las normas relativas a la letra de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008). Con esta el Comprador declara haber recibido real y materialmente las mercancías o prestación de servicios descritos en este título - Valor. **Número Autorización Electrónica 18764070412591 aprobado en 20240508 prefijo FVC desde el número 1 al 200 Vigencia: 24 Meses** Responsable de IVA - Actividad Económica 4663 Comercio al por mayor de materiales de construcción, artículos de ferretería, pinturas, productos de vidrio, equipo y materiales de fontanería y calefacción Tarifa 10

CUFE: c8b3aec3306a17bc69c9ce999d0c59bef0872cf17bbda5848fbd3dbe3b1f02deb768072d5f24315527a2ad67dae366b0

1. Introduction

2. Objectives

3. Methodology

4. Results

5. Discussion

6. Conclusion

7. References

8. Appendix

9. Acknowledgements

10. Contact Information





INVERSIONES MASTER SAS
 NIT 901.452.404-1
 Calle 15 # 16-20
 Tel: (607) 3153431577
 Arauca - Colombia
 eduardovergara90@hotmail.com



Factura electrónica de venta
 No. FVC 154

Señores	FUNDACION GESTION SOCIAL		
NIT	900.556.022-3	Teléfono	(607) 0000000
Dirección	CALLE 13	Ciudad	Puerto Rondón - Colombia

Fecha y hora Factura	
Generación	17/05/2026, 19:05
Expedición	17/05/2026, 19:05
Vencimiento	17/05/2026

Ítem	Descripción	Cantidad	Vr. Unitario	Vr. Bruto	Impto. Cargo	Valor Impto.Cargo	Vr. Total
1	Suministro de papelería	1.00	615,126.05	615,126.05	19 %	116,873.95	732,000.00

Total ítems: 1

Valor en Letras: Setecientos treinta y dos mil pesos m/cte

Forma de pago:
 Contado

Medio de pago:

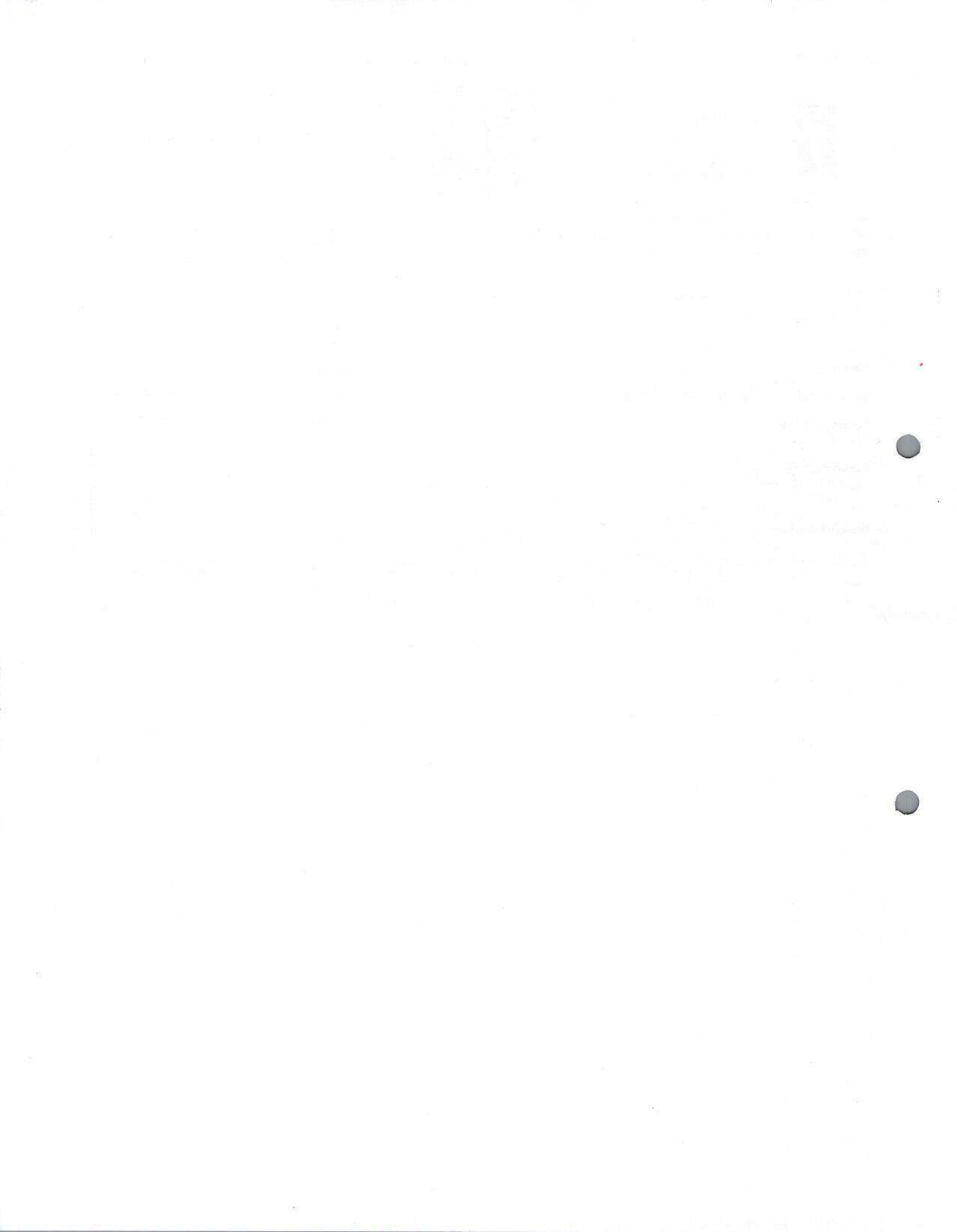
Efectivo - Efectivo \$ 732,000.00

Total Bruto	615,126.05
IVA 19%	116,873.95
Total a Pagar	732,000.00

Observaciones:

A esta factura de venta aplican las normas relativas a la letra de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008). Con esta el Comprador declara haber recibido real y materialmente las mercancías o prestación de servicios descritos en este título - Valor. **Número Autorización Electrónica 18764110032704 aprobado en 20260521 prefijo FVC desde el número 1 al 200 Vigencia: 24 Meses** Responsable de IVA - Actividad Económica 4663 Comercio al por mayor de materiales de construcción, artículos de ferretería, pinturas, productos de vidrio, equipo y materiales de fontanería y calefacción Tarifa 10

CUFE: 0c93de913885c92c349d5b259e812b3181404e1f0ab2deefd0c6a8632fe3877b4c25f0bbf0b5df7b9c7106132c04eb25



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.143.932.527
AFILIACION SEDOYA OCAMPO

Nombre DIANA MARCELA
Apellido

Diana Marcela Berbero



FECHA DE NACIMIENTO: 09-MAR-1989
BUGALAGRANDE
VALLE

LUGAR DE NACIMIENTO
1.58 O+ F
ESTADURA 03 94 SEXO

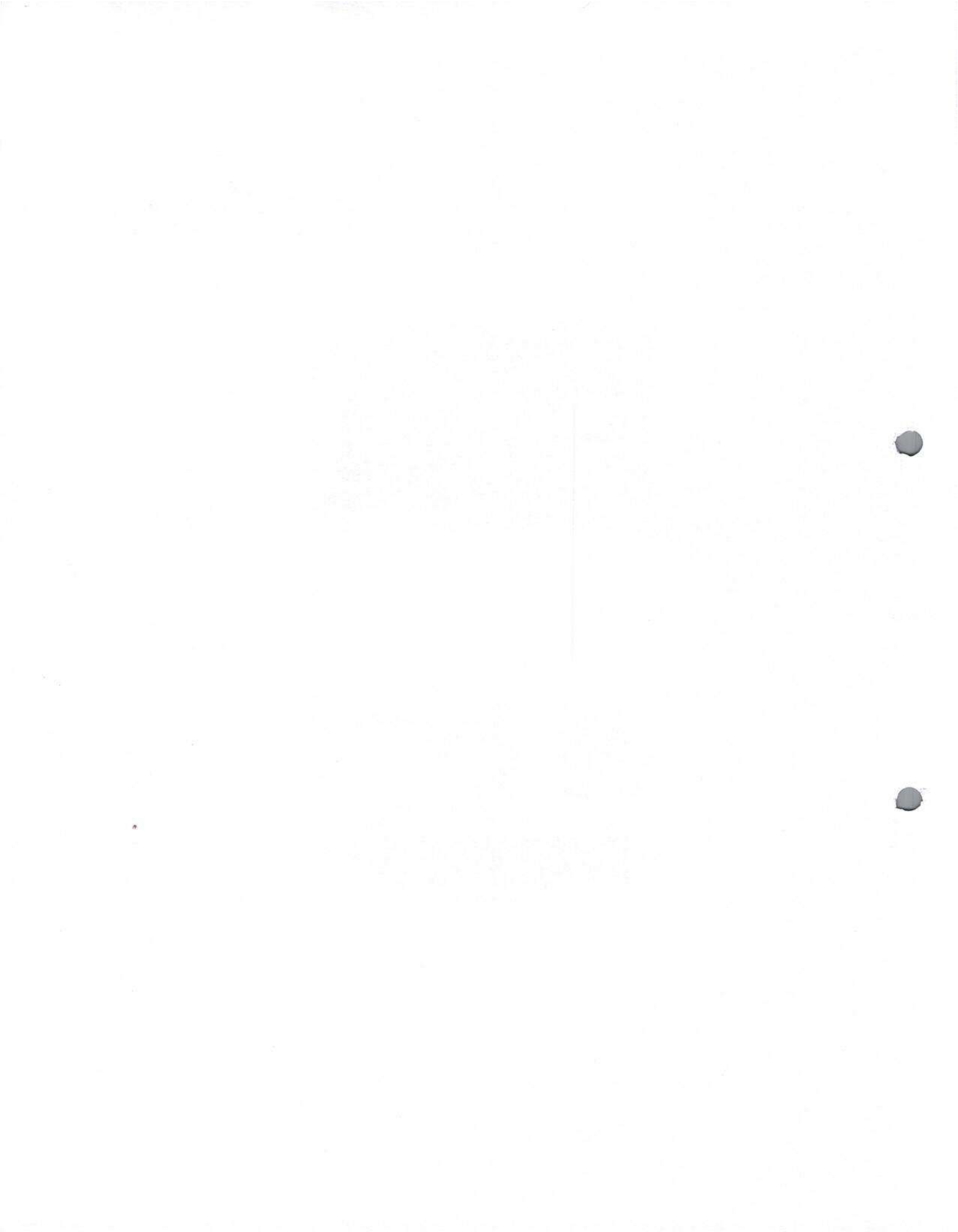
FECHA Y LUGAR DE EMISION: 14-MAY-2008 CALI



REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO INTERNO
SERVICIO NACIONAL DE IDENTIFICACION



7 500029 2014 101 E 11893047 26000401 001007001A 1 20100401



DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141246722444



(415)7707212489984(8020) 000014124672244 4

5. Número de Identificación Tributaria (NIT) 9 0 1 4 5 2 4 0 4 6. DV 1 12. Dirección seccional Impuestos y Aduanas de Tulúa 14. Buzón electrónico 2 1

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente Persona jurídica 25. Tipo de documento 1 26. Número de Identificación 29. Departamento 30. Ciudad/Municipio 31. Primer apellido 32. Segundo apellido 33. Primer nombre 34. Otros nombres

35. Razón social INVERSIONES MASTER SAS

36. Nombre comercial 37. Sigla IM S.A.S

UBICACIÓN

38. País COLOMBIA 39. Departamento Valle del Cauca 40. Ciudad/Municipio Tulúa 8 3 4

41. Dirección principal CL 46 N 25 34

42. Correo electrónico cachipropio@gmail.com

43. Código postal 44. Teléfono 1 3 1 5 3 4 3 1 5 7 7 45. Teléfono 2 3 1 8 2 5 3 8 6 6 5

CLASIFICACIÓN

Actividad económica 46. Código 47. Fecha inicio actividad 48. Código 49. Fecha inicio actividad 50. Código 51. Código 52. Número establecimientos

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código 5 7 1 4 4 2 4 8 5 2 5 5

- 05- Impto. renta y compl. régimen ordinario
07- Retención en la fuente a título de renta
14- Informante de exogena
42- Obligado a llevar contabilidad
48 - Impuesto sobre las ventas - IVA
52 - Facturador electrónico
55 - Informante de Beneficiarios Finales

Usuarios aduaneros

Exportadores

54. Código 55. Forma 56. Tipo Servicio 57. Modo 58. CPC

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

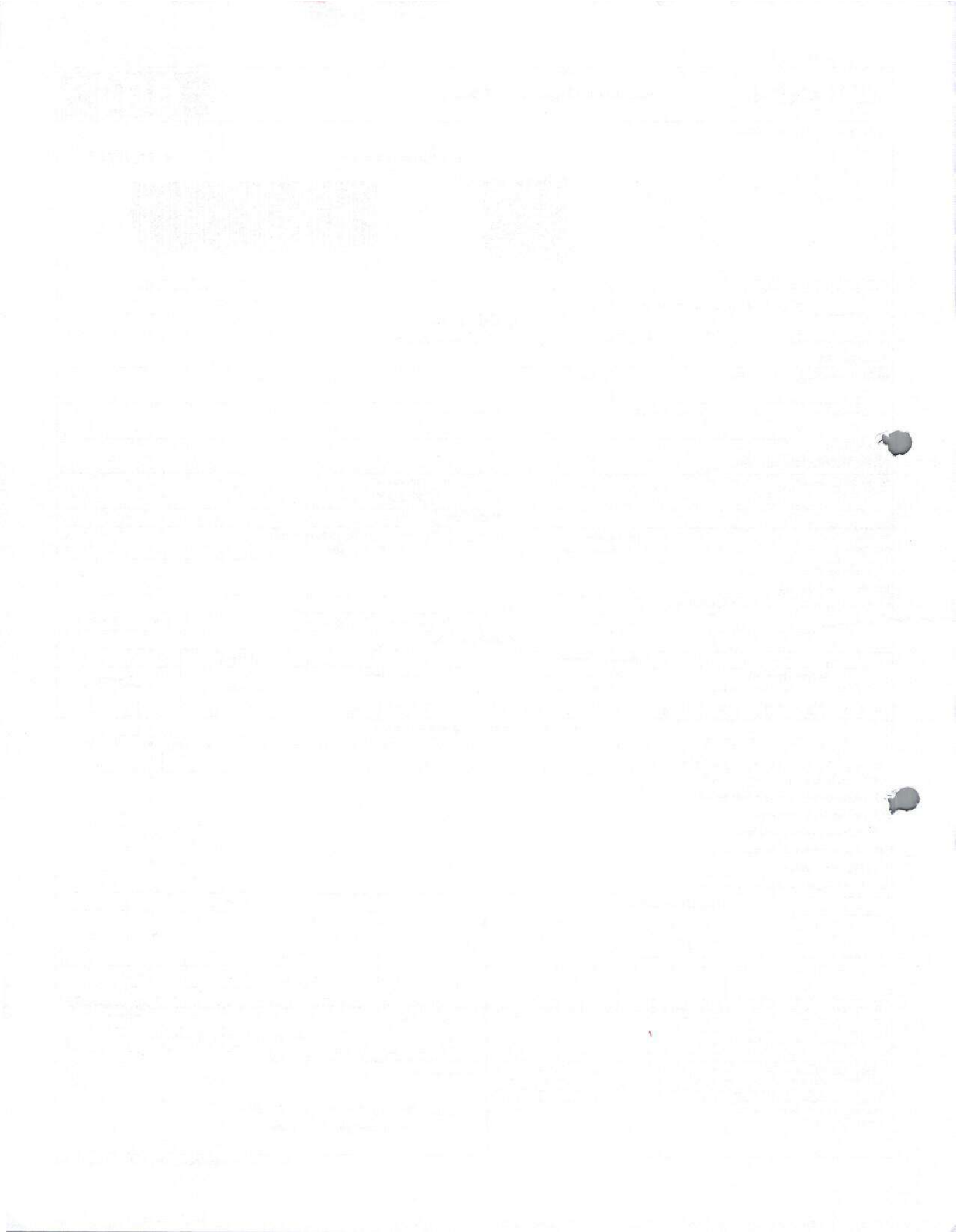
Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI NO X 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2026-04-21 / 08:25:36AM

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012. Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice. Firma autorizada:

984. Nombre BEDOYA OCAMPO DIANA MARCELA
985. Cargo Representante legal Certificado



ANEXO No. 04

DOCUMENTACIÓN DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE TALENTO HUMANO PARA LA ATENCIÓN DEL CENTRO DE BIENESTAR DEL ADULTO MAYOR (CBAM)



1950

1950

1950

1950

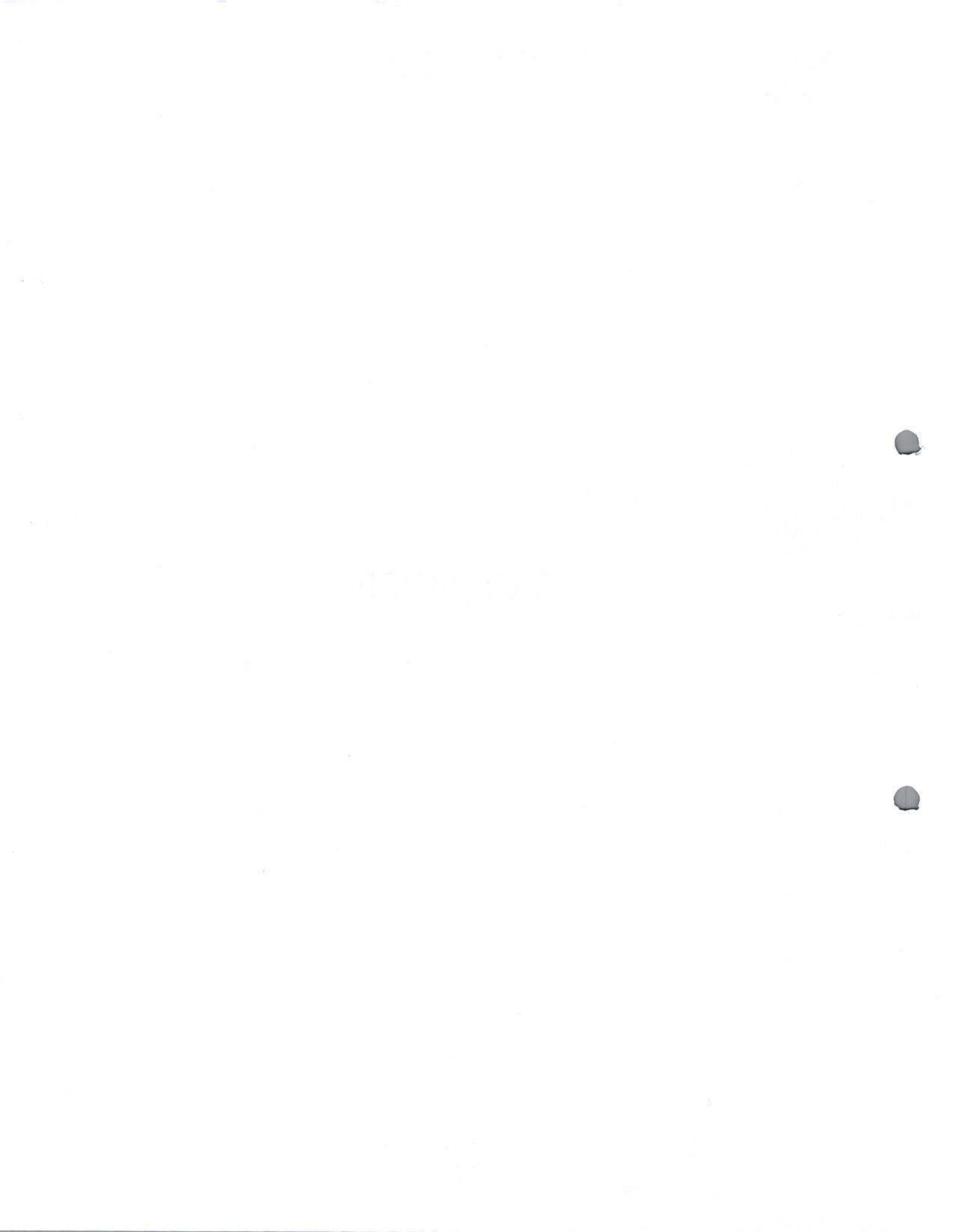
1950





COORDINADOR





CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS No. 01 DE 2026

CONTRATANTE: FUNDACIÓN GESTIÓN SOCIAL – FUNGES

NIT: 900.556.022-3

REPRESENTANTE LEGAL: GUSTAVO ALEXIS SARMIENTO

C.C.: 96.194.978 expedida en Tame

CONTRATISTA: JORGE ELIECER PLAZAS LUGO

C.C.: 92.226.105 expedida en Tolú

OBJETO: Prestación de servicios como Coordinador en el Centro de Bienestar del Adulto Mayor (CBAM).

UBICACIÓN: Municipio de Tame – Arauca

VALOR TOTAL: TRECE MILLONES NOVECIENTOS SESENTA Y CINCO MIL PESOS M/CTE (\$13.965.000)

VALOR MENSUAL: UN MILLÓN NOVECIENTOS NOVENTA Y CINCO MIL PESOS M/CTE (\$1.995.000)

PLAZO: Siete (07) meses

FECHA DE INICIO: 18 de febrero de 2026

FECHA DE TERMINACIÓN: 17 de septiembre de 2026

Entre los suscritos GUSTAVO ALEXIS SARMIENTO, identificado con cédula de ciudadanía No. 96.194.978 expedida en Tame, quien actúa en calidad de Representante Legal de la FUNDACIÓN GESTIÓN SOCIAL – FUNGES, identificada con NIT 900.556.022-3, quien para efectos del presente contrato se denominará EL CONTRATANTE, y por la otra parte JORGE ELIECER PLAZAS LUGO, identificado con cédula de ciudadanía No. 92.226.105 expedida en Tolú, quien actúa en nombre propio y para efectos del presente contrato se denominará EL CONTRATISTA, ambos mayores de edad y con capacidad para contratar, han acordado celebrar el presente Contrato de Prestación de Servicios, el cual se registrará por las siguientes cláusulas.

CONSIDERACIONES:

Que, para la prestación de servicios como Coordinador para el apoyo administrativo en el Centro de Bienestar del Adulto Mayor (CBAM) mediante el Convenio de Asociación No. 002 de 2026 cuyo objeto es "DESARROLLAR EL PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL A LA PERSONA MAYOR DEL MUNICIPIO DE TAME – DEPARTAMENTO DE ARAUCA" suscrito entre la FUNDACIÓN GESTIÓN SOCIAL - FUNGES y el MUNICIPIO DE TAME, se hace necesaria la contratación de una persona que cumpla con los requisitos exigidos para desempeñar dichas actividades.

Debido a lo anterior, las partes acuerdan celebrar el presente contrato de conformidad con las siguientes cláusulas:

PRIMERA: Objeto del contrato. El CONTRATISTA, de manera independiente y sin que exista subordinación o relación laboral alguna, se obliga para con el CONTRATANTE a prestar sus servicios como Coordinador del Centro de Bienestar del Adulto Mayor (CBAM), utilizando sus propios medios y con plena autonomía técnica y administrativa.

Como contraprestación por los servicios prestados, el CONTRATANTE pagará al CONTRATISTA los honorarios pactados en el presente contrato.

SEGUNDA: Plazo de Ejecución. El término de duración del presente contrato será de siete (07) meses, contados a partir del 18 de febrero de 2026 hasta el 17 de septiembre de 2026, plazo dentro del cual el CONTRATISTA ejecutará las actividades propias del objeto contractual.

TERCERA: Valor. El valor total del presente contrato es la suma de TRECE MILLONES NOVECIENTOS SESENTA Y CINCO MIL PESOS M/CTE (\$13.965.000), suma que será pagada por el CONTRATANTE al CONTRATISTA a título de honorarios,



Dirección: Calle 3 No. 7-28 Barrio El Manguito



Teléfono: 3208639029



gestionsocialfunges@gmail.com

Puerto Rondón – Arauca

de acuerdo con la forma de pago establecida en el presente contrato y previa certificación de cumplimiento por parte del supervisor.

CUARTA. Forma de Pago. El valor del presente contrato será pagado por el CONTRATANTE al CONTRATISTA mediante siete (07) pagos mensuales vencidos, cada uno por valor de UN MILLÓN NOVECIENTOS NOVENTA Y CINCO MIL PESOS M/CTE (\$1.995.000), previa verificación del cumplimiento de las actividades contractuales por parte del CONTRATANTE y acreditación del pago de los aportes al Sistema de Seguridad Social Integral conforme a la normatividad vigente.

Parágrafo. Los pagos establecidos en el presente contrato estarán sujetos a la disponibilidad y desembolso efectivo de los recursos provenientes del Convenio de Asociación No. 002 de 2026 suscrito entre la FUNDACIÓN GESTIÓN SOCIAL – FUNGES y el Municipio de Tame.

QUINTA: Seguridad Social. El CONTRATISTA declara que realizará de manera independiente los aportes al Sistema de Seguridad Social Integral en salud, pensión y riesgos laborales, de conformidad con la normatividad vigente en Colombia. Para efectos del pago de los honorarios pactados en el presente contrato, el CONTRATISTA deberá acreditar el pago de dichos aportes correspondientes al período ejecutado.

SEXTA: Subcontratación. El CONTRATISTA no podrá ceder ni subcontratar total o parcialmente la ejecución del objeto del presente contrato sin la autorización previa, expresa y escrita del CONTRATANTE.

Parágrafo. En todo caso, el CONTRATISTA será el único responsable por la correcta ejecución de las actividades contratadas y mantendrá indemne al CONTRATANTE frente a cualquier reclamación, demanda o acción legal que pudiera presentarse con ocasión de la ejecución del presente contrato.

SÉPTIMA: Obligaciones Del Contratista. El CONTRATISTA se obliga a ejecutar el Objeto del Contrato, razón por la cual tendrá las siguientes obligaciones:

1. Coordinar y dirigir las actividades del Centro de Bienestar del Adulto Mayor (CBAM) para garantizar el adecuado funcionamiento del servicio y el bienestar de los adultos mayores.
2. Verificar y supervisar que las actividades del personal del CBAM se desarrollen de acuerdo con las funciones asignadas y en beneficio de los adultos mayores.
3. Establecer y organizar los turnos del personal contratista del CBAM de acuerdo con las funciones asignadas.
4. Planificar y organizar las actividades del personal del centro para el adecuado funcionamiento del CBAM.
5. Responder por el control y protección de los bienes e inmuebles del centro de acuerdo con el inventario correspondiente.
6. Llevar el registro de entradas y salidas de insumos o elementos de consumo mediante el formato de Kardex y reportar las necesidades mensuales del centro.
7. Gestionar citas médicas y coordinar el traslado de los adultos mayores a los centros de atención en salud cuando se requiera.
8. Gestionar jornadas de atención médica de acuerdo con las necesidades de los adultos mayores.
9. Velar por el cumplimiento de las obligaciones del personal del centro e informar las novedades que se presenten.
10. Atender y trasladar al supervisor del contrato las peticiones, quejas o reclamos presentados por los adultos mayores.
11. Promover y gestionar actividades de recreación, cultura y aprovechamiento del tiempo libre para los adultos mayores.



FUNDACIÓN GESTIÓN SOCIAL "FUNGES"
GESTIÓN COMPROBADA
NIT. 900556022-3

12. Apoyar las actividades de verificación, seguimiento o visitas que realice el CONTRATANTE o las entidades que supervisen la ejecución del convenio.
13. Las demás actividades relacionadas con el objeto del contrato que sean requeridas por el supervisor para el adecuado cumplimiento de este.

Parágrafo 1: El CONTRATISTA ejecutará el objeto del presente contrato con plena autonomía técnica, administrativa y operativa, utilizando sus propios medios, recursos y conocimientos, sin que exista subordinación o dependencia respecto de EL CONTRATANTE; en consecuencia, el CONTRATISTA asumirá bajo su exclusiva responsabilidad los riesgos, gastos y obligaciones derivados de la ejecución del contrato.

Parágrafo 2: El CONTRATISTA además de las obligaciones del contrato deberá: 1. Obrar con seriedad y diligencia en el servicio contratado, 2. Presentar evidencias o soportes de las actividades realizadas, tales como registros, formatos o material fotográfico, cuando sean requeridos por el CONTRATANTE, 3. Atender las solicitudes y recomendaciones que haga el CONTRATANTE o sus delegados, con la mayor prontitud. 4. Permitir que el CONTRATANTE o un delegado haga visitas a las instalaciones del CONTRATISTA o el sitio que esté desarrollando las actividades. 5. Pago de los aportes al Sistema de Seguridad Social en salud, pensión y riesgos laborales, conforme a la normatividad vigente.

OCTAVA: Obligaciones del CONTRATANTE: Además de las obligaciones propias del contrato de prestación de servicios, el CONTRATANTE se compromete a suministrar al CONTRATISTA la información necesaria para el desarrollo de las actividades objeto del contrato, facilitar la coordinación con el personal del Centro de Bienestar del Adulto Mayor (CBAM) y efectuar el pago de los honorarios en los términos establecidos en el presente contrato.

NOVENA. Supervisión. El CONTRATANTE o su representante supervisará la ejecución del servicio encomendado y podrá formular las observaciones del caso para ser analizadas en conjunto con el CONTRATISTA.

DÉCIMA: Terminación anticipada. Cualquiera de las partes podrá dar por terminado el presente contrato antes del vencimiento del plazo pactado, mediante comunicación escrita dirigida a la otra parte. En todo caso, el CONTRATANTE podrá darlo por terminado de manera unilateral cuando se presenten circunstancias que afecten la ejecución del objeto contractual, por incumplimiento de las obligaciones del CONTRATISTA o por terminación o modificación del convenio que da origen al presente contrato.

DÉCIMA PRIMERA: 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.

DÉCIMA SEGUNDA: Inexistencia de relación laboral. Las partes dejan expresa constancia de que el presente contrato es de naturaleza civil y no genera relación laboral alguna entre el CONTRATANTE y el CONTRATISTA. En consecuencia, el CONTRATISTA actuará con plena autonomía técnica y administrativa en la ejecución de las actividades contratadas y no tendrá derecho al reconocimiento de salarios, prestaciones sociales, indemnizaciones laborales ni demás derechos propios de un contrato de trabajo.

DÉCIMA TERCERA. 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 CUARTA: Solución de conflictos. Se acuerda que, de presentarse un conflicto entre las partes, en el marco del presente contrato, las partes deberán acudir en primera instancia a un centro de conciliación certificado.



Dirección: Calle 3 No. 7-28 Barrio El Manguito



Teléfono: 3208639029



gestionsocialfunges@gmail.com

Puerto Rondón – Arauca

DÉCIMA QUINTA: Modificaciones. Toda modificación, variación adición o prórroga del presente contrato, deberá constar por escrito, mediante OTRO SÍ, que suscribirán con la firma ambas partes contratantes.

DÉCIMA SEXTA: Domicilio contractual. Para el presente contrato se establece como domicilio contractual el municipio de Tame.

DÉCIMA SÉPTIMA: Declaración del CONTRATISTA. El CONTRATISTA declara bajo la gravedad de juramento que conoce la naturaleza jurídica del presente contrato de prestación de servicios y manifiesta que lo celebra con plena autonomía técnica, administrativa y financiera, sin que exista subordinación ni dependencia respecto del CONTRATANTE. En consecuencia, reconoce que no se genera vínculo laboral alguno ni derecho al pago de prestaciones sociales, indemnizaciones o beneficios propios de un contrato de trabajo. Así mismo, declara que asume de manera independiente las obligaciones tributarias, de seguridad social y demás cargas legales derivadas de la ejecución del presente contrato.

Para constancia, se firma en el municipio de Tame, Arauca, a los dieciocho (18) días del mes de febrero de 2026.

EL CONTRATANTE,

EL CONTRATISTA,


GUSTAVO ALEXIS SARMIENTO
C.C. 96.194.978 expedida en Tame
Representante Legal
FUNDACIÓN GESTIÓN SOCIAL – FUNGES


JORGE ELIECER PLAZAS LUGO
C.C. 92.226.105 expedida en Tolú



Dirección: Calle 3 No. 7-28 Barrio El Manguito



Teléfono: 3208639029



gestionsocialfunges@gmail.com

Puerto Rondón – Arauca

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva eps

24 2 2026

1. DATOS DEL TRABAJADOR

1.1 TIPO DE NÓMINA: A. NÓMINA DE NÓMINA B. NÓMINA DE NÓMINA C. NÓMINA DE NÓMINA D. NÓMINA DE NÓMINA E. NÓMINA DE NÓMINA F. NÓMINA DE NÓMINA G. NÓMINA DE NÓMINA H. NÓMINA DE NÓMINA I. NÓMINA DE NÓMINA J. NÓMINA DE NÓMINA K. NÓMINA DE NÓMINA L. NÓMINA DE NÓMINA M. NÓMINA DE NÓMINA N. NÓMINA DE NÓMINA O. NÓMINA DE NÓMINA P. NÓMINA DE NÓMINA Q. NÓMINA DE NÓMINA R. NÓMINA DE NÓMINA S. NÓMINA DE NÓMINA T. NÓMINA DE NÓMINA U. NÓMINA DE NÓMINA V. NÓMINA DE NÓMINA W. NÓMINA DE NÓMINA X. NÓMINA DE NÓMINA Y. NÓMINA DE NÓMINA Z. NÓMINA DE NÓMINA

1.2 TIPO DE CONTRATO: A. Contrato B. Contrato C. Contrato D. Contrato E. Contrato F. Contrato G. Contrato H. Contrato I. Contrato J. Contrato K. Contrato L. Contrato M. Contrato N. Contrato O. Contrato P. Contrato Q. Contrato R. Contrato S. Contrato T. Contrato U. Contrato V. Contrato W. Contrato X. Contrato Y. Contrato Z. Contrato

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

2.1 NOMBRE: **PLAZAS** (Apellido) **JORGE** (Nombre) **ELIECER** (Segundo Nombre)

2.2 TIPO DE DOCUMENTO: **CC - Cédula de Ciudadanía**

2.3 NÚMERO DE DOCUMENTO: **92226105**

2.4 FECHA DE NACIMIENTO: **10 4 1964**

2.5 SEXO: M. F.

2.6 TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: **COLOMBIA**

2.7 LOCALIDAD DE NACIMIENTO: **ARAUCA**

2.8 TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: **ARAUCA**

2.9 NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: **10855**

3. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR

3.1 NOMBRE: **PLAZAS**

3.2 TIPO DE DOCUMENTO: **CC - Cédula de Ciudadanía**

3.3 NÚMERO DE DOCUMENTO: **92226105**

3.4 FECHA DE NACIMIENTO: **10 4 1964**

3.5 SEXO: M. F.

3.6 TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: **COLOMBIA**

3.7 LOCALIDAD DE NACIMIENTO: **ARAUCA**

3.8 TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: **ARAUCA**

3.9 NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: **10855**

1. NOMBRE	2. TIPO DE DOCUMENTO	3. NÚMERO DE DOCUMENTO	4. FECHA DE NACIMIENTO	5. SEXO	6. TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	7. LOCALIDAD DE NACIMIENTO	8. TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	9. NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN
PLAZAS	CC - Cédula de Ciudadanía	92226105	10 4 1964	M	COLOMBIA	ARAUCA	ARAUCA	10855

4. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR

4.1 NOMBRE: **PLAZAS**

4.2 TIPO DE DOCUMENTO: **CC - Cédula de Ciudadanía**

4.3 NÚMERO DE DOCUMENTO: **92226105**

4.4 FECHA DE NACIMIENTO: **10 4 1964**

4.5 SEXO: M. F.

4.6 TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: **COLOMBIA**

4.7 LOCALIDAD DE NACIMIENTO: **ARAUCA**

4.8 TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: **ARAUCA**

4.9 NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: **10855**

Jorge Plazas

nueva eps

Recibido por 24 2 2026

ENTREGA CARTA DE DERECHOS Y DEBERES Y CARTA DE DESEMPEÑO



gestión de calidad paciente
tel: 800 122 2600

Autorización de mensajes de texto

Yo **JORGE ELIECER PLAZAS LUGO** identificado (a) con **CC - Cédula de Ciudadanía**
 número **92226105** de **COLOMBIA** certifico que:

1. ¿Pese al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la carta de derechos y deberes del afiliado y del paciente?	SI <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Así mismo autorizo a NUEVA EPS, para que envíe información al teléfono celular No. _____ vía correo electrónico: _____ SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Autorizo la entrega de la carta de Derechos y Deberes del Afiliado y Carta de Desempeño, en formato electrónico. SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Consulte la carta de derechos y deberes y la carta de desempeño en el micrositio Web www.nuevaeps.com en la carta de derechos y deberes o manual implementado para ser diligenciable con el paciente. SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
2. ¿Pese al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la carta de desempeño donde se presenta de manera clara su perfil en el ranking?	SI <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
3. ¿Cerró el contenido de la carta de derechos y deberes del afiliado y del paciente?	SI <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
4. ¿Leyó el contenido de la carta de desempeño de la EPS?	SI <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
5. ¿Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información, fue aclarado adecuadamente por la EPS?	SI <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	

Confirma:

Firma: **Jorge Plazas**
 Tipo ID: **CC - Cédula** No. ID: **92226105**
 Fecha de Suscripción: **24 2 2026**
 Dirección: **CRA 20 # 16 - 52 B, Boyaca**
 Tel: **3103226924** Municipio: **TAME**
 Departamento: **ARAUCA**

Así mismo manifiesta que no sabe o no puede firmar, autoriza a:
 Firma: _____ No. ID: _____
 Fecha (dd/mm/aaaa): _____
 Dirección: _____
 Tel: _____ Municipio: _____
 Departamento: _____

Autorizaciones

En virtud de la anterior autorización, autoriza expresamente y reconoce a la productora de los servicios 14 y 15 de la Ley 1273 de 1994 a NUEVA EPS S.A. para que me entregue información en forma de mensajes de texto, e informe de reclamaciones, tanto en el momento de atención, como en el momento de atención posterior a la atención de los servicios de NUEVA EPS S.A. y la carta de derechos y deberes del paciente.

Autorizo de manera expresa a NUEVA EPS S.A. y a la persona natural o jurídica que por esta vía me entregue esta información, para que realice, una sola vez, el contacto a su perfil más datos personales, para acceder a los servicios de la NUEVA EPS S.A. y todo el contenido de la carta de derechos y deberes.

Reservar la autorización que otorga la suscripción del dato cuando en el momento no se respeten los principios de derechos y garantías constitucionales y legales, la información no supere el nivel de atención cuando la Superintendencia de Industria y Comercio haya determinado que en el tratamiento de información no incurrió en conductas contrarias a esta ley y a la constitución.

En cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1272 de 2013 y las demás normas que los modifican, adiciono o complementan, la información que usted puede encontrar la política de tratamiento de los datos personales de NUEVA EPS S.A. a través de los siguientes mecanismos que ponemos a su disposición:

Sitio Web: www.nuevaeps.com
 Régimen Contributivo:
 Línea gratuita: 01 8000 954400
 Línea de atención en Bogotá (601) 307 7022
 Régimen Subsidiado:
 Línea gratuita: 01 8000 952000
 Línea de atención en Bogotá (601) 307 7051
 Oficinas de atención al afiliado de NUEVA EPS S.A.
 Centroador (601) 419 3000
 Dirección Administrativa, Carrera 608 No. 46A - 80 Piso 2

Aviso de privacidad

hago constar expresamente que NUEVA EPS S.A. me informó sobre sus políticas de privacidad que me afectan como titular de datos personales:

- Acceder los datos personales que hayan sido objeto de tratamiento conforme a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 y las demás normas que lo modifican, adiciono o complementan.
- Creación, actualización y rectificación de datos personales frente al responsable del tratamiento y al encargado del tratamiento. Este derecho se puede ejercer, entre otros, antes, en relación con datos personales, incorrectos, incompletos, falsos, o cuando se hayan dado a conocer a terceros o cuando los datos personales sean expresamente sensibles o no haya sido diligencia.
- Solicitar la portabilidad de la información personal o responsable del tratamiento, salvo cuando expresamente se exceptúe como requisito para el tratamiento, de conformidad con lo previsto en el artículo 11 de la Ley 1581 de 2012.
- Ser informado por el responsable del tratamiento o el encargado del tratamiento, previa solicitud, con respecto del uso que se ha dado a los datos personales.
- Presentar ante la Superintendencia de Industria y Comercio quejas por infracciones a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 y las demás normas que lo modifican, adiciono o complementan.

Si en cualquier momento la información personal suministrada en este formulario, así como la información en el momento de afiliación y/o demás documentos anexos, son utilizadas por NUEVA EPS S.A. como responsable del tratamiento de la información únicamente para los fines superiores mencionados con la autorización y creación de servicios de salud de Plan Obligatorio de Salud de acuerdo con la Ley 1381 de 2012 (Hábeas Data), dicho tratamiento podrá implicar la transferencia, recepción y/o recepción de los datos, y a su vez se realizará a través de al menos, tenerse en cuenta de tratamiento de información de sus datos personales para fines comerciales y para la correcta prestación de servicios, de la forma indicada en los términos y condiciones de cada uno de los planes y de la Política de Confidencialidad y Protección de Datos.

INFORMACIÓN PARA SER DILIGENCIADA POR EL TRABAJADOR INDEPENDIENTE CUYO INGRESO SEA IGUAL O SUPERIOR A 1 SMLMV

ACTIVIDAD ECONÓMICA	CONTRATACIÓN DE SERVICIOS LABORALES	REGIMEN DE SERVICIOS DE SERVICIOS	REGIMEN DE SERVICIOS DE SERVICIOS	SE	PROCESOS ADOPCIÓN	SE
4759	SURA	PORVENIR	1995000	SI	X	X

Nombre: _____ Apellido: _____ Fecha de nacimiento: _____ Sexo: _____
 Tipo de contrato: _____ Fecha de inicio: _____ Fecha de término: _____
 Valor de identificación: _____

INFORMACIÓN PARA SER DILIGENCIADA POR LA EPS

Nombre del ASESOR o PROMOTOR: **ELSA FLOREZ** CÓDIGO ASESOR o PROMOTOR: **A1380**
 Nombre de OFICIAL: **PEPE SIERRA** BOGOTÁ 24 / 2 / 2026

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

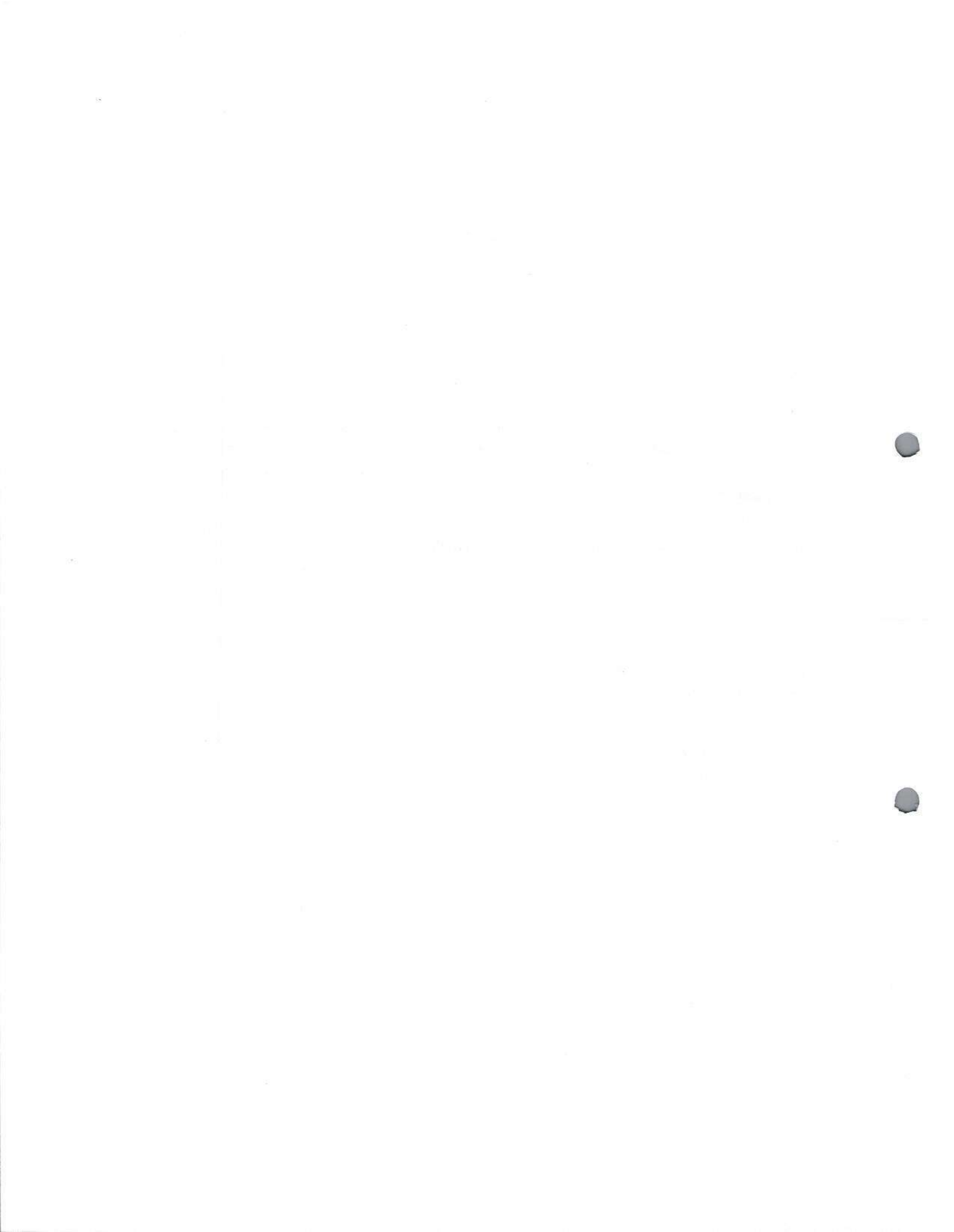
Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **JORGE ELIECER PLAZAS LUGO** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **92226105**, se encuentra afiliado/a desde **01/11/2014** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 23 de febrero de 2026.



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.





LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

CERTIFICA QUE:

JORGE ELIECER PLAZAS LUGO identificado con CC. 92226105 registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales:

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE			
Nombres y/o Razón	FUNDACION GESTION SOCIAL		
Tipo y Numero de Documento	NI - 900556022		
INFORMACIÓN RELACIÓN LABORAL			
Fecha de inicio de cobertura	2026/03/03	Fecha inicio contrato	2026/02/18
Tipo de vinculación	Independiente con Contrato	Fecha de fin contrato	2026/09/17
Riesgo	1	Código actividad económica	1701001 - Actividades de administración empresarial, incluye la supervisión, la gestión de otras unidades de la misma compañía o
Estado afiliación	Activa	Estado del contrato	Activa
Fecha retiro	-		

SISTEMA DE AUTENTICACIÓN DE CERTIFICADOS DE AFILIACIÓN

SISTEMA DE AUTENTICACIÓN DE CERTIFICADOS DE AFILIACIÓN

Esta certificación se expide a los 2 días del mes de marzo 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: **CC02032026J92226105L11812240**. Este código es válido por un mes.

Cordialmente,

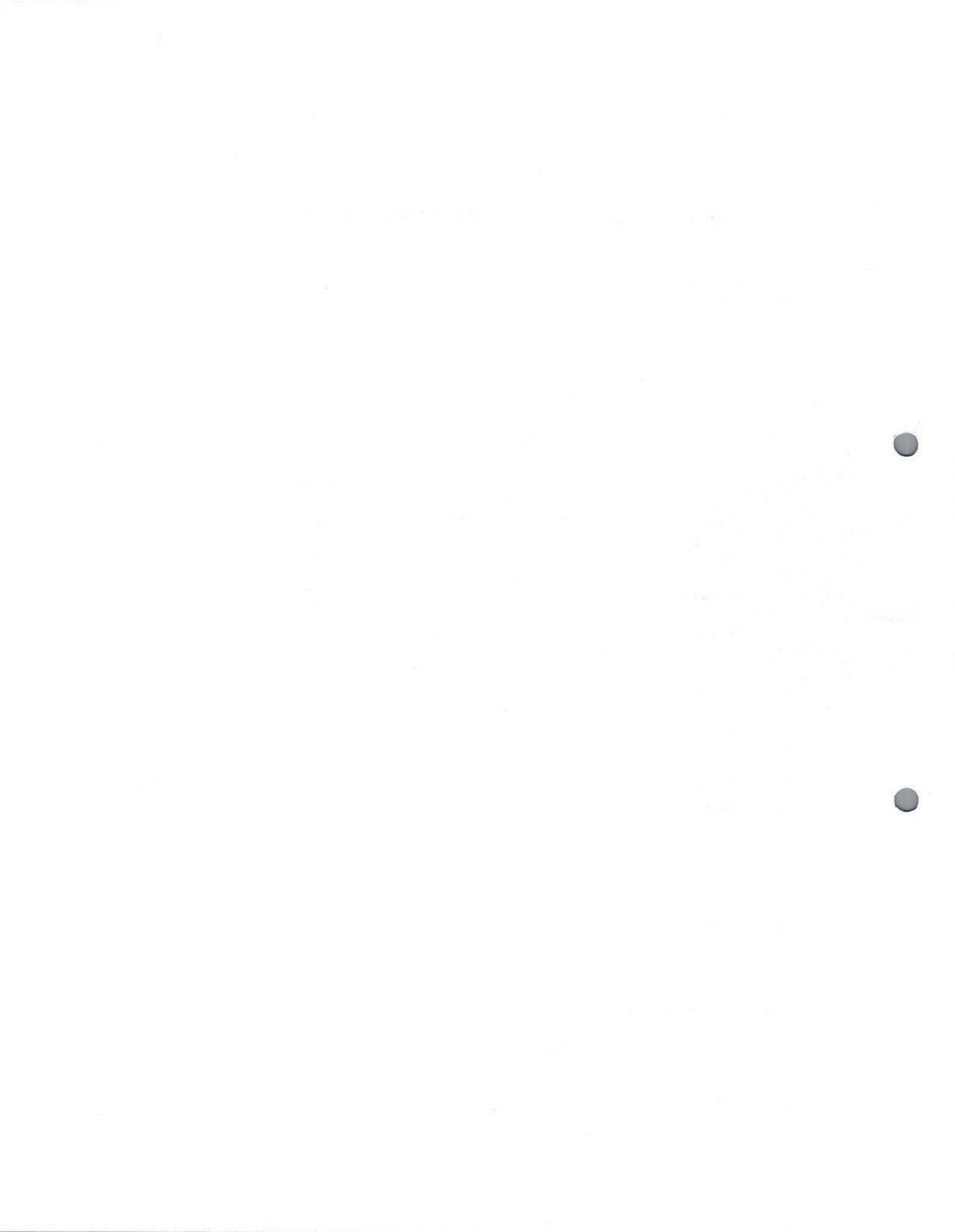
Gerencia de afiliaciones y novedades ARL
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S. A.

Positiva Compañía de Seguros S.A.:
 Nit. 860.011.153-6 | Línea Gratuita Nacional: (+57) 01-8000-111-170 - Teléfono: +57 (601) 330 7000

Defensor del Consumidor Financiero: Ana María Giraldo (Principal) - Pablo Valencia(Suplente) | defensordelcliente@positiva.gov.co | Carrera 10 #97A - 13, Oficina 502. Bogotá | +57 (601) 610 8164 | Lunes a Viernes 8:00 a. m. – 6:00 p. m. | El Defensor, resolverá las quejas o reclamos, actuará como Conciliador ante Positiva.

Más información: <https://www.positiva.gov.co/web/guest/defensoria-del-consumidor>
 Puedes interponer una queja ante Positiva, o el Defensor, o la SFC u otro organismo de

LA ASEGURADORA
 DE TODOS LOS
 COLOMBIANOS





FUNDACION GESTION SOCIAL
 Nit 900.556.022-3
 CALLE 3 7 28 URB LOS MANGOS
 Tel: (607) 3208639029
 Tame - Colombia



Documento soporte por compras a
 sujetos no obligados a facturar
No. DSF 257

Proveedor	JORGE ELIECER PLAZAS LUGO		
Nit	92.226.105-0	Teléfono	(607) 0000000
Dirección	Cra 20 # 18-52	Ciudad	Tame - Colombia

Fecha de compra	Fecha de Vencimiento
2026-04-01	--

Ítem	Descripción	Cantidad	Vr. Unitario	Vr. Total
1	Prestación de servicios como Coordinador del Centro de Bienestar del Adulto Mayor (CBAM) del municipio de Tame, correspondiente al período comprendido entre el 18 de febrero y el 17 de marzo de 2026, en el marco de la ejecución del Convenio de Asociación No. 002 de 2026	1.00	1,995,000.00	1,995,000.00

Valor en Letras:

Un millón novecientos noventa y cinco mil pesos m/cte

Condiciones de Pago:

Efectivo \$ 1,995,000.00

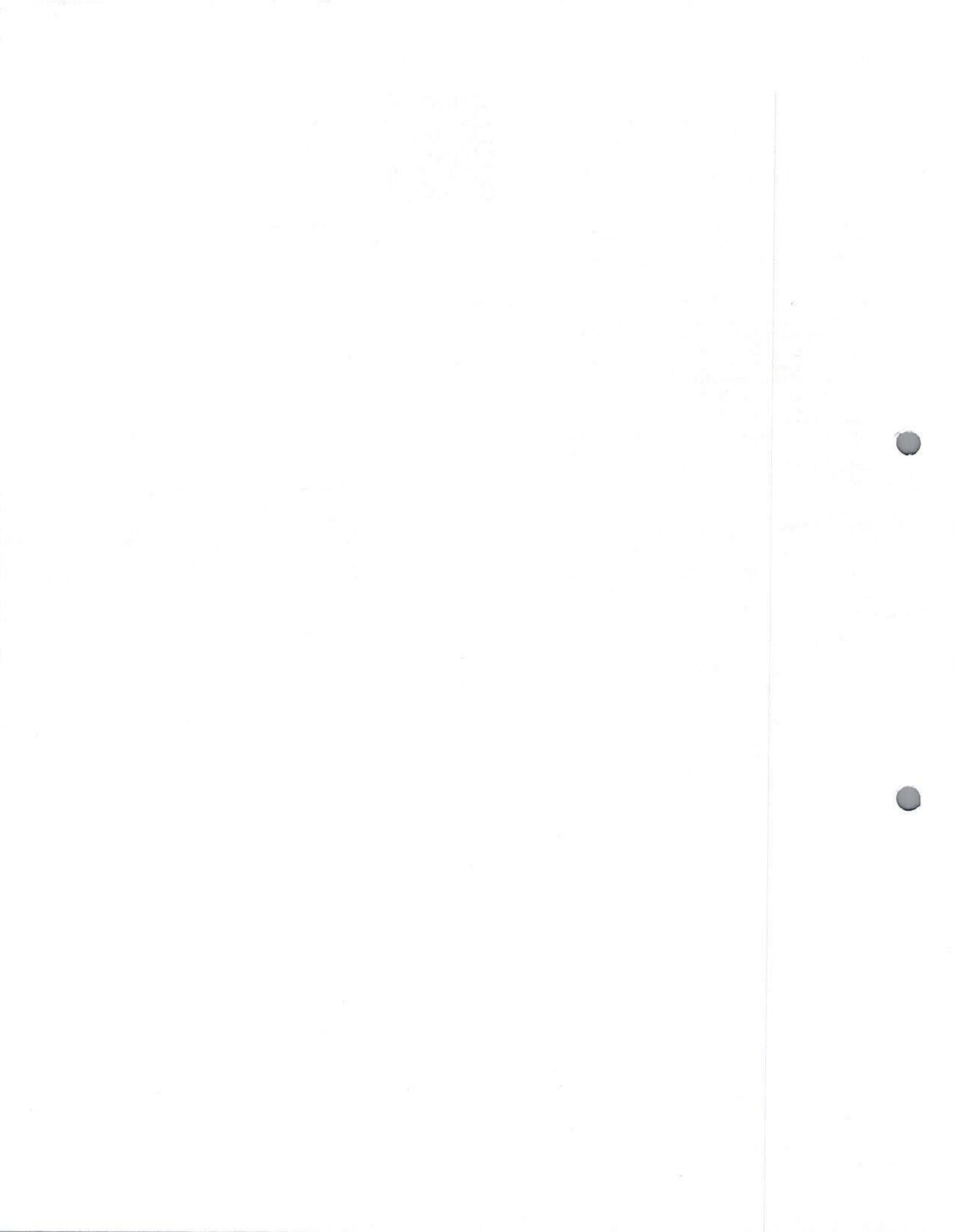
Total Bruto	1,995,000.00
Total a Pagar	1,995,000.00

Observaciones:

A este Documento se le aplican las normas relativas del Documento Soporte en adquirentes efectuadas a sujetos no obligados a facturar (Resolución 167 de 30 de diciembre de 2021).
 Número Autorización 18764102291617 aprobado en 20251129 prefijo DSF desde el número 201 al 600 Vigencia: Vigencia: 24 meses.

CUDS: 5859bec9b8d352da0185dche3f03d3dfca1e14bcb6692868e066a6166d537b504ea45067cc27bf8d460d67c0d13ac00f

Elaborado por Siigo S.A.S Nit: 830.048.145-8



**PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACION APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL**

DATOS GENERALES DEL APORTANTE										
TIPO IDENTIFICACION	9228105	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACION	9228105	NOMBRE PLANILLA:	JOSE EUGER PLAZAS LIZO	PERIODO COTIZACION OTROS	2026	MES	11
NOMBRE O PAGON SOCIAL		DIRECCION	TAMÉ	DEPARTAMENTO:	ARAUCA	FECHA PAGO (aaaa.mm.dd)	2026-03-05	NÚMERO AUTORIZACION:	081064	
CIUDADANÍA	8884200	CARRERA 20 NO. 18 52	TELÉFONO:	02 INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	DÍAS DE ROMA	3	TIPO DE PLANILLA:	PERIODO COTIZACION SALUD:	
TIPO APORTANTE:	FORMA DE PRESENTACION:	TIPO EMPRESA:	UNICO	ACTIVIDAD ECONOMICA:	PREVIDA					
FORMA DE PRESENTACION:	FORMA DE PRESENTACION:	FORMA DE PRESENTACION:	FORMA DE PRESENTACION:	FORMA DE PRESENTACION:	FORMA DE PRESENTACION:					

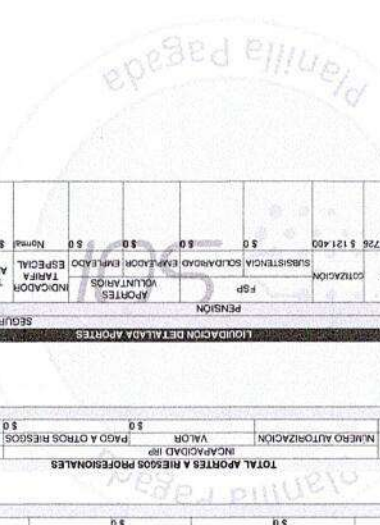
DATOS GENERALES DE LA PLANILLA									
ADMINISTRADORA	25-14	CÓDIGO	25-14 COL PENSIONES	NOMBRE		TIPO DE PLANILLA:	PERIODO COTIZACION SALUD:		
ADMINISTRADORA	EP6937	CÓDIGO	EP6937 NUEVA EPS	NOMBRE		TIPO DE PLANILLA:	PERIODO COTIZACION SALUD:		
ADMINISTRADORA		CÓDIGO		NOMBRE		TIPO DE PLANILLA:	PERIODO COTIZACION SALUD:		
ADMINISTRADORA		CÓDIGO		NOMBRE		TIPO DE PLANILLA:	PERIODO COTIZACION SALUD:		

TOTAL APORTE A SALUD									
ADMINISTRADORA		CÓDIGO		NOMBRE		TIPO DE PLANILLA:	PERIODO COTIZACION SALUD:		
ADMINISTRADORA		CÓDIGO		NOMBRE		TIPO DE PLANILLA:	PERIODO COTIZACION SALUD:		
ADMINISTRADORA		CÓDIGO		NOMBRE		TIPO DE PLANILLA:	PERIODO COTIZACION SALUD:		
ADMINISTRADORA		CÓDIGO		NOMBRE		TIPO DE PLANILLA:	PERIODO COTIZACION SALUD:		

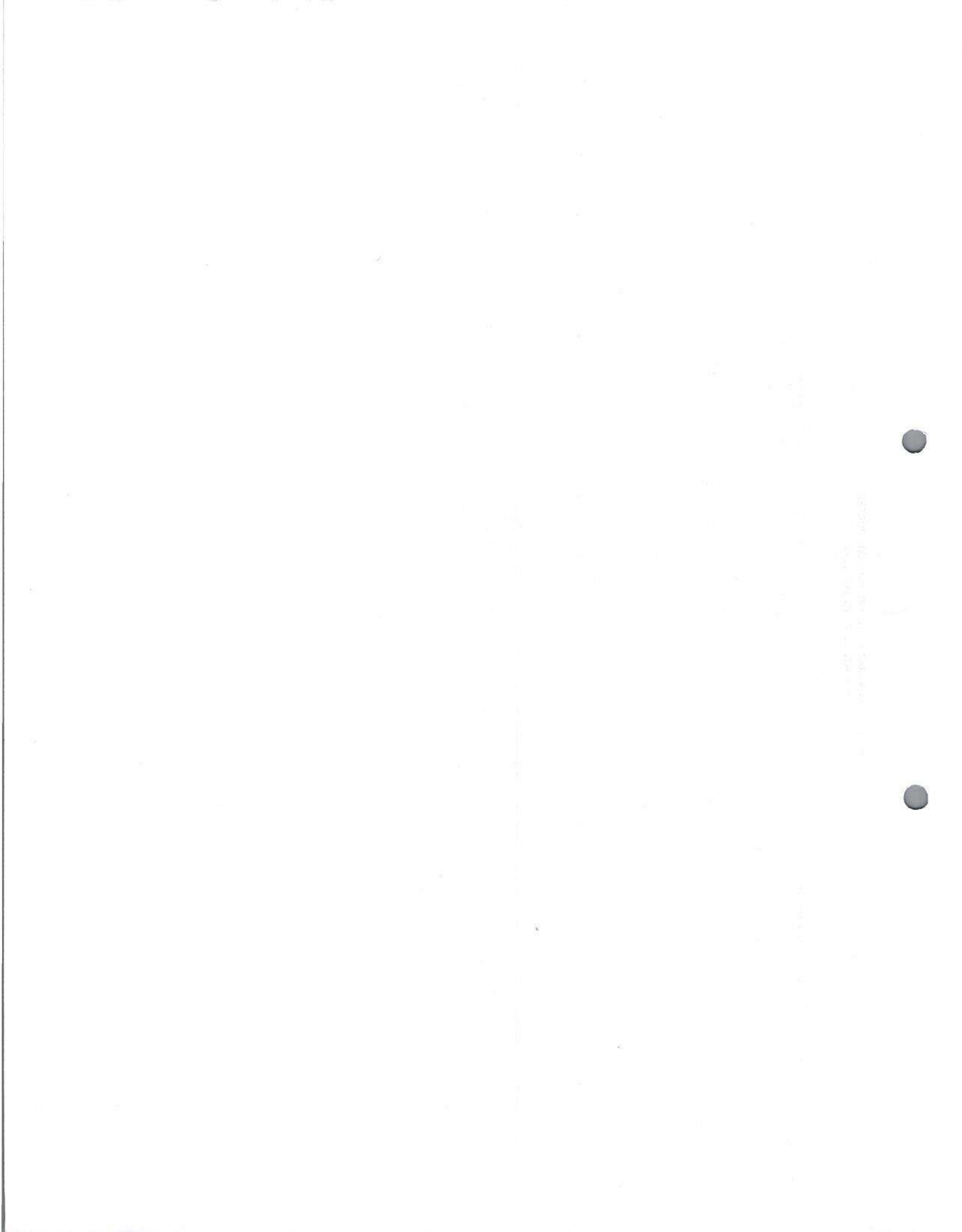
TOTAL APORTE A RIESGOS PROFESIONALES									
ADMINISTRADORA		CÓDIGO		NOMBRE		TIPO DE PLANILLA:	PERIODO COTIZACION SALUD:		
ADMINISTRADORA		CÓDIGO		NOMBRE		TIPO DE PLANILLA:	PERIODO COTIZACION SALUD:		
ADMINISTRADORA		CÓDIGO		NOMBRE		TIPO DE PLANILLA:	PERIODO COTIZACION SALUD:		
ADMINISTRADORA		CÓDIGO		NOMBRE		TIPO DE PLANILLA:	PERIODO COTIZACION SALUD:		

DATOS DEL COTIZANTE									
ADMINISTRADORA		CÓDIGO		NOMBRE		TIPO DE PLANILLA:	PERIODO COTIZACION SALUD:		
ADMINISTRADORA		CÓDIGO		NOMBRE		TIPO DE PLANILLA:	PERIODO COTIZACION SALUD:		
ADMINISTRADORA		CÓDIGO		NOMBRE		TIPO DE PLANILLA:	PERIODO COTIZACION SALUD:		
ADMINISTRADORA		CÓDIGO		NOMBRE		TIPO DE PLANILLA:	PERIODO COTIZACION SALUD:		

TOTAL PAGADO: \$ 220.900



663





FUNDACION GESTION SOCIAL
 Nit 900.556.022-3
 CALLE 3 7 28 URB LOS MANGOS
 Tel: (607) 3208639029
 Tame - Colombia



Documento soporte por compras a
 sujetos no obligados a facturar
 No. DSF 271

Proveedor	JORGE ELIECER PLAZAS LUGO		
Nit	92.226.105-0	Teléfono	(607) 0000000
Dirección	Cra 20 # 18-52	Ciudad	Tame - Colombia

Fecha de compra	2026-04-17	Fecha de Vencimiento	--
-----------------	------------	----------------------	----

Item	Descripción	Cantidad	Vr. Unitario	Vr. Total
1	Prestación de servicios como Coordinador del Centro de Bienestar del Adulto Mayor (CBAM) del municipio de Tame, correspondiente al período comprendido entre el 18 de marzo y el 17 de abril de 2026, en el marco de la ejecución del Convenio de Asociación No. 002 de 2026	1.00	1,995,000.00	1,995,000.00

Valor en Letras:

Un millón novecientos noventa y cinco mil pesos m/cte

Condiciones de Pago:

Efectivo

\$ 1,995,000.00

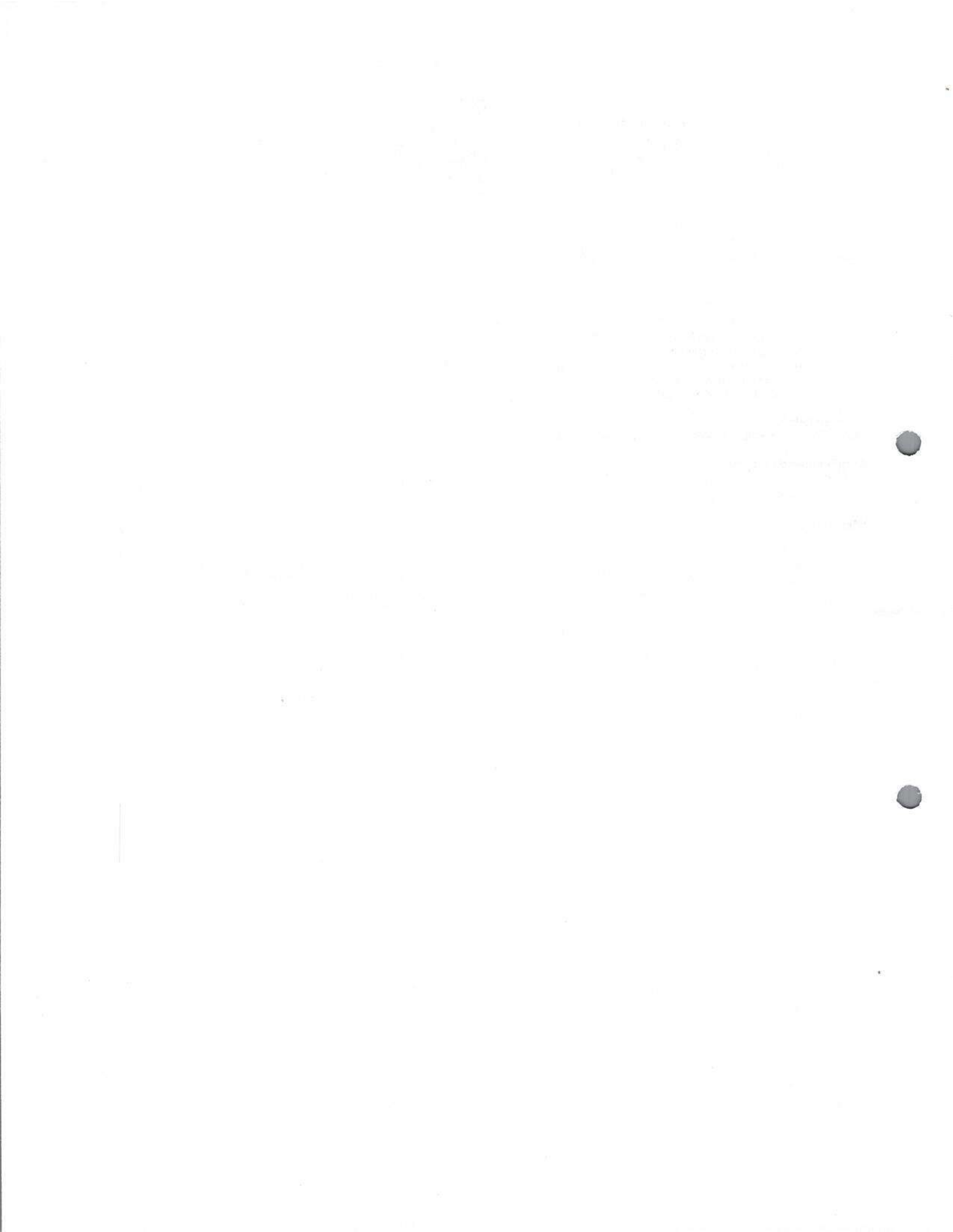
Total Bruto	1,995,000.00
Total a Pagar	1,995,000.00

Observaciones:

A este Documento se le aplican las normas relativas del Documento Soporte en adquirentes efectuadas a sujetos no obligados a facturar (Resolución 167 de 30 de diciembre de 2021).
 Número Autorización 18764102291617 aprobado en 20251129 prefijo DSF desde el número 201 al 600 Vigencia: Vigencia: 24 meses.

CUDS: dcc7cef8174f68749a8c8df59c11a65941b5b6946de07cb5c246deccf5d666109cbe5ad7a639007e3a2c96fce63c880a

Elaborado por Siigo S.A.S Nit: 830.048.145-8





PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL



DATOS GENERALES DEL APORTANTE
 CÉDULA DE CIUDADANÍA: 92228105 NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 1113617341 TIPO DE PLANILLA: 2094 PERÍODO COTIZACIÓN SALUD: marzo AÑO 2004 MES mayo AÑO 2004
 NOMBRE O RAZÓN SOCIAL: JORGE ELEICER PLAZAVALLE BAJO BANCAL PERÍODO COTIZACIÓN OTROS: 2028/04/05 NÚMERO AUTORIZACIÓN: 678859
 DIRECCIÓN: CARRERA 20 NO. 1852 DEPARTAMENTO: INDEPENDIENTE CLASE APORTANTE: I-INDEPENDIENTE (base mensual);
 TIPO EMPRESA: PRIVADA ACTIVIDAD ECONÓMICA: Actividades de administración empresarial. TIPO: UNICO
 APORTANTE EGONERADO PAGO APORTES SALUD, SEMA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): NO

TOTAL APORTES A PENSIÓN		
CÓDIGO	Administradora	Administradora
25-14	COL PENSIONES	Administradora
Subtotales:		
No. Cotizantes	1	
Cotización	\$ 287.200	
Empleador Cotizante	\$ 0	
FSP	\$ 0	
Solidaridad	\$ 0	
Subsistencia	\$ 0	
Cotización	\$ 600	
Mora	\$ 0	
FSP	\$ 0	
Aportes	\$ 200.200	
Mora	\$ 200.000	
Totales	\$ 600	
Valor Pagado	\$ 200.000	
Independientes	206	
	678859	

TOTAL APORTES A SALUD

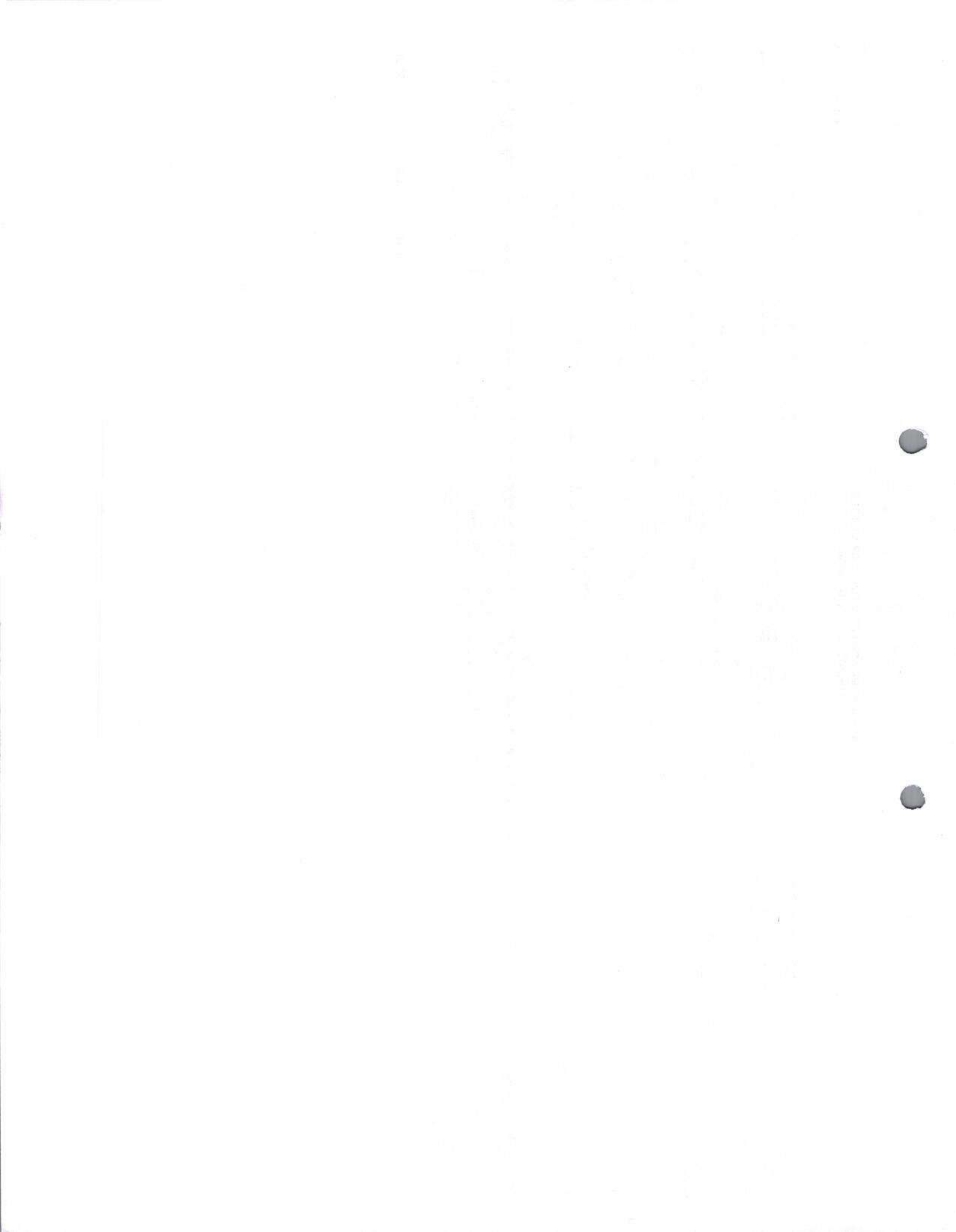
CÓDIGO	Administradora	Administradora
EP5337	EPS03-NUOVA EPS	Administradora
Subtotales:		
No. Cotizantes	1	
Incapacidad por enfermedad	\$ 0	
Valor Autorización	\$ 0	
Saldo a Favor	\$ 0	
Planilla	\$ 0	
Valor	\$ 0	
Liquidación Valor Adres	\$ 218.900	
Cotización	\$ 0	
Mora	\$ 500	
Totales	\$ 500	
Valor Pagado	\$ 0	

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

CÓDIGO	Administradora	Administradora
14-23	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	Administradora
Subtotales:		
No. Cotizantes	1	
Incapacidad RP	\$ 0	
Valor	\$ 0	
Pago a Otros Riesgos	\$ 0	
Planilla	\$ 0	
Valor	\$ 0	
Liquidación Valor Adres	\$ 9.200	
Cotización	\$ 0	
Mora	\$ 100	
Totales	\$ 100	
Valor Pagado	\$ 0	

N° IDENTIFICACION	NOMBRES	TIPO	SUPIERO	SALARIO	TIPO DE	SALARIO	NOVEDADES	NO	RET	NO	FORMA	REFORMA	COTIZACION	IBF	ADMIN	INDICADOR	TARIFA	ESPECIAL	PENSIÓN		SEGURIDAD SOCIAL		SALUD		APP	BC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTES	IBF	CCF	SEMA	ICBIF	ESAF	MINEDU	
																			FSP	SUBSISTENCIA	IBF	ADMIN	IBF	ADMIN											IBF
92228105	PLAZAVALLE JORGE ELEICER	PROFESIONAL		\$ 1.750.800	SEMI	\$ 1.750.800	25-14	25-14	20	20	NO	NO	\$ 287.200	1.750.800	20	Normal	\$ 280.200	Normal	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	
TOTAL PAGADO:																																	\$ 509.500		

665



ARAUCA, 13 de abril de 2026

BZ2026_6081770-1057453

Señor (a)

JORGE ELIECER PLAZAS LUGO

KR 20 18 52 BR BOYACA

TAME, ARAUCA

Referencia: Radicado No 2026_6081770 del 13 de abril de 2026
Ciudadano: JORGE ELIECER PLAZAS LUGO
Identificación: Cédula de ciudadanía 92226105
Tipo de Trámite: Reconocimiento Indemnización vejez

Respetado(a) señor(a):

Reciba un cordial saludo de la Administradora Colombiana de Pensiones - COLPENSIONES.

En atención al trámite iniciado por Usted, nos permitimos informarle que su solicitud ha sido recibida, la cual atenderemos dentro de los términos de la ley; sin embargo de presentarse alguna inconsistencia en su información nos estaremos comunicando con usted para informarle y si es el caso solicitarle la corrección de la misma.

Así mismo, le comunicamos que a la fecha, se está dando traslado al área correspondiente para que inicie el estudio de su solicitud.

Es importante señalar que Colpensiones durante el análisis prestacional, podrá remitir los documentos aportados en la radicación al contratista asignado, con el objeto de realizar investigación administrativa para corroborar la información suministrada, razón por la cual podrá ser contactado para este fin.

En caso de requerir información adicional, lo invitamos a consultar el estado de su trámite a través de nuestra página web www.colpensiones.gov.co, link atención al ciudadano y a conocer la oferta de trámites virtuales que hemos dispuesto para usted, ingresando por el link trámites en Línea; comunicarse con la línea de servicio al ciudadano en Bogotá al 601 4890909, en Medellín al 604 2836090, o con la línea gratuita nacional al 018000 41 0909 o solicitando cita previa al número 601 4870305 para acercarse a uno de nuestros Puntos de Atención Colpensiones (PAC), en donde estaremos dispuestos a brindarle el mejor servicio.

Página | 1

Colpensiones

Sede Principal: Carrera 7 No. 74 - 21, Bogotá D.C., Colombia

Dirección correspondencia: Carrera 9 No. 59 - 43 Lc 4 Ed. Urban Essence, Bogotá D.C., Colombia

Conmutador: (+57) 601 489 0909

Conmutador BEPS: (+57) 601 487 0300

Línea Gratuita: 01 8000 410909

Línea Gratuita BEPS: 01 8000 410777

www.colpensiones.gov.co

Continuación Radicado, 2026_6081770

Agradecemos su confianza y le recordamos que estamos para servirle.

Documentos que anexó el usuario:

Tipo de documento	Cantidad folios
Formato solicitud de prestaciones económicas	2
Documento de identidad del afiliado	1
Formato para solicitud de indemnización ó declaración expresa en la que el asegurado manifieste su imposibilidad de continuar aportando al Sistema General de Pensiones	1
Formato declaración de no pensión	1
Autorización Notificación por correo electrónico	1

Atentamente,



LUZ ADRIANA LOAIZA SANDOVAL
Directora de Atención y Servicio

JESÚS HUMBERTO OSORIO LEAL
CONTADOR PUBLICO

CEDULA DE CIUDADANÍA No 17'335.429 DE VILLAVICENCIO
T.P.N. 47972-T EXPEDIDA POR LA JUNTA CENTRAL DE CONTADORES

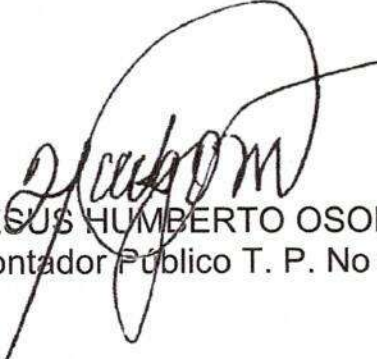
CERTIFICA

Que el señor, JORGE ELIECER PLAZAS LUGO, identificado con Cedula de ciudadanía No 92,226,105 expedida en Tolú - Sucre, de profesión empleado, con domicilio en la Cr 20 # 18 - 52 barrio Boyacá, Municipio de Tame, departamento de Arauca. Celular 3103226924.

Mediante resolución número SUB 129750 22 ABR 2026, emitida ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES, en el Artículo primero se le reconoció y ordeno el pago de una indemnización sustitutiva de pensión, así mismo en el artículo segundo ordeno ser ingresado a la nomina para el periodo 202605, el cual se pagará el ultimo día hábil del mismo mes en la central de pagos del banco DAVIVIENDA de Tame.

Teniendo en cuenta lo anterior a partir del 1 de mayo de 2026, no se debe efectuar descuento alguno por concepto de aportes a pensión.

Este documento se expide basado en la resolución número SUB 129750 22 ABR 2026, para tramites de pagos de nómina en el municipio de Tame, el 30 de abril de 2026.



JESUS HUMBERTO OSORIO LEAL
Contador Público T. P. No 47972-T

THE UNIVERSITY OF CHICAGO
DEPARTMENT OF CHEMISTRY
5800 S. UNIVERSITY AVENUE
CHICAGO, ILLINOIS 60637

RECEIVED

TO THE DIRECTOR OF THE UNIVERSITY OF CHICAGO
FROM THE DIRECTOR OF THE UNIVERSITY OF CHICAGO
RE: [Illegible]

THE UNIVERSITY OF CHICAGO
DEPARTMENT OF CHEMISTRY
5800 S. UNIVERSITY AVENUE
CHICAGO, ILLINOIS 60637

TO THE DIRECTOR OF THE UNIVERSITY OF CHICAGO
FROM THE DIRECTOR OF THE UNIVERSITY OF CHICAGO
RE: [Illegible]

THE UNIVERSITY OF CHICAGO
DEPARTMENT OF CHEMISTRY
5800 S. UNIVERSITY AVENUE
CHICAGO, ILLINOIS 60637

THE UNIVERSITY OF CHICAGO
DEPARTMENT OF CHEMISTRY
5800 S. UNIVERSITY AVENUE
CHICAGO, ILLINOIS 60637

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL

JUNTA CENTRAL DE CONTADORES



Certificado No: 612RFDR825E1D447

LA REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE COMERCIO, INDUSTRIA Y TURISMO
UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL
JUNTA CENTRAL DE CONTADORES

CERTIFICA A: QUIEN INTERESE

Que el contador publico JESUS HUMBERTO OSORIO LEAL identificado con CÉDULA DE CIUDADANÍA No. 17335429 de VILLAVICENCIO (META) Y Tarjeta Profesional No. 47972-T SI tiene vigente su inscripción en la Junta Central de Contadores y desde la fecha de inscripción.

NO REGISTRA ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS

Dado en BOGOTÁ a los 7 días del mes de Abril de 2026 con vigencia de (3) Meses, contados a partir de la fecha de su expedición.

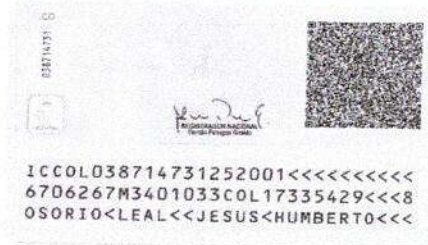
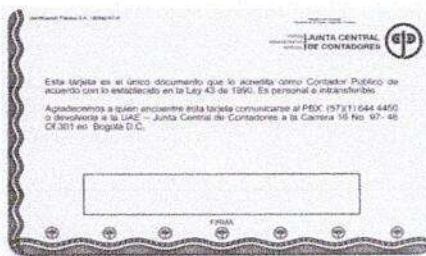
SANDRA MILENA BARRIOS PELEDO
DIRECTOR GENERAL

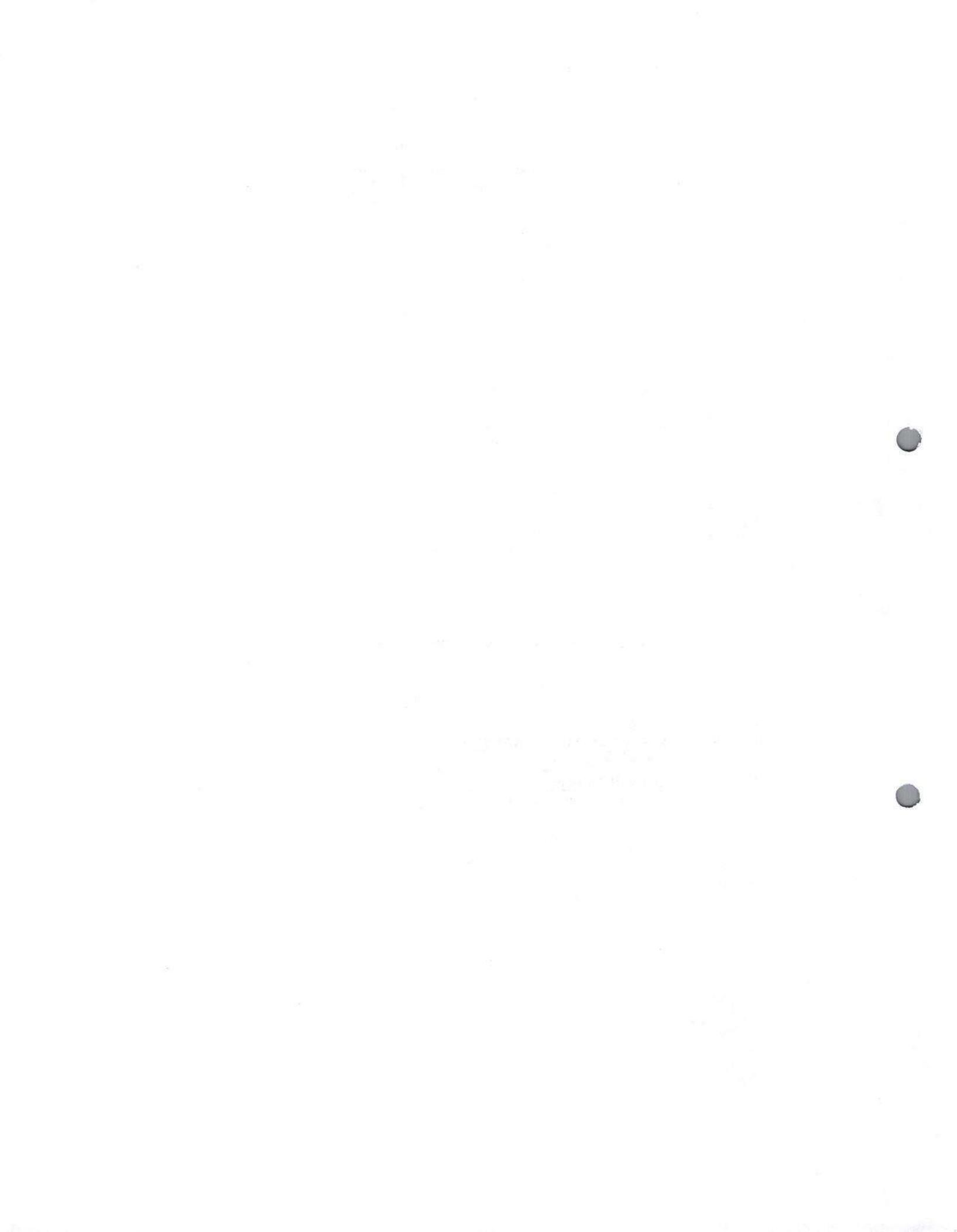
ESTE CERTIFICADO DIGITAL TIENE PLENA VALIDEZ DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTICULO 2 DE LA LEY 527 DE 1999, DECRETO UNICO REGLAMENTARIO 1074 DE 2015 Y ARTICULO 6 PARAGRAFO 3 DE LA LEY 962 DEL 2005.

Para confirmar los datos y veracidad de este certificado, lo puede consultar en la pagina web www.jcc.gov.co digitando el número del certificado

ESTE DOCUMENTO NO ES VALIDO SIN LA FIRMA DEL CONTADOR PUBLICO

VALIDO PARA : JORGE ELIECER PLAZAS LUGO
NIT. y/o C.C. : 92.726.105 de Tolú
DESTINO A : Municipio de Tame
PARA : Actualización información







FUNDACION GESTION SOCIAL
 Nit 900.556.022-3
 CALLE 3 7 28 URB LOS MANGOS
 Tel: (607) 3208639029
 Tame - Colombia



Documento soporte por compras a
 sujetos no obligados a facturar
 No. DSF 286

Proveedor	JORGE ELIECER PLAZAS LUGO		
Nit	92.226.105-0	Teléfono	(607) 0000000
Dirección	Cra 20 # 18-52	Ciudad	Tame - Colombia

Fecha de compra	Fecha de Vencimiento
2026-05-19	--

Ítem	Descripción	Cantidad	Vr. Unitario	Vr. Total
1	Prestación de servicios como Coordinador del Centro de Bienestar del Adulto Mayor (CBAM) del municipio de Tame, correspondiente al período comprendido entre el 18 de abril y el 17 de mayo de 2026, en el marco de la ejecución del Convenio de Asociación No. 002 de 2026	1.00	1,995,000.00	1,995,000.00

Valor en Letras:

Un millón novecientos noventa y cinco mil pesos m/cte

Condiciones de Pago:

Efectivo

\$ 1,995,000.00

Total Bruto	1,995,000.00
Total a Pagar	1,995,000.00

Observaciones:

A este Documento se le aplican las normas relativas del Documento Soporte en adquirentes efectuadas a sujetos no obligados a facturar (Resolución 167 de 30 de diciembre de 2021).
 Número Autorización 18764102291617 aprobado en 20251129 prefijo DSF desde el número 201 al 600 Vigencia: 24 meses.

CUDS: b8f4320fbc765c78d1233be71cfba10ec9f732ae403522c3e993023b41b8e67fc89319697fe156d7de019ac08337ca30

Elaborado por Siigo S.A.S Nit: 830 048.145-8



1. The first section of the document discusses the importance of maintaining accurate records and the role of the responsible parties in ensuring that all data is properly documented and stored.

2. This section outlines the specific procedures that must be followed when conducting fieldwork, including the use of standardized forms and the requirement to report any anomalies or discrepancies immediately.

3. The following part of the document details the reporting requirements for all personnel involved in the project, including the frequency and format of reports to be submitted to the management team.

4. Finally, this section provides a summary of the key points discussed above and emphasizes the need for strict adherence to these guidelines to ensure the success of the project.



PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL



DATOS GENERALES DEL APORTANTE	CÉLULA DE CIUDADANÍA: NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: NOMBRE O RAZÓN SOCIAL: CLICOM (EMPID): DIRECCIÓN: TIPO APORTANTE: PRIVADA ACTIVIDAD ECONOMICA: EMPRESA FORMA DE PRESENTACIÓN: APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENSA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA) ENCO	DATOS GENERALES DE LA PLANILLA	NÚMERO PLANILLA: 92228105 RÉGIMEN DE PAGO: JÓVE ELIECER PLAZAS LUJO FECHA DE EMISIÓN: 2006/05/06 NÚMERO AUTORIZACIÓN: 284665349
--------------------------------------	---	---------------------------------------	--

TOTAL APORTES A SALUD	CÓDIGO: EP3037	NOMBRE: EP3037-NEUVA EPS	LIQUIDACIÓN VALOR A FAVOR: \$ 0 VALOR ADEBES: \$ 200 MORA: \$ 200 APORTES: \$ 218.900 DESCUENTO: \$ 0 TOTALES: \$ 219.100
------------------------------	-------------------	-----------------------------	---

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES	CÓDIGO: 14-23	NOMBRE: 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	LIQUIDACIÓN VALOR A FAVOR: \$ 0 VALOR ADEBES: \$ 200 MORA: \$ 100 APORTES: \$ 200 DESCUENTO: \$ 0 TOTALES: \$ 300
--	------------------	---	---

TOTAL PAGADO: \$ 228.400

NO.	IDENTIFICA- CIÓN	NOMBRE	TIPO	SUBTIPO	SALARIO	TIPO DE BONO	CO TIZANTE	NO	NOVEDADES	PENSIÓN	APORTES VOLUNTARIOS ESPECIAL	INDICADOR TAMPA ESPECIAL	TOTAL APORTE	SEGURO SOCIAL	SALUD	PARAMÉTRICAS	NO. CO TIZANTE	NO. CO TIZANTE	NO. CO TIZANTE
1			CO	ADMIN			NO												

059

10/10/1968

10/10/1968

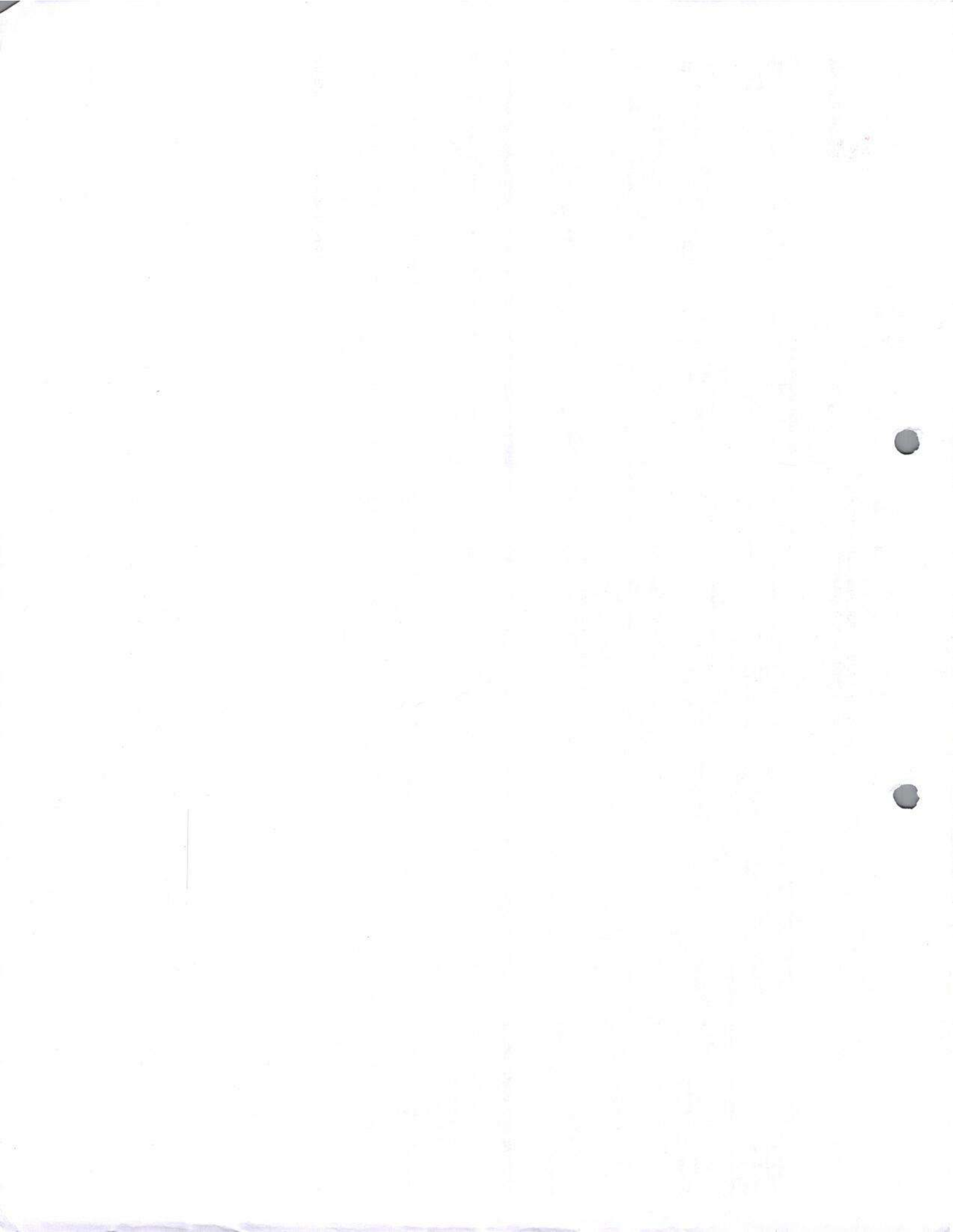
10/10/1968

10/10/1968

10/10/1968

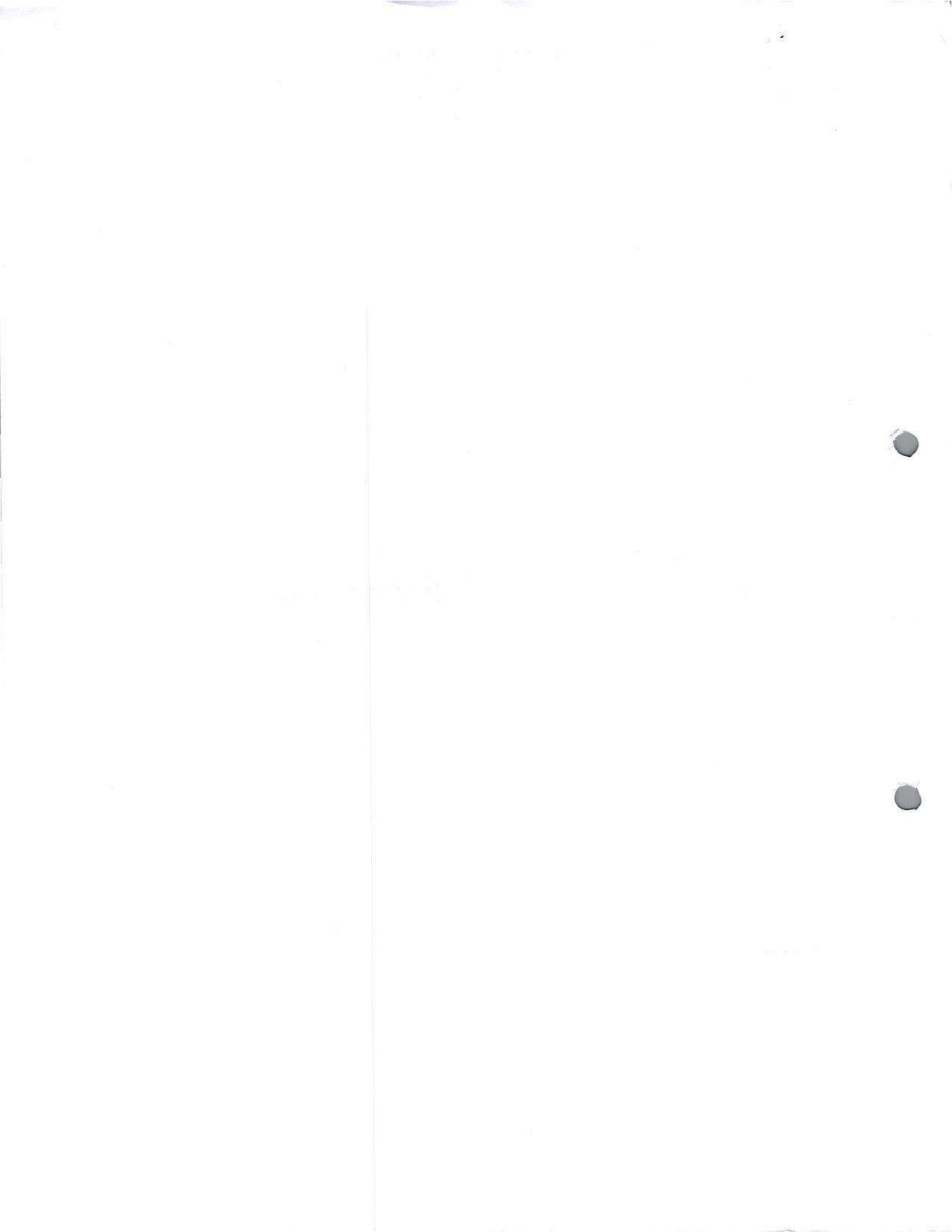
10/10/1968

10/10/1968



AUXILIAR DE ENFERMERÍA No. 1





CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS No. 02 DE 2026

CONTRATANTE: FUNDACIÓN GESTIÓN SOCIAL – FUNGES

NIT: 900.556.022-3

REPRESENTANTE LEGAL: GUSTAVO ALEXIS SARMIENTO

C.C.: 96.194.978 expedida en Tame

CONTRATISTA: FERNANDO SERAFIN PRECIADO RAMIREZ

C.C.: 1.116.867.834 expedida en Tame

OBJETO: Prestación de servicios como Auxiliar de Enfermería en el Centro de Bienestar del Adulto Mayor (CBAM).

UBICACIÓN: Municipio de Tame – Arauca

VALOR TOTAL: TRECE MILLONES NOVECIENTOS SESENTA Y CINCO MIL PESOS M/CTE (\$13.965.000)

VALOR MENSUAL: UN MILLÓN NOVECIENTOS NOVENTA Y CINCO MIL PESOS M/CTE (\$1.995.000)

PLAZO: Siete (07) meses

FECHA DE INICIO: 18 de febrero de 2026

FECHA DE TERMINACIÓN: 17 de septiembre de 2026

Entre los suscritos GUSTAVO ALEXIS SARMIENTO, identificado con cédula de ciudadanía No. 96.194.978 expedida en Tame, quien actúa en calidad de Representante Legal de la FUNDACIÓN GESTIÓN SOCIAL – FUNGES, identificada con NIT 900.556.022-3, quien para efectos del presente contrato se denominará EL CONTRATANTE, y por la otra parte FERNANDO SERAFIN PRECIADO RAMIREZ, identificado con cédula de ciudadanía No. 1.116.867.834 expedida en Tame, quien actúa en nombre propio y para efectos del presente contrato se denominará EL CONTRATISTA, ambos mayores de edad y con capacidad para contratar, han acordado celebrar el presente Contrato de Prestación de Servicios, el cual se registrará por las siguientes cláusulas.

CONSIDERACIONES:

Que, para la prestación de servicios como Auxiliar de Enfermería en el Centro de Bienestar del Adulto Mayor (CBAM) mediante el Convenio de Asociación No. 002 de 2026 cuyo objeto es "*DESARROLLAR EL PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL A LA PERSONA MAYOR DEL MUNICIPIO DE TAME – DEPARTAMENTO DE ARAUCA*" suscrito entre la FUNDACIÓN GESTIÓN SOCIAL - FUNGES y el MUNICIPIO DE TAME, se hace necesaria la contratación de una persona que cumpla con los requisitos exigidos para desempeñar dichas actividades.

Debido a lo anterior, las partes acuerdan celebrar el presente contrato de conformidad con las siguientes cláusulas:

PRIMERA: Objeto del contrato. El CONTRATISTA se obliga para con el CONTRATANTE, de manera independiente y sin que exista subordinación o relación laboral alguna, a prestar sus servicios como Auxiliar de Enfermería en el Centro de Bienestar del Adulto Mayor (CBAM), apoyando las actividades de cuidado, atención básica en salud, acompañamiento y bienestar de los adultos mayores, utilizando sus propios medios y con autonomía técnica y administrativa. Como contraprestación, el CONTRATANTE pagará al CONTRATISTA los honorarios establecidos en el presente contrato.

SEGUNDA: Plazo de Ejecución. El término de duración del presente contrato será de siete (07) meses, contados a partir del 18 de febrero de 2026 hasta el 17 de septiembre de 2026, plazo dentro del cual el CONTRATISTA ejecutará las actividades propias del objeto contractual.

TERCERA: Valor. El valor total del presente contrato es la suma de TRECE MILLONES NOVECIENTOS SESENTA Y CINCO MIL PESOS M/CTE (\$13.965.000), suma que será pagada por el CONTRATANTE al CONTRATISTA a título de honorarios,



Dirección: Calle 3 No. 7-28 Barrio El Manguito



Teléfono: 3208639029



gestionsocialfunges@gmail.com

Puerto Rondón – Arauca

de acuerdo con la forma de pago establecida en el presente contrato y previa certificación de cumplimiento por parte del supervisor.

CUARTA. Forma de Pago. El valor del presente contrato será pagado por el CONTRATANTE al CONTRATISTA mediante siete (07) pagos mensuales vencidos, cada uno por valor de UN MILLÓN NOVECIENTOS NOVENTA Y CINCO MIL PESOS M/CTE (\$1.995.000), previa verificación del cumplimiento de las actividades contractuales por parte del CONTRATANTE y acreditación del pago de los aportes al Sistema de Seguridad Social Integral conforme a la normatividad vigente.

Parágrafo. Los pagos establecidos en el presente contrato estarán sujetos a la disponibilidad y desembolso efectivo de los recursos provenientes del Convenio de Asociación No. 002 de 2026 suscrito entre la FUNDACIÓN GESTIÓN SOCIAL – FUNGES y el Municipio de Tame.

QUINTA: Seguridad Social. El CONTRATISTA declara que realizará de manera independiente los aportes al Sistema de Seguridad Social Integral en salud, pensión y riesgos laborales, de conformidad con la normatividad vigente en Colombia. Para efectos del pago de los honorarios pactados en el presente contrato, el CONTRATISTA deberá acreditar el pago de dichos aportes correspondientes al período ejecutado.

SEXTA: Subcontratación. El CONTRATISTA no podrá ceder ni subcontratar total o parcialmente la ejecución del objeto del presente contrato sin la autorización previa, expresa y escrita del CONTRATANTE.

Parágrafo. En todo caso, el CONTRATISTA será el único responsable por la correcta ejecución de las actividades contratadas y mantendrá indemne al CONTRATANTE frente a cualquier reclamación, demanda o acción legal que pudiera presentarse con ocasión de la ejecución del presente contrato.

SÉPTIMA: Obligaciones Del Contratista. El CONTRATISTA se obliga a ejecutar el Objeto del Contrato, razón por la cual tendrá las siguientes obligaciones:

1. Asear las camas de los adultos mayores o brindar apoyo en esta actividad según su condición.
2. Realizar el aseo e higiene personal de los adultos mayores cuando su condición lo requiera.
3. Realizar y registrar los procedimientos efectuados a los adultos mayores de acuerdo con las indicaciones médicas.
4. Organizar y mantener limpios los carros de curación y los elementos utilizados en la atención.
5. Recibir, distribuir y suministrar los alimentos a los adultos mayores que no puedan desplazarse al comedor.
6. Administrar y registrar los medicamentos de acuerdo con la prescripción médica.
7. Realizar la toma y registro de signos vitales según diagnóstico o indicación médica.
8. Acompañar a los adultos mayores a las citas de control médico ante la IPS correspondiente cuando se requiera.
9. Desarrollar actividades que contribuyan al cuidado, bienestar y mejoramiento de las condiciones de salud de los adultos mayores.
10. Apoyar las actividades y programas que se desarrollen en el Centro de Bienestar del Adulto Mayor (CBAM).
11. Llevar registro de las actividades realizadas y diligenciar los formatos o soportes requeridos por el Centro de Bienestar del Adulto Mayor (CBAM).
12. Informar oportunamente al coordinador o supervisor sobre cualquier novedad en el estado de salud de los adultos mayores.
13. Cumplir con los protocolos de bioseguridad, higiene y cuidado establecidos por el CBAM y las autoridades de salud.
14. Las demás actividades que le sean asignadas por el supervisor del contrato y que sean inherentes al objeto de este.



Dirección: Calle 3 No. 7-28 Barrio El Manguito



Teléfono: 3208639029



gestionsocialfunges@gmail.com

Puerto Rondón – Arauca

Parágrafo 1: El CONTRATISTA ejecutará el objeto del presente contrato con plena autonomía técnica, administrativa y operativa, utilizando sus propios medios, recursos y conocimientos, sin que exista subordinación o dependencia respecto de EL CONTRATANTE; en consecuencia, el CONTRATISTA asumirá bajo su exclusiva responsabilidad los riesgos, gastos y obligaciones derivados de la ejecución del contrato.

Parágrafo 2: El CONTRATISTA además de las obligaciones del contrato deberá: 1. Obrar con seriedad y diligencia en el servicio contratado, 2. Presentar evidencias o soportes de las actividades realizadas, tales como registros, formatos o material fotográfico, cuando sean requeridos por el CONTRATANTE, 3. Atender las solicitudes y recomendaciones que haga el CONTRATANTE o sus delegados, con la mayor prontitud. 4. Permitir que el CONTRATANTE o un delegado haga visitas a las instalaciones del CONTRATISTA o el sitio que esté desarrollando las actividades. 5. Pago de los aportes al Sistema de Seguridad Social en salud, pensión y riesgos laborales, conforme a la normatividad vigente.

OCTAVA: Obligaciones del CONTRATANTE: Además de las obligaciones propias del contrato de prestación de servicios, el CONTRATANTE se compromete a suministrar al CONTRATISTA la información necesaria para el desarrollo de las actividades objeto del contrato, facilitar la coordinación con el personal del Centro de Bienestar del Adulto Mayor (CBAM) y efectuar el pago de los honorarios en los términos establecidos en el presente contrato.

NOVENA. Supervisión. El CONTRATANTE o su representante supervisará la ejecución del servicio encomendado y podrá formular las observaciones del caso para ser analizadas en conjunto con el CONTRATISTA.

DÉCIMA: Terminación anticipada. Cualquiera de las partes podrá dar por terminado el presente contrato antes del vencimiento del plazo pactado, mediante comunicación escrita dirigida a la otra parte. En todo caso, el CONTRATANTE podrá darlo por terminado de manera unilateral cuando se presenten circunstancias que afecten la ejecución del objeto contractual, por incumplimiento de las obligaciones del CONTRATISTA o por terminación o modificación del convenio que da origen al presente contrato.

DÉCIMA PRIMERA: 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.

DÉCIMA SEGUNDA: Inexistencia de relación laboral. Las partes dejan expresa constancia de que el presente contrato es de naturaleza civil y no genera relación laboral alguna entre el CONTRATANTE y el CONTRATISTA. En consecuencia, el CONTRATISTA actuará con plena autonomía técnica y administrativa en la ejecución de las actividades contratadas y no tendrá derecho al reconocimiento de salarios, prestaciones sociales, indemnizaciones laborales ni demás derechos propios de un contrato de trabajo.

DÉCIMA TERCERA. 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 CUARTA: Solución de conflictos. Se acuerda que, de presentarse un conflicto entre las partes, en el marco del presente contrato, las partes deberán acudir en primera instancia a un centro de conciliación certificado.

DÉCIMA QUINTA: Modificaciones. Toda modificación, variación adición o prórroga del presente contrato, deberá constar por escrito, mediante OTRO SÍ, que suscribirán con la firma ambas partes contratantes.



Dirección: Calle 3 No. 7-28 Barrio El Manguito



Teléfono: 3208639029



gestionsocialfunges@gmail.com

Puerto Rondón – Arauca

DÉCIMA SEXTA: Domicilio contractual. Para el presente contrato se establece como domicilio contractual el municipio de Tame.

DÉCIMA SÉPTIMA: Declaración del CONTRATISTA. El CONTRATISTA declara bajo la gravedad de juramento que conoce la naturaleza jurídica del presente contrato de prestación de servicios y manifiesta que lo celebra con plena autonomía técnica, administrativa y financiera, sin que exista subordinación ni dependencia respecto del CONTRATANTE. En consecuencia, reconoce que no se genera vínculo laboral alguno ni derecho al pago de prestaciones sociales, indemnizaciones o beneficios propios de un contrato de trabajo. Así mismo, declara que asume de manera independiente las obligaciones tributarias, de seguridad social y demás cargas legales derivadas de la ejecución del presente contrato.

Para constancia, se firma en el municipio de Tame, Arauca, a los dieciocho (18) días del mes de febrero de 2026.

EL CONTRATANTE,



GUSTAVO ALEXIS SARMIENTO
C.C. 96.194.978 expedida en Tame
Representante Legal
FUNDACIÓN GESTIÓN SOCIAL – FUNGES

EL CONTRATISTA,



FERNANDO SERAFIN PRECIADO RAMIREZ
C.C. 1.116.867.834 expedida en Tame



Dirección: Calle 3 No. 7-28 Barrio El Manguito



Teléfono: 3208639029



gestionsocialfunges@gmail.com

Puerto Rondón – Arauca

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS



1. TIPO DE RELACIÓN			24 2 2026		
1.1. TIPO DE RELACIÓN	2. TIPO DE RELACIÓN	3. TIPO DE RELACIÓN	4. TIPO DE RELACIÓN	5. TIPO DE RELACIÓN	6. TIPO DE RELACIÓN
<input checked="" type="checkbox"/> A. Dependiente	<input checked="" type="checkbox"/> B. Independiente	<input checked="" type="checkbox"/> C. Dependiente	<input checked="" type="checkbox"/> D. Dependiente	<input checked="" type="checkbox"/> E. Dependiente	<input checked="" type="checkbox"/> F. Dependiente

7. IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADO		8. IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR	
7.1. TIPO DE DOCUMENTOS	7.2. NÚMERO DE DOCUMENTOS	8.1. TIPO DE DOCUMENTOS	8.2. NÚMERO DE DOCUMENTOS
CC - Cédula de Ciudadanía	1116867834	CC - Cédula de Ciudadanía	1116867834
9. DATOS COMPLEMENTARIOS DEL EMPLEADO		10. DATOS COMPLEMENTARIOS DEL EMPLEADOR	
9.1. EDAD	9.2. SEXO	10.1. EDAD	10.2. SEXO
6	X	28	4
11. DIRECCIÓN DEL EMPLEADO		12. DIRECCIÓN DEL EMPLEADOR	
PORVENIR 1995000		SURA	
CELL 15 # 8-99 B. San Antonio		3116004691	
TAME		ARAUCA	
LOCALIDAD		ZONA	
10855		10855	

13. TIPO DE CONTRATO	14. TIPO DE CONTRATO	15. TIPO DE CONTRATO	16. TIPO DE CONTRATO
<input checked="" type="checkbox"/> A. Dependiente	<input checked="" type="checkbox"/> B. Independiente	<input checked="" type="checkbox"/> C. Dependiente	<input checked="" type="checkbox"/> D. Dependiente

17. DESCRIPCIÓN DEL EMPLEO	18. DESCRIPCIÓN DEL EMPLEO	19. DESCRIPCIÓN DEL EMPLEO	20. DESCRIPCIÓN DEL EMPLEO	21. DESCRIPCIÓN DEL EMPLEO	22. DESCRIPCIÓN DEL EMPLEO	23. DESCRIPCIÓN DEL EMPLEO	24. DESCRIPCIÓN DEL EMPLEO	25. DESCRIPCIÓN DEL EMPLEO	26. DESCRIPCIÓN DEL EMPLEO	27. DESCRIPCIÓN DEL EMPLEO	28. DESCRIPCIÓN DEL EMPLEO	29. DESCRIPCIÓN DEL EMPLEO	30. DESCRIPCIÓN DEL EMPLEO	31. DESCRIPCIÓN DEL EMPLEO	32. DESCRIPCIÓN DEL EMPLEO

33. IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADO		34. IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR	
33.1. TIPO DE DOCUMENTOS	33.2. NÚMERO DE DOCUMENTOS	34.1. TIPO DE DOCUMENTOS	34.2. NÚMERO DE DOCUMENTOS
CC - Cédula de Ciudadanía	1116867834	CC - Cédula de Ciudadanía	1116867834
28 4 1995	18 2 2026	28 4 1995	18 2 2026

35. DESCRIPCIÓN DEL EMPLEO

36. DESCRIPCIÓN DEL EMPLEO

37. DESCRIPCIÓN DEL EMPLEO

38. DESCRIPCIÓN DEL EMPLEO

39. DESCRIPCIÓN DEL EMPLEO

40. DESCRIPCIÓN DEL EMPLEO

41. DESCRIPCIÓN DEL EMPLEO

42. DESCRIPCIÓN DEL EMPLEO

43. DESCRIPCIÓN DEL EMPLEO

44. DESCRIPCIÓN DEL EMPLEO

45. DESCRIPCIÓN DEL EMPLEO

46. DESCRIPCIÓN DEL EMPLEO

47. DESCRIPCIÓN DEL EMPLEO

48. DESCRIPCIÓN DEL EMPLEO

49. DESCRIPCIÓN DEL EMPLEO

50. DESCRIPCIÓN DEL EMPLEO

51. DESCRIPCIÓN DEL EMPLEO

52. DESCRIPCIÓN DEL EMPLEO

53. DESCRIPCIÓN DEL EMPLEO

54. DESCRIPCIÓN DEL EMPLEO

55. DESCRIPCIÓN DEL EMPLEO

56. DESCRIPCIÓN DEL EMPLEO

57. DESCRIPCIÓN DEL EMPLEO

58. DESCRIPCIÓN DEL EMPLEO

59. DESCRIPCIÓN DEL EMPLEO

60. DESCRIPCIÓN DEL EMPLEO

Fernando Cerafin Preciado



61. DESCRIPCIÓN DEL EMPLEO	62. DESCRIPCIÓN DEL EMPLEO	63. DESCRIPCIÓN DEL EMPLEO	64. DESCRIPCIÓN DEL EMPLEO
24	2	2026	

**ENTREGA CARTA DE DERECHOS Y DEBERES
Y CARTA DE DESEMPEÑO**



Autorización de mensajes de texto. (Consulte artículo 109915 inciso 2º de 2012)

Yo, **FERNANDO SERAFIN PRECIADO RAMIREZ** identificado(a) con **CC - Cédula de Ciudadanía** número **1116867834** de **COLOMBIA** certifico que:

1. ¿Pese al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la carta de derechos y deberes del afiliado y del paciente?	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Asimismo autorizo a NUEVA EPS, para que envíe información al Sistema Cédula No. _____ y/o correo electrónico: _____
2. ¿Pese al diligenciamiento del formulario de afiliación la EPS le hizo entrega de la carta de desempeño donde se presenta de manera clara su puesto en el ranking?	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
3. ¿Lévo el contenido de la carta de derechos y deberes del afiliado y del paciente?	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Autorizo la entrega de la carta de Derechos y Deberes del Afiliado y carta de Desempeño, en formato electrónico. <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
4. ¿Lévo el contenido de la carta de desempeño de la EPS?	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
5. Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información, fue asesorado adecuadamente por la EPS?	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Consulte la carta de derechos y deberes y la carta de desempeño en el siguiente link: www.nuevaeps.com.co/contenidos/usuarios/Entrega_informacion_para_ser_afiliado_con_el_paciente <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

cordialmente,

Firma: **Fernando Cerafin Preciado**

Tipo ID: **CC - Cédula No. ID 1116867834**

Fecha de Solicitud: **24 2 2026**

Dirección: **CLL 15 # 8-99 B. San Antonio**

Tel: **3116004691** Municipio: **TAME**

Departamento: **ARAUCA**

Afiliado manifiesta que no sabe o no puede firmar, autoriza a:

Firma:

Tipo ID: No. ID:

Fecha (dd/mm/aaaa):

Dirección:

Tel: Municipio:

Departamento:

El Afiliado, con la firma la otorgada al final de este documento y firmada por el afiliado o el representante legal, autoriza a NUEVA EPS a utilizar la información contenida en este documento para el cumplimiento de sus obligaciones y para el desarrollo de sus actividades, de conformidad con lo establecido en el artículo 109915 inciso 2º de 2012 de la Ley 1581 de 2012.

Declaración Jurada: Hecho de Conciencia. Declaro que los datos suministrados son veraces y ciertos. Hecho en Bogotá, D.C., el día _____ de _____ de 2026.

Autorizaciones

En virtud de la anterior autorización, autorizo expresamente y conforme a lo dispuesto en los artículos 14 y 15 de la Ley 527 de 1995 a NUEVA EPS S.A. para que me remita información en forma de mensajes de datos, a través de tecnologías como correo electrónico, mensajes de texto, entre otros, y demás canales de comunicación, con los servicios de NUEVA EPS S.A. y la carta de derechos y deberes.

Autorizo de manera expresa a NUEVA EPS S.A. y/o a la compañía mutual o prestatario o cesionario de servicios, para que recolecte, almacene, use, haga análisis, actualice y suministre mis datos personales, para acceder a los servicios de la NUEVA EPS S.A. y para el cumplimiento de la carta de derechos y deberes.

* Promover la autorización por solicitud de suspensión del pago cuando en el momento no se respetan las protecciones, garantías constitucionales y legales. La suspensión y/o suspensión provisional cuando la Superintendencia de Protección y Comercio haya determinado que en el cumplimiento de obligaciones o cumplimiento de obligaciones en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 y las demás normas que los modifican, adicionan o complementan, transformando que usted puede ejercer el derecho de cumplimiento de los datos personales de NUEVA EPS S.A. a través de los siguientes mecanismos que permitirán a su disposición:

Site web: www.nuevaeps.co

Régimen Contributivo:

Línea de Atención Bogotá: (601) 800 964600

Línea de atención en Bogotá: (601) 307 7022

Régimen Subsidiado:

Línea de Atención Bogotá: (601) 800 95 2600

Línea de Atención en Bogotá: (601) 307 7064

Oficina de Atención al Afiliado de NUEVA EPS S.A.

Corredor: (601) 419 3000

Dirección Administrativa, Carrera 266 No. 48A - 50 Piso 2

Si por cualquier motivo la información por usted suministrada en este formato, así como la relacionada en el formulario de afiliación y/o demás documentos asociados, serán utilizados por NUEVA EPS S.A. como responsable del tratamiento de la información únicamente para los fines específicos relacionados con la administración y prestación de servicios en virtud del Plan Obligatorio de Salud, en acuerdo con la Ley 1581 de 2012 "Ley de Datos", dicho tratamiento podrá implicar la transferencia, transmisión y/o recepción de sus datos y archivos de carácter personal de sus datos personales, para fines comerciales y para la correcta prestación del servicio, de la forma indicada en los Términos y Condiciones de cada uno de nuestros contratos y de la Política de Confidencialidad y Protección de Datos.

Aviso de privacidad

Digo constar expresamente para NUEVA EPS S.A. una informe sobre los siguientes derechos que me afectan como titular de datos personales:

* Acceder los datos personales que he suministrado sobre de tratamiento conforme a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 y las demás normas que la modifican, adicionan o complementan.

* Corrección, actualización y rectificación de los datos personales frente al responsable del tratamiento y al encargado del tratamiento. Este derecho se podrá ejercer entre otros datos, en relación con datos personales, incorrectos, incompletos, actualizados, que violaron y otros, e aquellos datos cuyo tratamiento está expresamente prohibido o no está permitido.

* Consultar prueba de la autorización otorgada al responsable del tratamiento, salvo cuando expresamente se exija el cumplimiento de requisito para el cumplimiento de conformidad con lo previsto en el artículo 10 de la Ley 1581 de 2012.

* Ser informado por el responsable del tratamiento o el encargado del tratamiento, previa solicitud, del destino del uso que se le dará a los datos personales.

* Presentar ante la Superintendencia de Industria y Comercio, solicitud de intervención a la Superintendencia de Industria y Comercio, para que se impongan sanciones, o complementos.

INFORMACIÓN PARA SER DILIGENCIADA POR EL TRABAJADOR INDEPENDIENTE CUYO INGRESO SEA IGUAL O SUPERIOR A 1 SALMISX

REGIMEN ECONOMICA	ADMINISTRACIÓN DE MEDIOS LINGÜÍSTICOS	ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES	INGRESO BASE DE CALIFICACION
4759	SURA	PORVENIR	1995000
Régimen: <input type="checkbox"/> Seguro <input checked="" type="checkbox"/> Retiro Funcionario: <input type="checkbox"/> No funcionario <input checked="" type="checkbox"/> Funcionario Beneficiario: <input type="checkbox"/> No beneficiario <input checked="" type="checkbox"/> Beneficiario	Funcionario: <input type="checkbox"/> No funcionario <input checked="" type="checkbox"/> Funcionario Beneficiario: <input type="checkbox"/> No beneficiario <input checked="" type="checkbox"/> Beneficiario	Funcionario: <input type="checkbox"/> No funcionario <input checked="" type="checkbox"/> Funcionario Beneficiario: <input type="checkbox"/> No beneficiario <input checked="" type="checkbox"/> Beneficiario	Posición: <input type="checkbox"/> Dependiente <input checked="" type="checkbox"/> Patrono/Empleador Contrato: <input type="checkbox"/> Indefinido <input checked="" type="checkbox"/> Definitivo Fecha: 24 2 2026

NOTA: Cuando el trabajador independiente sea beneficiario de un plan de pensiones, deberá diligenciar el formulario de afiliación de la EPS correspondiente al plan de pensiones.

NO SE DILIGENCIAR SI ES CONTRATANTE INDEPENDIENTE RASO POR TERCERO Razón de tener: _____

INFORMACIÓN PARA SER DILIGENCIADA POR LA EPS

Nombre del ASESOR o PROMOTOR: ELSA FLOREZ	CÓDIGO ASESOR o PROMOTOR: A1380	Nombre de DEFENSOR: PEPE SIERRA	BOGOTA 24 / 2 / 2026
--	--	--	---------------------------------------



**SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS
PORVENIR S.A.**

En su condición de administradora del
FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

FERNANDO SERAFIN PRECIADO RAMIREZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.116.867.834**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 23 de Febrero del 2026.

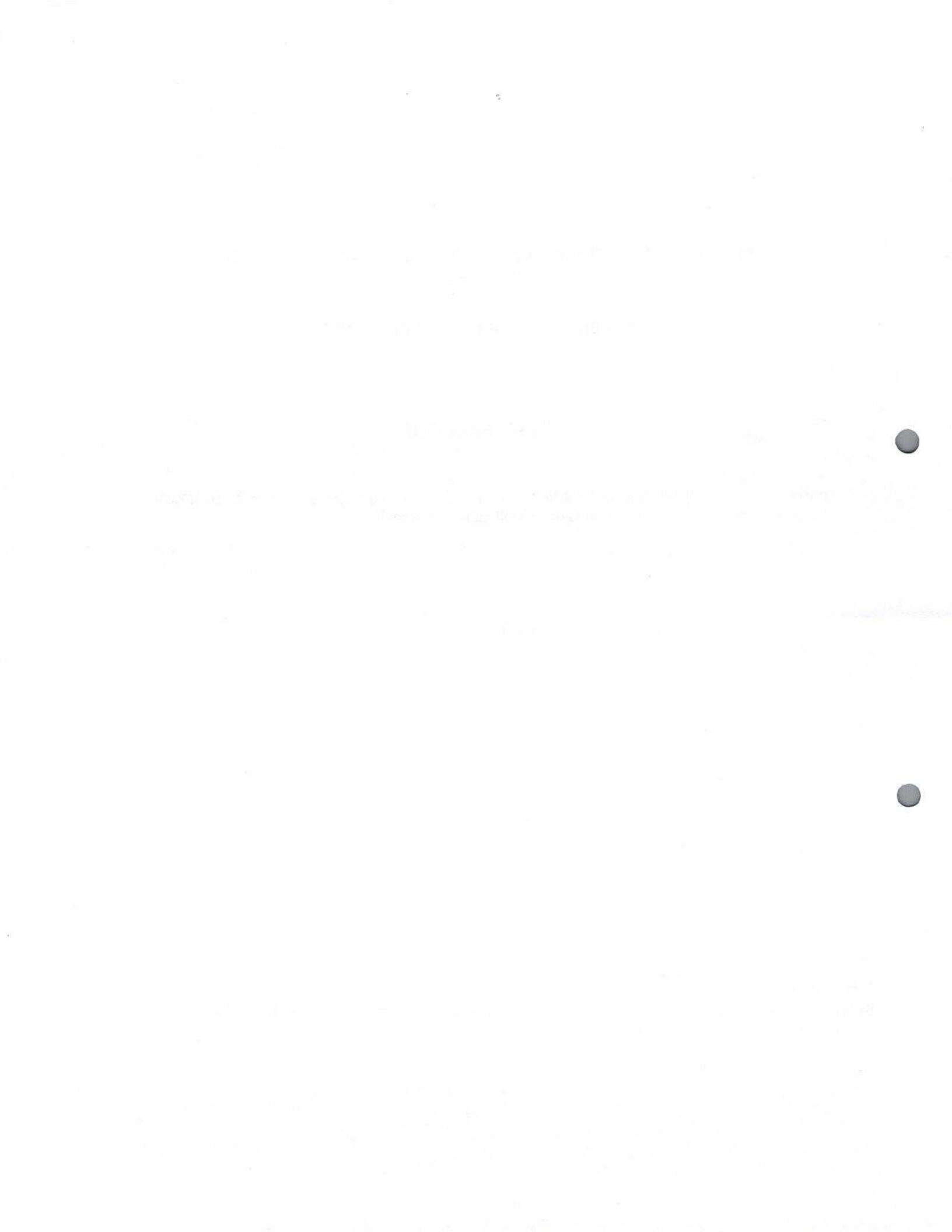
Cordialmente,

Gerencia de Clientes



Tenga en cuenta:

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.





LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

CERTIFICA QUE:

FERNANDO SERAFIN PRECIADO RAMIREZ identificado con CC. 1116867834 registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales:

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE			
Nombres y/o Razón	FUNDACION GESTION SOCIAL		
Tipo y Numero de Documento	NI - 900556022		
INFORMACIÓN RELACIÓN LABORAL			
Fecha de inicio de cobertura	2026/03/03	Fecha inicio contrato	2026/02/18
Tipo de vinculación	Independiente con Contrato	Fecha de fin contrato	2026/09/17
Riesgo	2	Código actividad económica	2873001 - Actividades de atención en instituciones para el cuidado de personas mayores y/o discapacitadas, esta clase
Estado afiliación	Activa	Estado del contrato	Activa
Fecha retiro	-		

Esta certificación se expide a los 2 días del mes de marzo 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: **CC02032026F1116867834R11810391**. Este código es válido por un mes.

Cordialmente,

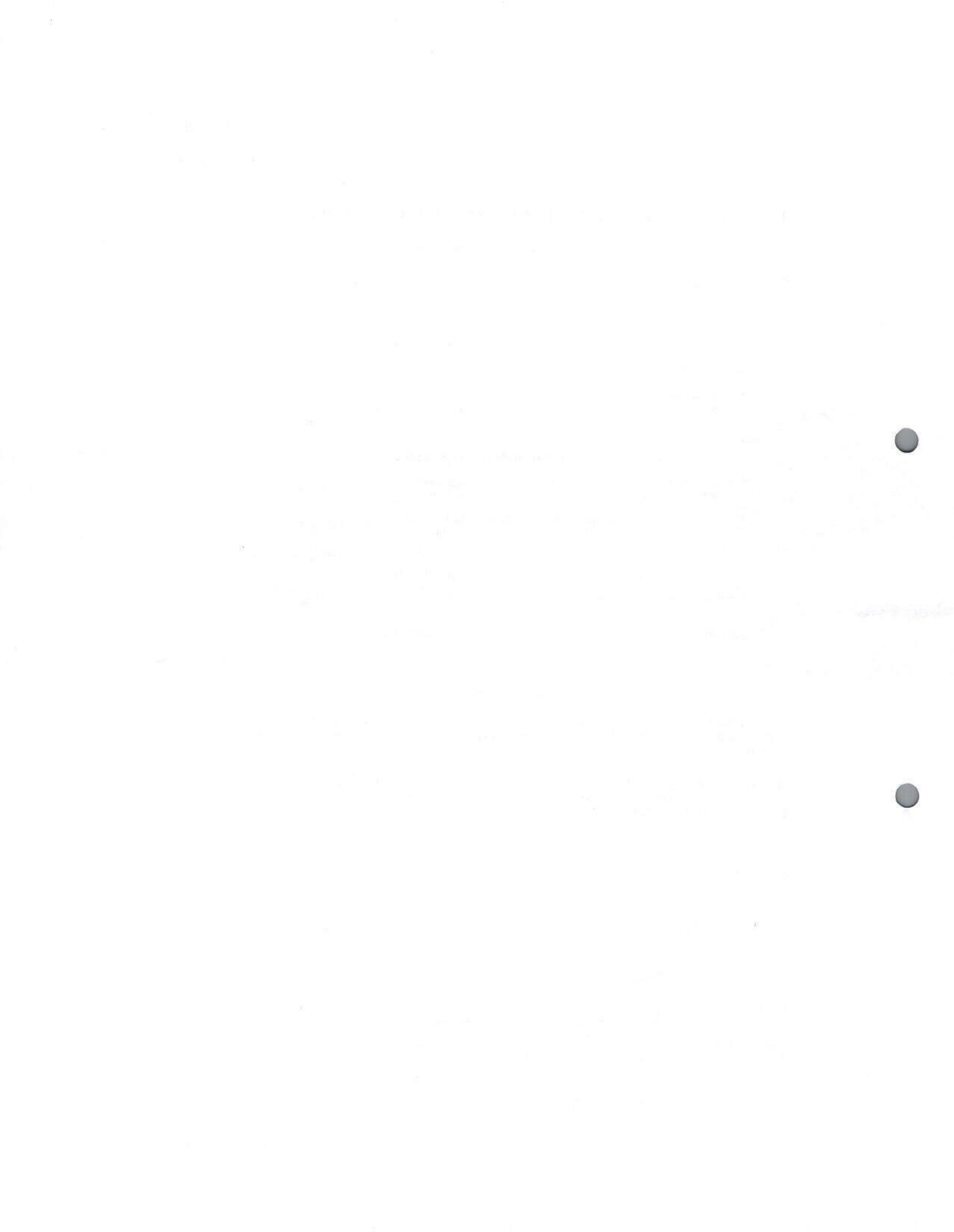
Gerencia de afiliaciones y novedades ARL
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S. A.

Positiva Compañía de Seguros S.A.:
 Nit. 860.011.153-6 | Línea Gratuita Nacional: (+57) 01-8000-111-170 - Teléfono: +57 (601) 330 7000

Defensor del Consumidor Financiero: Ana María Giraldo (Principal) - Pablo Valencia(Suplente) | defensordelcliente@positiva.gov.co | Carrera 10 #97A - 13, Oficina 502, Bogotá | +57 (601) 610 8164 | Lunes a Viernes 8:00 a. m. - 6:00 p. m. | El Defensor, resolverá las quejas o reclamos, actuará como Conciliador ante Positiva.

Más información: <https://www.positiva.gov.co/web/guest/defensoria-del-consumidor>
 Puedes interponer una queja ante Positiva, o el Defensor, o la SFC u otro organismo de

LA ASEGURADORA
 DE TODOS LOS
 COLOMBIANOS





FUNDACION GESTION SOCIAL
 Nit 900.556.022-3
 CALLE 3 7 28 URB LOS MANGOS
 Tel: (607) 3208639029
 Tame - Colombia



Documento soporte por compras a
 sujetos no obligados a facturar
 No. DSF 258

Proveedor	FERNANDO SERAFIN PRECIADO RAMIREZ		
Nit	1.116.867.834-9	Teléfono	(607) 0000000
Dirección	Cra 19 # 20-67	Ciudad	Tame - Colombia

Fecha de compra	Fecha de Vencimiento
2026-04-01	--

Ítem	Descripción	Cantidad	Vr. Unitario	Vr. Total
1	Prestación de servicios como Auxiliar de Enfermería en el Centro de Bienestar del Adulto Mayor (CBAM) del Municipio de Tame, correspondiente al período comprendido entre el 18 de febrero y el 17 de marzo de 2026, en el marco de la ejecución del Convenio de Asociación No. 002 de 2026	1.00	1,995,000.00	1,995,000.00

Valor en Letras:

Un millón novecientos noventa y cinco mil pesos m/cte

Condiciones de Pago:

Efectivo \$ 1,995,000.00

Total Bruto	1,995,000.00
Total a Pagar	1,995,000.00

Observaciones:

A este Documento se le aplican las normas relativas del Documento Soporte en adquirentes efectuadas a sujetos no obligados a facturar (Resolución 167 de 30 de diciembre de 2021).
 Número Autorización 18764102291617 aprobado en 20251129 prefijo DSF desde el número 201 al 600 Vigencia: Vigencia: 24 meses.

CUDS: 673b199d57a9ccebcbdad58523fe06809c2eb714e27e2fb8cc9bb2ff569c3c66689393210ed02476b645b92d613e3b234

Elaborado por Siigo S.A.S Nit: 830 048 145-8



PLANILLA INTEGRADA AUTO LIQUIDACION APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE CÉDULA DE CIUDADANÍA: NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 111862934 NOMBRE O RAZÓN SOCIAL: FERNANDO CERAM PRECADO RAMIREZ TIPO DE PLANILLA: NÚMERO PLANILLA: 1113437262 TIPO DE PLANILLA: PERIODO COTIZACIÓN SALUD: 2026 FECHA PAGO (aaaa mm/aa): 2026/03/06 NÚMERO AUTORIZACIÓN: 083335 INDEPENDIENTES 2026		DATOS GENERALES DE LA PLANILLA MENS: febrero AÑO: 2026 MENS: febrero AÑO: 2026	
--	--	---	--

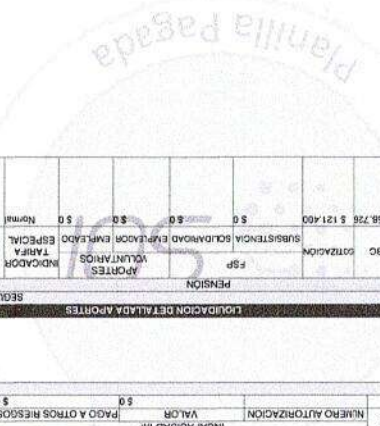
DATOS DEL APORTANTE CÓDIGO: 220301-POYENHIR NOMBRE: POYENHIR No. COTIZANTES: 1 VALOR AUTORIZACIÓN: \$ 121.400 EMPLEADOR: COTIZANTE SALUD: FSP		TOTAL APORTES A PENSION APORTES VOLUNTARIOS: \$ 0 SOLIDARIDAD: \$ 0 SUBSISTENCIA: \$ 0 COTIZACIÓN: \$ 0 MORA: \$ 0 FSP: \$ 0 APORTES: \$ 121.400 DESCENTO: \$ 0 VALOR PAGADO: \$ 121.400 TOTALES: \$ 121.400	
--	--	---	--

DATOS DEL APORTANTE CÓDIGO: EPS041 NOMBRE: NUEVA EPS CM No. COTIZANTES: 1 VALOR AUTORIZACIÓN: \$ 94.900 INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD: LICENCIA MATERIDAD: SALDO A FAVOR: LIQUIDACIÓN: VALOR ADEBES: \$ 0 COTIZACIÓN: \$ 0 MORA: \$ 0 APORTES: \$ 94.900 DESCENTO: \$ 0 VALOR PAGADO: \$ 94.900 TOTALES: \$ 94.900		TOTAL APORTES A SALUD APORTES: \$ 94.900 MORA: \$ 0 FSP: \$ 0 APORTES: \$ 94.900 DESCENTO: \$ 0 VALOR PAGADO: \$ 94.900 TOTALES: \$ 94.900	
---	--	--	--

DATOS DEL APORTANTE CÓDIGO: 14-23 NOMBRE: 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A No. COTIZANTES: 1 VALOR AUTORIZACIÓN: \$ 8.000 INCAPACIDAD RP: PAGO A OTROS RIESGOS: PLANILLA: VALOR: \$ 0 LIQUIDACIÓN: \$ 8.000 APORTES: \$ 8.000 MORA: \$ 0 DESCENTO: \$ 0 VALOR PAGADO: \$ 8.000 TOTALES: \$ 8.000		TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES APORTES: \$ 8.000 MORA: \$ 0 FSP: \$ 0 APORTES: \$ 8.000 DESCENTO: \$ 0 VALOR PAGADO: \$ 8.000 TOTALES: \$ 8.000	
--	--	--	--

DATOS DEL APORTANTE CÓDIGO: 220301- NOMBRE: POYENHIR No. COTIZANTES: 1 VALOR AUTORIZACIÓN: \$ 224.300 EMPLEADOR: COTIZANTE SALUD: FSP		TOTAL APORTES A PENSION APORTES VOLUNTARIOS: \$ 0 SOLIDARIDAD: \$ 0 SUBSISTENCIA: \$ 0 COTIZACIÓN: \$ 0 MORA: \$ 0 FSP: \$ 0 APORTES: \$ 224.300 DESCENTO: \$ 0 VALOR PAGADO: \$ 224.300 TOTALES: \$ 224.300	
--	--	---	--

TOTAL PAGADO: \$ 224.300



679





FUNDACION GESTION SOCIAL
 Nit 900.556.022-3
 CALLE 3 7 28 URB LOS MANGOS
 Tel: (607) 3208639029
 Tame - Colombia



Documento soporte por compras a
 sujetos no obligados a facturar
 No. DSF 272

Proveedor	FERNANDO SERAFIN PRECIADO RAMIREZ		
Nit	1.116.867.834-9	Teléfono	(607) 0000000
Dirección	Cra 19 # 20-67	Ciudad	Tame - Colombia

Fecha de compra	Fecha de Vencimiento
2026-04-17	--

Ítem	Descripción	Cantidad	Vr. Unitario	Vr. Total
1	Prestación de servicios como Auxiliar de Enfermería en el Centro de Bienestar del Adulto Mayor (CBAM) del Municipio de Tame, correspondiente al periodo comprendido entre el 18 de marzo y el 17 de abril de 2026, en el marco de la ejecución del Convenio de Asociación No. 002 de 2026	1.00	1,995,000.00	1,995,000.00

Valor en Letras:

Un millón novecientos noventa y cinco mil pesos m/cte

Condiciones de Pago:

Efectivo

\$ 1,995,000.00

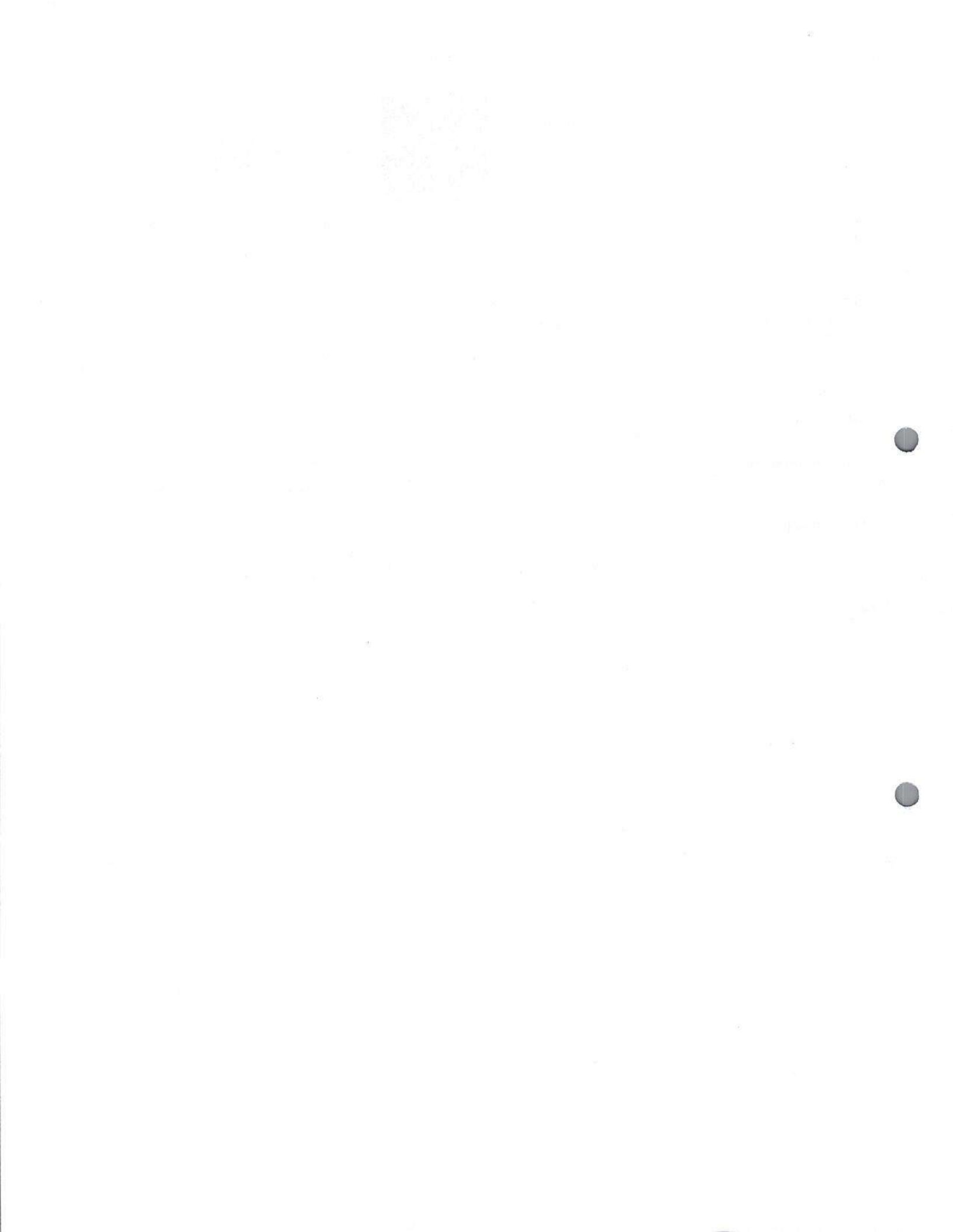
Total Bruto	1,995,000.00
Total a Pagar	1,995,000.00

Observaciones:

A este Documento se le aplican las normas relativas del Documento Soporte en adquirentes efectuadas a sujetos no obligados a facturar (Resolución 167 de 30 de diciembre de 2021).
 Número Autorización 18764102291617 aprobado en 20251129 prefijo DSF desde el número 201 al 600 Vigencia: Vigencia: 24 meses.

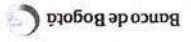
CUDS: ccaeedd52ba95b10f12ed602b08b2d9d90ef79d02a77fe56eef97ea6c13165fe2e7a5fb8a7cdd8a047cf2a37ecc4e62f

Elaborado por Siigo S.A.S Nit: 830 048 145-8





PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES SOPORTE DE PAGO GENERAL



DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
116867834	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	116867834	NÚMERO PLANILLA	111867834	FECHA FID (aaaa mm dd)	2026-04-09	NÚMERO AUTORIZACIÓN	680130
111867834	FECHA FID (aaaa mm dd)	DÍAS DE ROMA	111867834	FECHA FID (aaaa mm dd)	111867834	PERIODO COTIZACIÓN OTROS	2026	PERIODO COTIZACIÓN SALUD	2026
111867834	FECHA FID (aaaa mm dd)	DÍAS DE ROMA	111867834	FECHA FID (aaaa mm dd)	111867834	PERIODO COTIZACIÓN SALUD	2026	PERIODO COTIZACIÓN SALUD	2026
111867834	FECHA FID (aaaa mm dd)	DÍAS DE ROMA	111867834	FECHA FID (aaaa mm dd)	111867834	PERIODO COTIZACIÓN SALUD	2026	PERIODO COTIZACIÓN SALUD	2026
111867834	FECHA FID (aaaa mm dd)	DÍAS DE ROMA	111867834	FECHA FID (aaaa mm dd)	111867834	PERIODO COTIZACIÓN SALUD	2026	PERIODO COTIZACIÓN SALUD	2026

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA									
111867834	ADMINISTRADORA	ADMINISTRADORA	ADMINISTRADORA	ADMINISTRADORA	ADMINISTRADORA	ADMINISTRADORA	ADMINISTRADORA	ADMINISTRADORA	ADMINISTRADORA
111867834	ADMINISTRADORA	ADMINISTRADORA	ADMINISTRADORA	ADMINISTRADORA	ADMINISTRADORA	ADMINISTRADORA	ADMINISTRADORA	ADMINISTRADORA	ADMINISTRADORA
111867834	ADMINISTRADORA	ADMINISTRADORA	ADMINISTRADORA	ADMINISTRADORA	ADMINISTRADORA	ADMINISTRADORA	ADMINISTRADORA	ADMINISTRADORA	ADMINISTRADORA
111867834	ADMINISTRADORA	ADMINISTRADORA	ADMINISTRADORA	ADMINISTRADORA	ADMINISTRADORA	ADMINISTRADORA	ADMINISTRADORA	ADMINISTRADORA	ADMINISTRADORA
111867834	ADMINISTRADORA	ADMINISTRADORA	ADMINISTRADORA	ADMINISTRADORA	ADMINISTRADORA	ADMINISTRADORA	ADMINISTRADORA	ADMINISTRADORA	ADMINISTRADORA

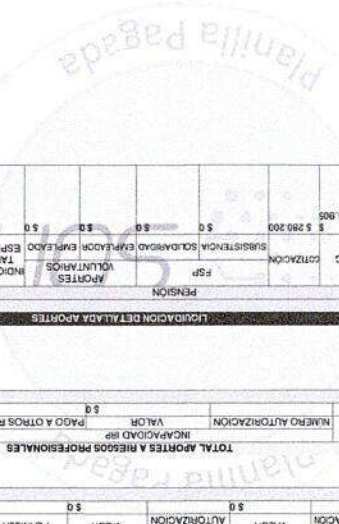
TOTAL APORTES A PENSION									
220301	ADMINISTRADORA	ADMINISTRADORA	ADMINISTRADORA	ADMINISTRADORA	ADMINISTRADORA	ADMINISTRADORA	ADMINISTRADORA	ADMINISTRADORA	ADMINISTRADORA
220301	ADMINISTRADORA	ADMINISTRADORA	ADMINISTRADORA	ADMINISTRADORA	ADMINISTRADORA	ADMINISTRADORA	ADMINISTRADORA	ADMINISTRADORA	ADMINISTRADORA
220301	ADMINISTRADORA	ADMINISTRADORA	ADMINISTRADORA	ADMINISTRADORA	ADMINISTRADORA	ADMINISTRADORA	ADMINISTRADORA	ADMINISTRADORA	ADMINISTRADORA
220301	ADMINISTRADORA	ADMINISTRADORA	ADMINISTRADORA	ADMINISTRADORA	ADMINISTRADORA	ADMINISTRADORA	ADMINISTRADORA	ADMINISTRADORA	ADMINISTRADORA
220301	ADMINISTRADORA	ADMINISTRADORA	ADMINISTRADORA	ADMINISTRADORA	ADMINISTRADORA	ADMINISTRADORA	ADMINISTRADORA	ADMINISTRADORA	ADMINISTRADORA

TOTAL APORTES A SALUD									
EP041	ADMINISTRADORA	ADMINISTRADORA	ADMINISTRADORA	ADMINISTRADORA	ADMINISTRADORA	ADMINISTRADORA	ADMINISTRADORA	ADMINISTRADORA	ADMINISTRADORA
EP041	ADMINISTRADORA	ADMINISTRADORA	ADMINISTRADORA	ADMINISTRADORA	ADMINISTRADORA	ADMINISTRADORA	ADMINISTRADORA	ADMINISTRADORA	ADMINISTRADORA
EP041	ADMINISTRADORA	ADMINISTRADORA	ADMINISTRADORA	ADMINISTRADORA	ADMINISTRADORA	ADMINISTRADORA	ADMINISTRADORA	ADMINISTRADORA	ADMINISTRADORA
EP041	ADMINISTRADORA	ADMINISTRADORA	ADMINISTRADORA	ADMINISTRADORA	ADMINISTRADORA	ADMINISTRADORA	ADMINISTRADORA	ADMINISTRADORA	ADMINISTRADORA
EP041	ADMINISTRADORA	ADMINISTRADORA	ADMINISTRADORA	ADMINISTRADORA	ADMINISTRADORA	ADMINISTRADORA	ADMINISTRADORA	ADMINISTRADORA	ADMINISTRADORA

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES									
14-23	ADMINISTRADORA	ADMINISTRADORA	ADMINISTRADORA	ADMINISTRADORA	ADMINISTRADORA	ADMINISTRADORA	ADMINISTRADORA	ADMINISTRADORA	ADMINISTRADORA
14-23	ADMINISTRADORA	ADMINISTRADORA	ADMINISTRADORA	ADMINISTRADORA	ADMINISTRADORA	ADMINISTRADORA	ADMINISTRADORA	ADMINISTRADORA	ADMINISTRADORA
14-23	ADMINISTRADORA	ADMINISTRADORA	ADMINISTRADORA	ADMINISTRADORA	ADMINISTRADORA	ADMINISTRADORA	ADMINISTRADORA	ADMINISTRADORA	ADMINISTRADORA
14-23	ADMINISTRADORA	ADMINISTRADORA	ADMINISTRADORA	ADMINISTRADORA	ADMINISTRADORA	ADMINISTRADORA	ADMINISTRADORA	ADMINISTRADORA	ADMINISTRADORA
14-23	ADMINISTRADORA	ADMINISTRADORA	ADMINISTRADORA	ADMINISTRADORA	ADMINISTRADORA	ADMINISTRADORA	ADMINISTRADORA	ADMINISTRADORA	ADMINISTRADORA

DATOS DEL COTIZANTE									
1	IDENTIFICACION	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
1	IDENTIFICACION	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
1	IDENTIFICACION	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
1	IDENTIFICACION	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
1	IDENTIFICACION	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO

TOTAL PAGADO: \$ 517.400







FUNDACION GESTION SOCIAL
Nit 900.556.022-3
CALLE 3 7 28 URB LOS MANGOS
Tel: (607) 3208639029
Tame - Colombia



Documento soporte por compras a
sujetos no obligados a facturar
No. DSF 287

Proveedor	FERNANDO SERAFIN PRECIADO RAMIREZ		
Nit	1.116.867.834-9	Teléfono	(607) 0000000
Dirección	Cra 19 # 20-67	Ciudad	Tame - Colombia

Fecha de compra	Fecha de Vencimiento
2026-05-19	--

Ítem	Descripción	Cantidad	Vr. Unitario	Vr. Total
1	Prestación de servicios como Auxiliar de Enfermería en el Centro de Bienestar del Adulto Mayor (CBAM) del Municipio de Tame, correspondiente al período comprendido entre el 18 de abril y el 17 de mayo de 2026, en el marco de la ejecución del Convenio de Asociación No. 002 de 2026	1.00	1,995,000.00	1,995,000.00

Valor en Letras:

Un millón novecientos noventa y cinco mil pesos m/cte

Condiciones de Pago:

Efectivo \$ 1,995,000.00

Total Bruto	1,995,000.00
Total a Pagar	1,995,000.00

Observaciones:

A este Documento se le aplican las normas relativas del Documento Soporte en adquirentes efectuadas a sujetos no obligados a facturar (Resolución 167 de 30 de diciembre de 2021).
Número Autorización 18764102291617 aprobado en 20251129 prefijo DSF desde el número 201 al 600 Vigencia: Vigencia: 24 meses.

CUDS: beda1b15dc5a5a29c4b3092ceb31ff89aff04bbf40700077cfc00e6b38a10422725d03145f77e24103348a7a9e0f9b5c

Elaborado por Siigo S.A.S Nit: 830.048.145-8



Faint, illegible text at the top left of the page.

Faint, illegible text at the top right of the page.

Faint, illegible text on the left side of the page.

Faint, illegible text in the middle right section of the page.

Faint, illegible text on the left side of the page.

Faint, illegible text on the left side of the page.

Faint, illegible text in the middle of the page.

Faint, illegible text on the right side of the page, near the top hole punch.

Faint, illegible text on the right side of the page, below the top hole punch.

Faint, illegible text spanning the middle of the page.



589

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES SOPORTE DE PAGO GENERAL



DATOS GENERALES DEL APORTANTE		DATOS GENERALES DE LA PLANILLA	
NO IDENTIFICACION:	1118867934	TIPO DE PLANILLA:	6017369180
NOMBRE O RAZON SOCIAL:	FERNANDO CERAMIN PRECIBADO RAMIREZ	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	2026
CÉDULA DE CIUDADANÍA:	1118867934	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	2025
NÚMERO DE IDENTIFICACION:	1118867934	TIPO DE PLANILLA:	6017369180
DEPARTAMENTO:	ABARRICA	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	2026
TELÉFONO:	11111111	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	2025
CLASE APORTANTE:	INDIPENDIENTE	TIPO DE PLANILLA:	6017369180
PRIVADA:	INDIPENDIENTE	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	2026
ACTIVIDAD ECONOMICA:	INDIPENDIENTE	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	2025
FORMA DE PRESTACION:	INDIPENDIENTE	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	2026
TIPO EMPLESA:	INDIPENDIENTE	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	2025
TIPO APORTANTE:	INDIPENDIENTE	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	2026
DIRECCION:	INDIPENDIENTE	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	2025
CIDADMUNICIPAL:	INDIPENDIENTE	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	2026
NOMBRE O RAZON SOCIAL:	INDIPENDIENTES	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	2025
CIÉDULA DE CIUDADANÍA:	INDIPENDIENTES	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	2026
NÚMERO DE IDENTIFICACION:	INDIPENDIENTES	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	2025
DEPARTAMENTO:	INDIPENDIENTES	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	2026
TELÉFONO:	INDIPENDIENTES	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	2025
CLASE APORTANTE:	INDIPENDIENTES	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	2026
PRIVADA:	INDIPENDIENTES	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	2025
ACTIVIDAD ECONOMICA:	INDIPENDIENTES	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	2026
FORMA DE PRESTACION:	INDIPENDIENTES	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	2025
TIPO EMPLESA:	INDIPENDIENTES	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	2026
TIPO APORTANTE:	INDIPENDIENTES	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	2025
DIRECCION:	INDIPENDIENTES	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	2026
CIDADMUNICIPAL:	INDIPENDIENTES	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	2025
NOMBRE O RAZON SOCIAL:	INDIPENDIENTES	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	2026

TOTAL APORTES A PENSION		TOTAL APORTES A SALUD	
CÓDIGO	230301-POHENVIR	CÓDIGO	EPSP41
ADMINISTRADORA		ADMINISTRADORA	
Nº. COTIZANTES	1	Nº. COTIZANTES	1
COTIZACION	\$ 280.200	COTIZACION	\$ 218.900
EMPLEADOR		EMPLEADOR	
APORTES VOLUNTARIOS	\$ 0	APORTES VOLUNTARIOS	\$ 0
APORTES A OTROS RIESGOS	\$ 0	APORTES A OTROS RIESGOS	\$ 0
PLANILLA		PLANILLA	
VALOR	\$ 0	VALOR	\$ 0
SALDO A FAVOR		SALDO A FAVOR	
LIQUIDACION	\$ 218.900	LIQUIDACION	\$ 218.900
VALOR ACHES	\$ 0	VALOR ACHES	\$ 0
COTIZACION	\$ 0	COTIZACION	\$ 0
MORA	\$ 0	MORA	\$ 0
APORTES	\$ 218.900	APORTES	\$ 218.900
DESCUENTO	\$ 0	DESCUENTO	\$ 0
VALOR PAGADO	\$ 280.200	VALOR PAGADO	\$ 218.900
TOTALES		TOTALES	

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES		TOTAL APORTES A SALUD	
CÓDIGO	14-23	CÓDIGO	EPSP41
ADMINISTRADORA		ADMINISTRADORA	
Nº. COTIZANTES	1	Nº. COTIZANTES	1
COTIZACION	\$ 0	COTIZACION	\$ 0
EMPLEADOR		EMPLEADOR	
APORTES VOLUNTARIOS	\$ 0	APORTES VOLUNTARIOS	\$ 0
APORTES A OTROS RIESGOS	\$ 0	APORTES A OTROS RIESGOS	\$ 0
PLANILLA		PLANILLA	
VALOR	\$ 0	VALOR	\$ 0
SALDO A FAVOR		SALDO A FAVOR	
LIQUIDACION	\$ 18.300	LIQUIDACION	\$ 18.300
VALOR ACHES	\$ 0	VALOR ACHES	\$ 0
COTIZACION	\$ 0	COTIZACION	\$ 0
MORA	\$ 0	MORA	\$ 0
APORTES	\$ 18.300	APORTES	\$ 18.300
DESCUENTO	\$ 0	DESCUENTO	\$ 0
VALOR PAGADO	\$ 18.300	VALOR PAGADO	\$ 18.300
TOTALES		TOTALES	

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES		TOTAL APORTES A SALUD	
CÓDIGO	14-23	CÓDIGO	EPSP41
ADMINISTRADORA		ADMINISTRADORA	
Nº. COTIZANTES	1	Nº. COTIZANTES	1
COTIZACION	\$ 0	COTIZACION	\$ 0
EMPLEADOR		EMPLEADOR	
APORTES VOLUNTARIOS	\$ 0	APORTES VOLUNTARIOS	\$ 0
APORTES A OTROS RIESGOS	\$ 0	APORTES A OTROS RIESGOS	\$ 0
PLANILLA		PLANILLA	
VALOR	\$ 0	VALOR	\$ 0
SALDO A FAVOR		SALDO A FAVOR	
LIQUIDACION	\$ 18.300	LIQUIDACION	\$ 18.300
VALOR ACHES	\$ 0	VALOR ACHES	\$ 0
COTIZACION	\$ 0	COTIZACION	\$ 0
MORA	\$ 0	MORA	\$ 0
APORTES	\$ 18.300	APORTES	\$ 18.300
DESCUENTO	\$ 0	DESCUENTO	\$ 0
VALOR PAGADO	\$ 18.300	VALOR PAGADO	\$ 18.300
TOTALES		TOTALES	

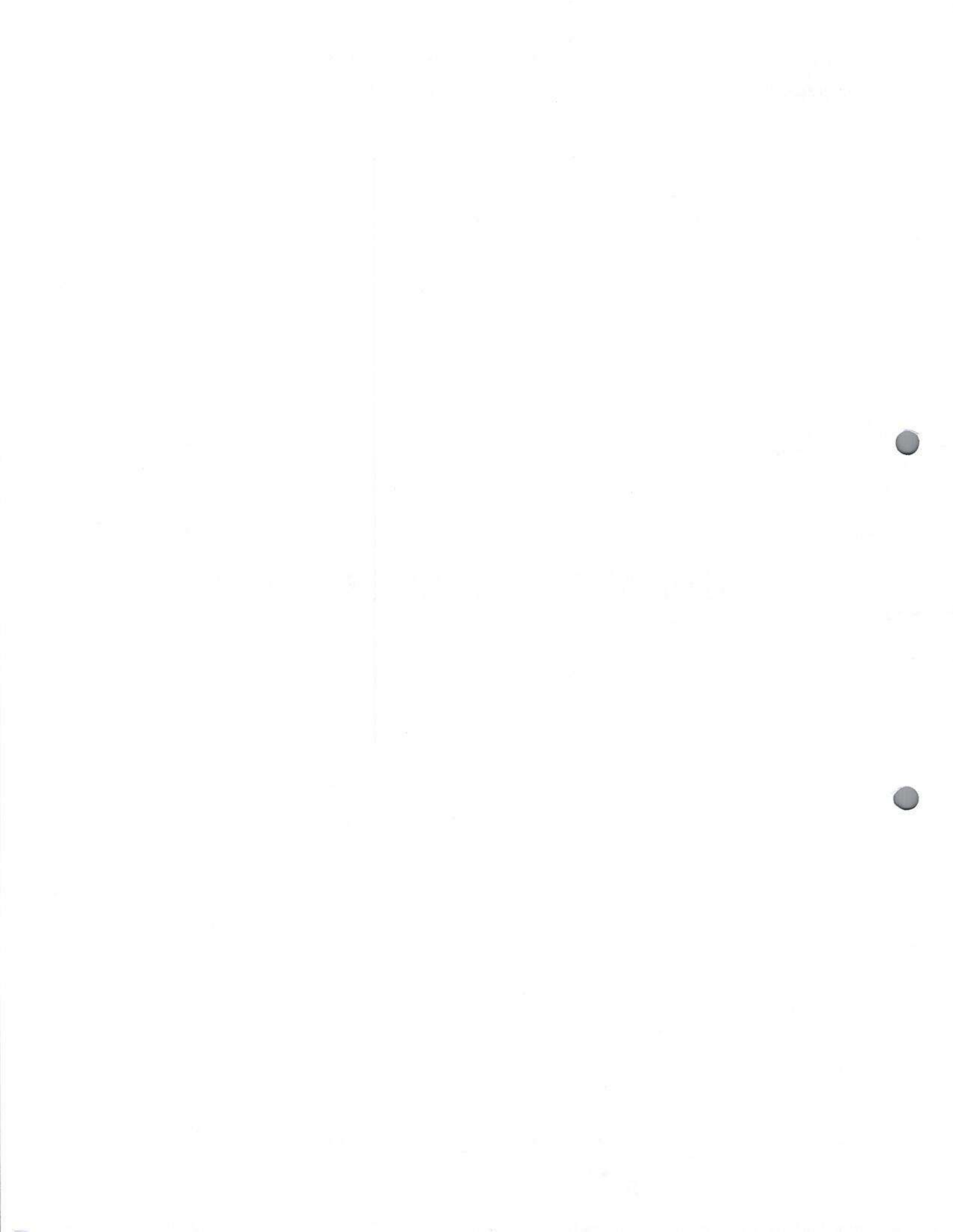
TOTAL PAGADO: \$ 517.400





AUXILIAR DE ENFERMERÍA No. 2





CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS No. 04 DE 2026

CONTRATANTE: FUNDACIÓN GESTIÓN SOCIAL – FUNGES
NIT: 900.556.022-3
REPRESENTANTE LEGAL: GUSTAVO ALEXIS SARMIENTO
C.C.: 96.194.978 expedida en Tame
CONTRATISTA: ASTRID XIMENA MANRIQUE AREVALO
C.C.: 1.116.870.230 expedida en Tame
OBJETO: Prestación de servicios como Auxiliar de Enfermería en el Centro de Bienestar del Adulto Mayor (CBAM).
UBICACIÓN: Municipio de Tame – Arauca
VALOR TOTAL: TRECE MILLONES NOVECIENTOS SESENTA Y CINCO MIL PESOS M/CTE (\$13.965.000)
VALOR MENSUAL: UN MILLÓN NOVECIENTOS NOVENTA Y CINCO MIL PESOS M/CTE (\$1.995.000)
PLAZO: Siete (07) meses
FECHA DE INICIO: 18 de febrero de 2026
FECHA DE TERMINACIÓN: 17 de septiembre de 2026

Entre los suscritos GUSTAVO ALEXIS SARMIENTO, identificado con cédula de ciudadanía No. 96.194.978 expedida en Tame, quien actúa en calidad de Representante Legal de la FUNDACIÓN GESTIÓN SOCIAL – FUNGES, identificada con NIT 900.556.022-3, quien para efectos del presente contrato se denominará EL CONTRATANTE, y por la otra parte ASTRID XIMENA MANRIQUE AREVALO, identificada con cédula de ciudadanía No. 1.116.870.230 expedida en Tame, quien actúa en nombre propio y para efectos del presente contrato se denominará EL CONTRATISTA, ambos mayores de edad y con capacidad para contratar, han acordado celebrar el presente Contrato de Prestación de Servicios, el cual se registrará por las siguientes cláusulas.

CONSIDERACIONES:

Que, para la prestación de servicios como Auxiliar de Enfermería en el Centro de Bienestar del Adulto Mayor (CBAM) mediante el Convenio de Asociación No. 002 de 2026 cuyo objeto es *"DESARROLLAR EL PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL A LA PERSONA MAYOR DEL MUNICIPIO DE TAME – DEPARTAMENTO DE ARAUCA"* suscrito entre la FUNDACIÓN GESTIÓN SOCIAL - FUNGES y el MUNICIPIO DE TAME, se hace necesaria la contratación de una persona que cumpla con los requisitos exigidos para desempeñar dichas actividades.

Debido a lo anterior, las partes acuerdan celebrar el presente contrato de conformidad con las siguientes cláusulas:

PRIMERA: Objeto del contrato. El CONTRATISTA se obliga para con el CONTRATANTE, de manera independiente y sin que exista subordinación o relación laboral alguna, a prestar sus servicios como Auxiliar de Enfermería en el Centro de Bienestar del Adulto Mayor (CBAM), apoyando las actividades de cuidado, atención básica en salud, acompañamiento y bienestar de los adultos mayores, utilizando sus propios medios y con autonomía técnica y administrativa. Como contraprestación, el CONTRATANTE pagará al CONTRATISTA los honorarios establecidos en el presente contrato.

SEGUNDA: Plazo de Ejecución. El término de duración del presente contrato será de siete (07) meses, contados a partir del 18 de febrero de 2026 hasta el 17 de septiembre de 2026, plazo dentro del cual el CONTRATISTA ejecutará las actividades propias del objeto contractual.

TERCERA: Valor. El valor total del presente contrato es la suma de TRECE MILLONES NOVECIENTOS SESENTA Y CINCO MIL PESOS M/CTE (\$13.965.000), suma que será pagada por el CONTRATANTE al CONTRATISTA a título de honorarios,



Dirección: Calle 3 No. 7-28 Barrio El Manguito



Teléfono: 3208639029



gestionsocialfunges@gmail.com

Puerto Rondón – Arauca

de acuerdo con la forma de pago establecida en el presente contrato y previa certificación de cumplimiento por parte del supervisor.

CUARTA. Forma de Pago. El valor del presente contrato será pagado por el CONTRATANTE al CONTRATISTA mediante siete (07) pagos mensuales vencidos, cada uno por valor de UN MILLÓN NOVECIENTOS NOVENTA Y CINCO MIL PESOS M/CTE (\$1.995.000), previa verificación del cumplimiento de las actividades contractuales por parte del CONTRATANTE y acreditación del pago de los aportes al Sistema de Seguridad Social Integral conforme a la normatividad vigente.

Parágrafo. Los pagos establecidos en el presente contrato estarán sujetos a la disponibilidad y desembolso efectivo de los recursos provenientes del Convenio de Asociación No. 002 de 2026 suscrito entre la FUNDACIÓN GESTIÓN SOCIAL – FUNGES y el Municipio de Tame.

QUINTA: Seguridad Social. El CONTRATISTA declara que realizará de manera independiente los aportes al Sistema de Seguridad Social Integral en salud, pensión y riesgos laborales, de conformidad con la normatividad vigente en Colombia. Para efectos del pago de los honorarios pactados en el presente contrato, el CONTRATISTA deberá acreditar el pago de dichos aportes correspondientes al período ejecutado.

SEXTA: Subcontratación. El CONTRATISTA no podrá ceder ni subcontratar total o parcialmente la ejecución del objeto del presente contrato sin la autorización previa, expresa y escrita del CONTRATANTE.

Parágrafo. En todo caso, el CONTRATISTA será el único responsable por la correcta ejecución de las actividades contratadas y mantendrá indemne al CONTRATANTE frente a cualquier reclamación, demanda o acción legal que pudiera presentarse con ocasión de la ejecución del presente contrato.

SÉPTIMA: Obligaciones Del Contratista. El CONTRATISTA se obliga a ejecutar el Objeto del Contrato, razón por la cual tendrá las siguientes obligaciones:

1. Asear las camas de los adultos mayores o brindar apoyo en esta actividad según su condición.
2. Realizar el aseo e higiene personal de los adultos mayores cuando su condición lo requiera.
3. Realizar y registrar los procedimientos efectuados a los adultos mayores de acuerdo con las indicaciones médicas.
4. Organizar y mantener limpios los carros de curación y los elementos utilizados en la atención.
5. Recibir, distribuir y suministrar los alimentos a los adultos mayores que no puedan desplazarse al comedor.
6. Administrar y registrar los medicamentos de acuerdo con la prescripción médica.
7. Realizar la toma y registro de signos vitales según diagnóstico o indicación médica.
8. Acompañar a los adultos mayores a las citas de control médico ante la IPS correspondiente cuando se requiera.
9. Desarrollar actividades que contribuyan al cuidado, bienestar y mejoramiento de las condiciones de salud de los adultos mayores.
10. Apoyar las actividades y programas que se desarrollen en el Centro de Bienestar del Adulto Mayor (CBAM).
11. Llevar registro de las actividades realizadas y diligenciar los formatos o soportes requeridos por el Centro de Bienestar del Adulto Mayor (CBAM).
12. Informar oportunamente al coordinador o supervisor sobre cualquier novedad en el estado de salud de los adultos mayores.
13. Cumplir con los protocolos de bioseguridad, higiene y cuidado establecidos por el CBAM y las autoridades de salud.
14. Las demás actividades que le sean asignadas por el supervisor del contrato y que sean inherentes al objeto de este.



Parágrafo 1: El CONTRATISTA ejecutará el objeto del presente contrato con plena autonomía técnica, administrativa y operativa, utilizando sus propios medios, recursos y conocimientos, sin que exista subordinación o dependencia respecto de EL CONTRATANTE; en consecuencia, el CONTRATISTA asumirá bajo su exclusiva responsabilidad los riesgos, gastos y obligaciones derivados de la ejecución del contrato.

Parágrafo 2: El CONTRATISTA además de las obligaciones del contrato deberá: 1. Obrar con seriedad y diligencia en el servicio contratado, 2. Presentar evidencias o soportes de las actividades realizadas, tales como registros, formatos o material fotográfico, cuando sean requeridos por el CONTRATANTE, 3. Atender las solicitudes y recomendaciones que haga el CONTRATANTE o sus delegados, con la mayor prontitud. 4. Permitir que el CONTRATANTE o un delegado haga visitas a las instalaciones del CONTRATISTA o el sitio que esté desarrollando las actividades. 5. Pago de los aportes al Sistema de Seguridad Social en salud, pensión y riesgos laborales, conforme a la normatividad vigente.

OCTAVA: Obligaciones del CONTRATANTE: Además de las obligaciones propias del contrato de prestación de servicios, el CONTRATANTE se compromete a suministrar al CONTRATISTA la información necesaria para el desarrollo de las actividades objeto del contrato, facilitar la coordinación con el personal del Centro de Bienestar del Adulto Mayor (CBAM) y efectuar el pago de los honorarios en los términos establecidos en el presente contrato.

NOVENA. Supervisión. El CONTRATANTE o su representante supervisará la ejecución del servicio encomendado y podrá formular las observaciones del caso para ser analizadas en conjunto con el CONTRATISTA.

DÉCIMA: Terminación anticipada. Cualquiera de las partes podrá dar por terminado el presente contrato antes del vencimiento del plazo pactado, mediante comunicación escrita dirigida a la otra parte. En todo caso, el CONTRATANTE podrá darlo por terminado de manera unilateral cuando se presenten circunstancias que afecten la ejecución del objeto contractual, por incumplimiento de las obligaciones del CONTRATISTA o por terminación o modificación del convenio que da origen al presente contrato.

DÉCIMA PRIMERA: 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.

DÉCIMA SEGUNDA: Inexistencia de relación laboral. Las partes dejan expresa constancia de que el presente contrato es de naturaleza civil y no genera relación laboral alguna entre el CONTRATANTE y el CONTRATISTA. En consecuencia, el CONTRATISTA actuará con plena autonomía técnica y administrativa en la ejecución de las actividades contratadas y no tendrá derecho al reconocimiento de salarios, prestaciones sociales, indemnizaciones laborales ni demás derechos propios de un contrato de trabajo.

DÉCIMA TERCERA. 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 CUARTA: Solución de conflictos. Se acuerda que, de presentarse un conflicto entre las partes, en el marco del presente contrato, las partes deberán acudir en primera instancia a un centro de conciliación certificado.

DÉCIMA QUINTA: Modificaciones. Toda modificación, variación adición o prórroga del presente contrato, deberá constar por escrito, mediante OTRO SÍ, que suscribirán con la firma ambas partes contratantes.



Dirección: Calle 3 No. 7-28 Barrio El Manguito



Teléfono: 3208639029



gestionsocialfunges@gmail.com

Puerto Rondón – Arauca

DÉCIMA SEXTA: Domicilio contractual. Para el presente contrato se establece como domicilio contractual el municipio de Tame.

DÉCIMA SÉPTIMA: Declaración del CONTRATISTA. El CONTRATISTA declara bajo la gravedad de juramento que conoce la naturaleza jurídica del presente contrato de prestación de servicios y manifiesta que lo celebra con plena autonomía técnica, administrativa y financiera, sin que exista subordinación ni dependencia respecto del CONTRATANTE. En consecuencia, reconoce que no se genera vínculo laboral alguno ni derecho al pago de prestaciones sociales, indemnizaciones o beneficios propios de un contrato de trabajo. Así mismo, declara que asume de manera independiente las obligaciones tributarias, de seguridad social y demás cargas legales derivadas de la ejecución del presente contrato.

Para constancia, se firma en el municipio de Tame, Arauca, a los dieciocho (18) días del mes de febrero de 2026.

EL CONTRATANTE,



GUSTAVO ALEXIS SARMIENTO
C.C. 96.194.978 expedida en Tame
Representante Legal
FUNDACIÓN GESTIÓN SOCIAL – FUNGES

EL CONTRATISTA,



ASTRID XIMENA MANRIQUE AREVALO
C.C. 1.116.870.230 expedida en Tame



Dirección: Calle 3 No. 7-28 Barrio El Manguito



Teléfono: 3208639029



gestionsocialfunges@gmail.com

Puerto Rondón – Arauca

ENTREGA CARTA DE DERECHOS Y DEBERES Y CARTA DE DESEMPEÑO

nueva
eps

gente cuidando gente
TEL: 01 8000 554400

Autorización de mensajes de texto. (Consulte página 04 del Plan de Salud)

Yo **ASTRID XIMENA MANRIQUE AREVALO** identificada (a) con **CC - Cédula de Ciudadanía** número **1116870230** de **COLOMBIA** certifico que:

1. ¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la carta de derechos y deberes del afiliado y del paciente?	SI <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Así mismo autorizo a NUEVA EPS, para que envíe información al teléfono celular No. _____ y/o correo electrónico: _____ SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Además le entrego de la carta de Derechos y Deberes del Afiliado y carta de Desempeño, en formato electrónico. SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Consulte la carta de derechos y deberes y la carta de desempeño en el instructivo Web: http://www.nuevaeps.com/consulta-derechos-deberes Evitando impensables para el afiliado con el plan de salud. SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
2. ¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la carta de desempeño donde se presenta de manera clara su puesto en el ranking?	SI <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
3. ¿Levó al conocimiento de la carta de derechos y deberes del afiliado y del paciente?	SI <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
4. ¿Levó el contenido de la carta de desempeño de la EPS?	SI <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
5. ¿Ha sido alguna otra vez informada de la información, fue asesorado adecuadamente por la EPS?	SI <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	

Confiantemente

Firma: **Astrid Manrique**
 Tipo ID: **CC - Cédula** No. ID: **1116870230**
 Fecha de Suscripción: **24/2/2026**
 Dirección: **CLL 5 # 10-45 B, Balcon del Llano**
 Tel: **3123314391** Municipio: **TAME**
 Departamento: **ARAUCA**

Así como manifiesta que no sabe o no puede firmar, autoriza a:

Firma: _____ No. ID: _____
 Fecha (dd/mm/aaaa): _____
 Dirección: _____
 Tel: _____ Municipio: _____
 Departamento: _____

Manifiesta que no tiene conocimiento de los datos personales y demás información que se ingresó en el formulario de afiliación y que no autoriza a NUEVA EPS S.A. en ningún momento para el tratamiento de sus datos personales. Si No
 Delección voluntaria de consentimiento. Deleto y autorizo que esta Delección de consentimiento sea efectiva. SI No

Autorizaciones

En virtud de la anterior certificación, autorizo expresamente y confirmo a la aseguradora en los artículos 14 y 16 de la Ley 101 de 1993 a NUEVA EPS S.A. para que me remita información en forma de mensajes de texto, a través de dispositivos como móvil, smart tv, correo electrónico y redes sociales, relacionada con los servicios de NUEVA EPS S.A. y de la carta de derechos y deberes.

Autorizo de manera expresa a NUEVA EPS S.A. y/o a la persona natural o jurídica a quien esta facultada para sus acciones, acciones, toma, toma, acción, acción, acción o alguna otra acción, acción, acción, acción a los servicios de la NUEVA EPS S.A. y para el cumplimiento de la carta de derechos y deberes.

La presente autorización no implica la renuncia del afiliado cuando en el momento de la suscripción los principios, derechos y garantías constitucionales y legales. La renuncia no sucede cuando el Superintendente de Industria y Comercio haya determinado que en el momento de la suscripción el afiliado no autorizó el tratamiento de sus datos personales a esta ley y a la constitución. En cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 y las normas técnicas que los modifican, adiciona o complementan, la información que usted puede consultar en política de tratamiento de los datos personales de NUEVA EPS S.A. a través de los siguientes mecanismos que encontrará en su página web: www.nuevaeps.co

Aviso de privacidad

Por medio de esta declaración, yo manifiesto que NUEVA EPS S.A. tiene derecho sobre las siguientes acciones que me afectan con respecto a los datos personales:

- Acceder los datos personales que tienen acceso de tratamiento conforme a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 y sus demás normas que le modifiquen, adicionen o complementen.
- Conocer, actualizar y rectificar mis datos personales frente al responsable del tratamiento y al encargado del tratamiento. Este derecho se podrá ejercer, entre otros casos, en relación con datos incorrectos, irrelevantes, incompletos, obsoletos, que sufran de error o incertidumbre, datos cuyo tratamiento o uso supere el propósito autorizado o no haya sido autorizado.
- Solicitar copia de la información que está a su disposición del tratamiento, así como cuando expresamente se autorizó como requisito para el tratamiento de conformidad con lo previsto en el artículo 17 de la Ley 1581 de 2012.
- Ser informado por el responsable del tratamiento o el encargado del tratamiento, según proceda, con respecto a los datos que le no están a los datos personales.
- Ejercer ante el Superintendente de Industria y Comercio quejas por infracciones a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 y las demás normas que le modifiquen, adicionen o complementen.

Régimen Contributivo:
 Línea gratuita: 01 8000 554400
 Línea de atención en Bogotá: (604) 367 7822

Régimen Subsidiado:
 Línea gratuita: 01 8000 95 2000
 Línea de atención en Bogotá: (604) 397 7051

Otras de atención al afiliado de NUEVA EPS S.A.
 Computador: (604) 419 3000
 Dirección Administrativa: Carrera 85a No. 40A - 56 Piso 2

De esta manera, la información que usted suministró en este formato, así como la relacionada en el formulario de afiliación y demás documentos anexos, serán utilizadas por NUEVA EPS S.A. como responsable del tratamiento de la información suministrada para los fines específicos relacionados con la administración y prestación de servicios en salud de Plan Obligatorio de Salud de acuerdo con la Ley 1801 de 2012 ("Ley de Datos"), dicho tratamiento podrá implicar la transferencia, agregada y/o compartición de los datos y el cual se autoriza a través de la presente, acciones autorizadas de cumplimiento de información o de sus datos personales para fines administrativos y para el correcto prestación del servicio, de la forma indicada en los Términos y Condiciones de todo uno de sus planes y de la Política de Confidencialidad y Protección de Datos.

INFORMACIÓN PARA SER DILIGENCIADA POR EL TRABAJADOR INDEPENDIENTE CUYO INGRESO SEA IGUAL O SUPERIOR A 1 SMLMV

ACTIVIDAD ECONÓMICA	ADMINISTRACIÓN DE NEGOCIOS LABORALES	ADMINISTRACIÓN DE FONDOS DE PENSIONES	INGRESO BASE DE LIQUIDACIÓN	POSICIÓN DE LA PERSONA	SI	PRODUCTIVA APROPIADA	SI
4759	SURA	PORVENIR	1995000				
Región: <input type="checkbox"/> Bogotá <input type="checkbox"/> Santander <input type="checkbox"/> Sucre <input type="checkbox"/> Tolima <input type="checkbox"/> Valle del Cauca <input type="checkbox"/> Cauca <input type="checkbox"/> Chocó <input type="checkbox"/> Nariño <input type="checkbox"/> Quindío <input type="checkbox"/> Risaralda <input type="checkbox"/> Córdoba <input type="checkbox"/> Magdalena <input type="checkbox"/> Bolívar <input type="checkbox"/> Atlántico <input type="checkbox"/> Cesar <input type="checkbox"/> Guajará <input type="checkbox"/> Cesar <input type="checkbox"/> Magdalena <input type="checkbox"/> Bolívar <input type="checkbox"/> Atlántico <input type="checkbox"/> Cesar <input type="checkbox"/> Guajará	Indicador de actividad económica: <input type="checkbox"/> Persona física <input type="checkbox"/> Persona jurídica	Indicador de actividad económica: <input type="checkbox"/> Persona física <input type="checkbox"/> Persona jurídica	11	Personero/Cooperante		Contratista	Indicador de actividad económica: <input checked="" type="checkbox"/> X
Fecha de suscripción: 24/2/2026			Firma: _____		Firma: _____		

SOLO DILIGENCIAR SI ES CONTRATANTE (PERSONA QUE CONTRATA)
 INDEPENDIENTE PAGO POR TERCERO

INFORMACIÓN PARA SER DILIGENCIADA POR LA EPS

Nombre del ASSEGURADO PROMOTOR	CÓDIGO ASSEGURADO PROMOTOR	Residencia de OPERARIA	BOGOTÁ
ELSA FLOREZ	A1380	PEPE SIERRA	24/2/2026

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **MANRIQUE AREVALO ASTRID XIMENA** identificado(a) con CC número **1.116.870.230** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 07 de febrero de 2016 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 23 de febrero de 2026.

Cordialmente,



Cesar Mauricio Aubad Echeverry
Equipo Soporte para Clientes

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

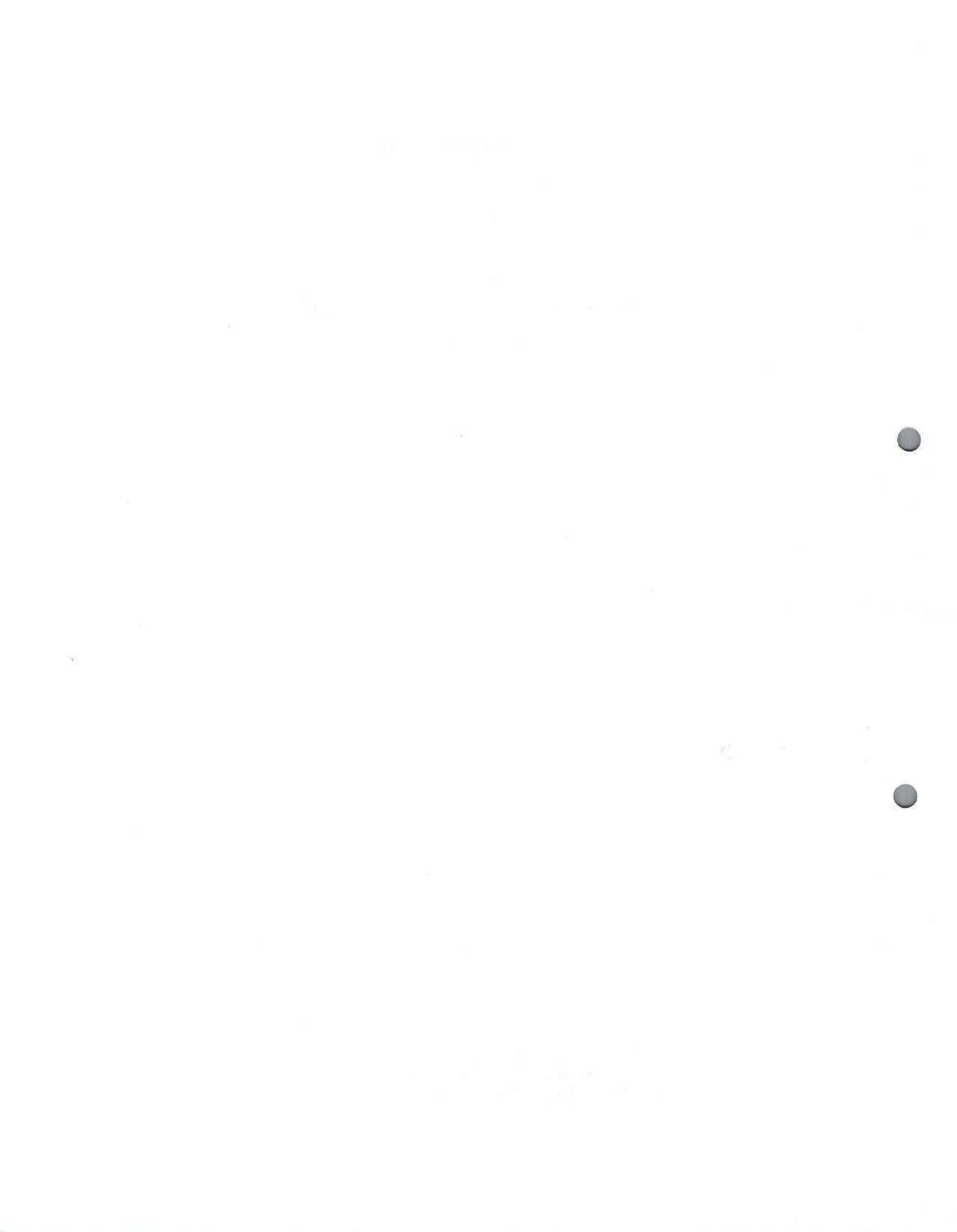
*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:

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/>





LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

CERTIFICA QUE:

ASTRID XIMENA MANRIQUE AREVALO identificado con CC. 1116870230 registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales:

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE			
Nombres y/o Razón	FUNDACION GESTION SOCIAL		
Tipo y Numero de Documento	NI - 900556022		
INFORMACIÓN RELACIÓN LABORAL			
Fecha de inicio de cobertura	2026/03/03	Fecha inicio contrato	2026/02/18
Tipo de vinculación	Independiente con Contrato	Fecha de fin contrato	2026/09/17
Riesgo	2	Código actividad económica	2873001 - Actividades de atención en instituciones para el cuidado de personas mayores y/o discapacitadas, esta clase
Estado afiliación	Activa	Estado del contrato	Activa
Fecha retiro	-		

Esta certificación se expide a los 2 días del mes de marzo 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: **CC02032026A1116870230A11800480**. Este código es válido por un mes.

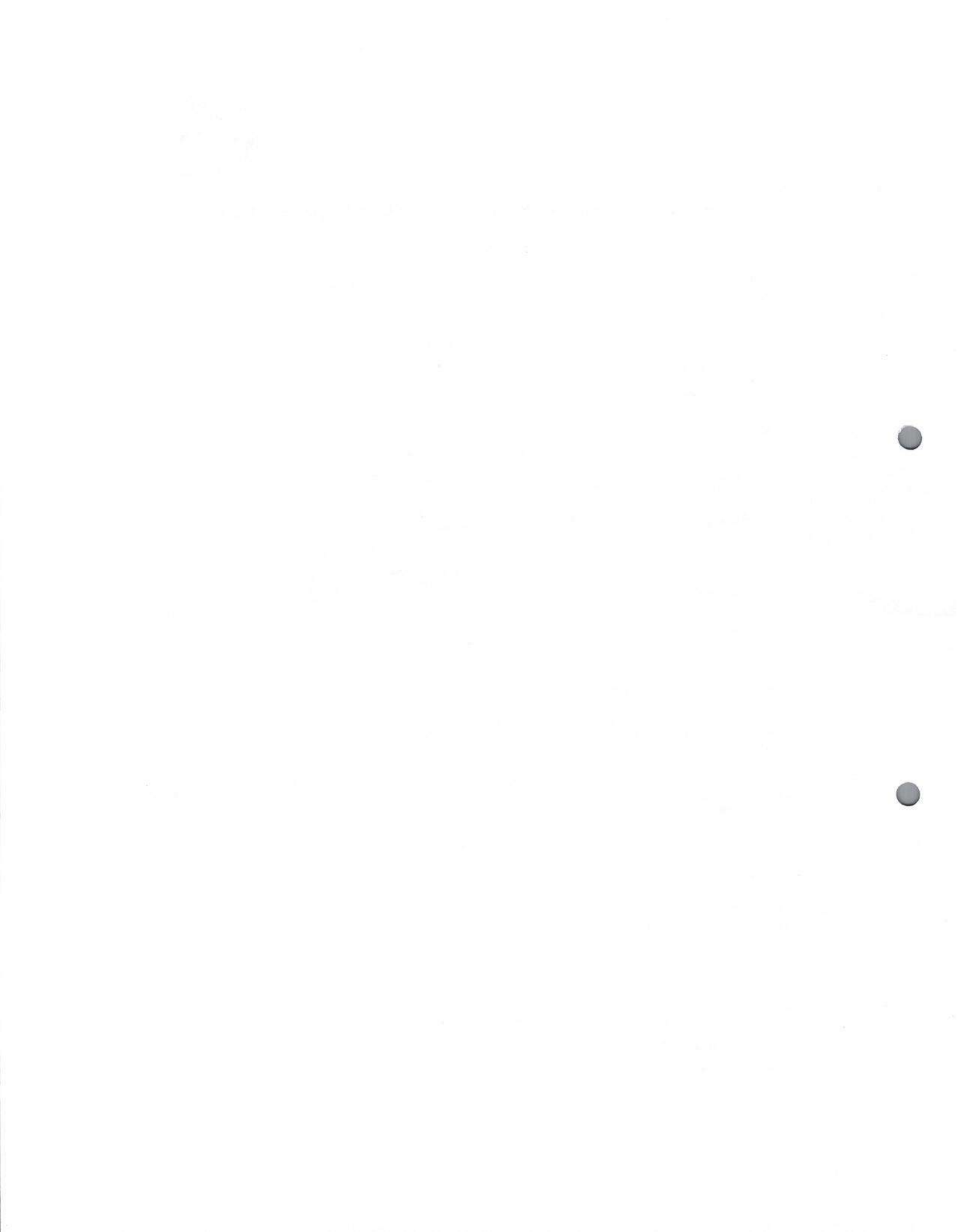
Cordialmente,

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

Positiva Compañía de Seguros S.A.:
 Nit. 860.011.153-6 | Línea Gratuita Nacional: (+57) 01-8000-111-170 - Teléfono: +57 (601) 330 7000

Defensor del Consumidor Financiero: Ana María Giraldo (Principal) - Pablo Valencia(Suplente) |
 defensorcliente@positiva.gov.co | Carrera 10 #97A - 13, Oficina 502. Bogotá | +57 (601) 610 8164 |
 Lunes a Viernes 8:00 a. m. - 6:00 p. m. | El Defensor, resolverá las quejas o reclamos, actuará como
 Conciliador ante Positiva.

Más información: <https://www.positiva.gov.co/web/guest/defensoria-del-consumidor>
 Puedes interponer una queja ante Positiva, o el Defensor, o la SFC u otro organismo de





FUNDACION GESTION SOCIAL
 Nit 900.556.022-3
 CALLE 3 7 28 URB LOS MANGOS
 Tel: (607) 3208639029
 Tame - Colombia



Documento soporte por compras a
 sujetos no obligados a facturar
 No. DSF 259

Proveedor	ASTRID XIMENA MANRIQUE AREVALO		
Nit	1.116.870.230-1	Teléfono	(607) 0000000
Dirección	Cra 2B # 13-53	Ciudad	Tame - Colombia

Fecha de compra	Fecha de Vencimiento
2026-04-01	--

Item	Descripción	Cantidad	Vr. Unitario	Vr. Total
1	Prestación de servicios como Auxiliar de Enfermería en el Centro de Bienestar del Adulto Mayor (CBAM) del Municipio de Tame, correspondiente al período comprendido entre el 18 de febrero y el 17 de marzo de 2026, en el marco de la ejecución del Convenio de Asociación No. 002 de 2026	1.00	1,995,000.00	1,995,000.00

Valor en Letras:

Un millón novecientos noventa y cinco mil pesos m/cte

Condiciones de Pago:

Efectivo

\$ 1,995,000.00

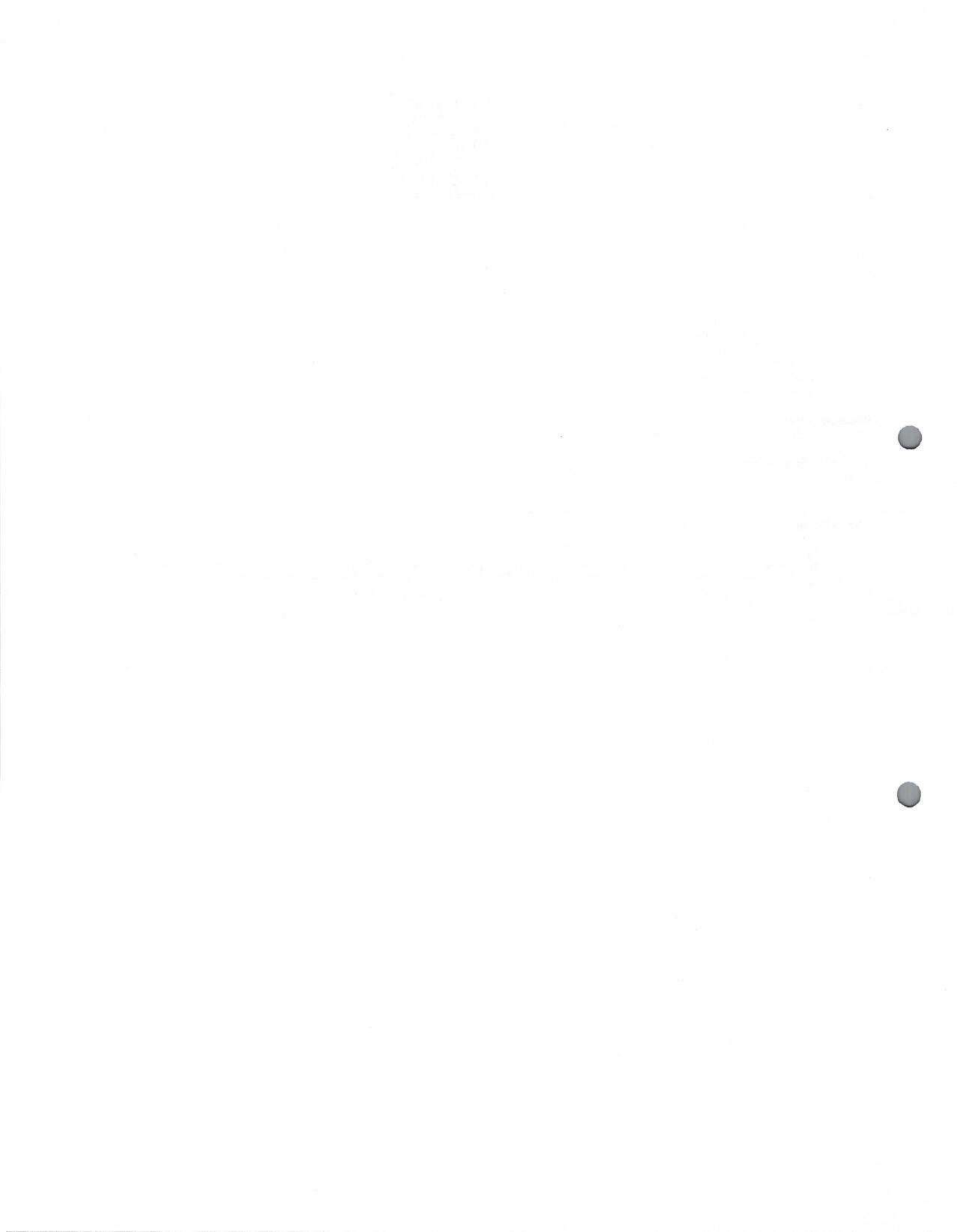
Total Bruto	1,995,000.00
Total a Pagar	1,995,000.00

Observaciones:

A este Documento se le aplican las normas relativas del Documento Soporte en adquisidores efectuadas a sujetos no obligados a facturar (Resolución 167 de 30 de diciembre de 2021).
 Número Autorización 18764102291617 aprobado en 20251129 prefijo DSF desde el número 201 al 600 Vigencia: Vigencia: 24 meses.

CUDS: ebacfc8c9d6a624fd8cd1015de1519996ed987ab011230fcb717a3725fa46190296bd0165d00091200fe58a58e832aa

Elaborado por Siigo S.A.S Nit: 830.048.145-8



PLANILLA INTEGRADA AUTO LIQUIDACIÓN APORTES

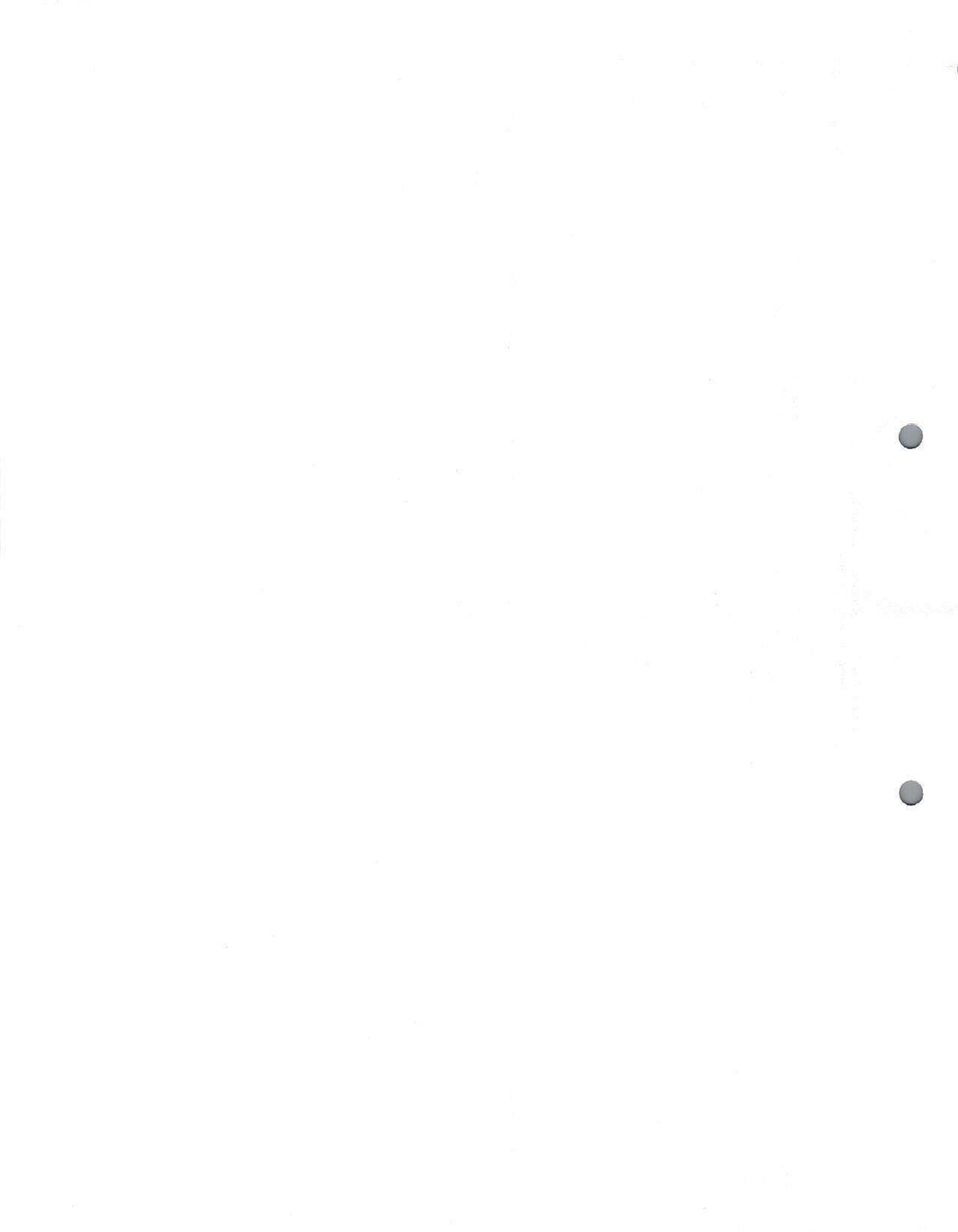
DATOS GENERALES DEL APORTANTE			DATOS GENERALES DE LA PLANILLA				
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	116870230	NÚMERO PLANILLA:	6010710332	TIPO DE PLANILLA:	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:	ASTRID XENIA MANNIQUE AREVALO	NOMBRE DE IDENTIFICACIÓN:		PERIODO COTIZACIÓN OTROS:			
DIRECCIÓN:	AVENIDA	TELÉFONO:	396407	DÍAS DE MORA:	2026	FECHA PAGO (aaaa.mm.dd):	20260308
TIPO APORTANTE:	02 INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	1 INDEPENDIENTE	FECHA PAGO (aaaa.mm.dd):		NÚMERO AUTORIZACIÓN:	119703513
FORMA DE PRESENTACIÓN:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:		NÚMERO AUTORIZACIÓN:			
APORTANTE ENCONTRADO PAGO APORTES SALUD, SENSA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):							

SUBTOTALS:		ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES		COTIZACIÓN		VALOR		PAGO A OTROS RIESGOS		PLANILLA		VALOR		LIQUIDACIÓN		APORTES		MORA		DESCUENTO		VALOR PAGADO		TOTALES																																																									
CÓDIGO	230201 - PROTECCION	NOMBRE		1			\$ 121.400									\$ 121.400								\$ 0		\$ 121.400		\$ 121.400																																																							
TOTAL APORTES A SALUD																																																																																			
<table border="1"> <tr> <td colspan="2">ADMINISTRADORA</td> <td colspan="2">LICENCIA MANTENIDA</td> <td colspan="2">SALDO A FAVOR</td> <td colspan="2">LIQUIDACIÓN</td> <td colspan="2">MORA</td> <td colspan="2">VALOR</td> <td colspan="2">MORA</td> <td colspan="2">VALOR</td> <td colspan="2">APORTES</td> <td colspan="2">MORA</td> <td colspan="2">DESCUENTO</td> <td colspan="2">VALOR PAGADO</td> <td colspan="2">TOTALES</td> </tr> <tr> <td>CÓDIGO</td> <td>EP6037</td> <td>NOMBRE</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>\$ 94.900</td> <td></td> <td></td> <td>\$ 94.900</td> <td></td> <td></td> <td>\$ 0</td> <td></td> <td>\$ 94.900</td> <td></td> <td></td> <td>\$ 0</td> <td></td> <td>\$ 0</td> <td></td> <td>\$ 0</td> <td></td> <td>\$ 94.900</td> <td></td> <td>\$ 94.900</td> </tr> </table>																												ADMINISTRADORA		LICENCIA MANTENIDA		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		VALOR		MORA		VALOR		APORTES		MORA		DESCUENTO		VALOR PAGADO		TOTALES		CÓDIGO	EP6037	NOMBRE						\$ 94.900			\$ 94.900			\$ 0		\$ 94.900			\$ 0		\$ 0		\$ 0		\$ 94.900		\$ 94.900		
ADMINISTRADORA		LICENCIA MANTENIDA		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		VALOR		MORA		VALOR		APORTES		MORA		DESCUENTO		VALOR PAGADO		TOTALES																																																											
CÓDIGO	EP6037	NOMBRE						\$ 94.900			\$ 94.900			\$ 0		\$ 94.900			\$ 0		\$ 0		\$ 0		\$ 94.900		\$ 94.900																																																								
TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES																																																																																			
<table border="1"> <tr> <td colspan="2">ADMINISTRADORA</td> <td colspan="2">NOMBRE</td> <td colspan="2">No. COTIZANTES</td> <td colspan="2">NÚMERO AUTORIZACIÓN</td> <td colspan="2">VALOR</td> <td colspan="2">PAGO A OTROS RIESGOS</td> <td colspan="2">PLANILLA</td> <td colspan="2">VALOR</td> <td colspan="2">LIQUIDACIÓN</td> <td colspan="2">APORTES</td> <td colspan="2">MORA</td> <td colspan="2">DESCUENTO</td> <td colspan="2">VALOR PAGADO</td> <td colspan="2">TOTALES</td> </tr> <tr> <td>CÓDIGO</td> <td>1423</td> <td>NOMBRE</td> <td></td> <td>1</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>\$ 8.000</td> <td></td> <td></td> <td>\$ 8.000</td> <td></td> <td></td> <td>\$ 0</td> <td></td> <td>\$ 0</td> <td>\$ 8.000</td> <td></td> <td>\$ 8.000</td> </tr> </table>																												ADMINISTRADORA		NOMBRE		No. COTIZANTES		NÚMERO AUTORIZACIÓN		VALOR		PAGO A OTROS RIESGOS		PLANILLA		VALOR		LIQUIDACIÓN		APORTES		MORA		DESCUENTO		VALOR PAGADO		TOTALES		CÓDIGO	1423	NOMBRE		1												\$ 8.000			\$ 8.000			\$ 0		\$ 0	\$ 8.000		\$ 8.000
ADMINISTRADORA		NOMBRE		No. COTIZANTES		NÚMERO AUTORIZACIÓN		VALOR		PAGO A OTROS RIESGOS		PLANILLA		VALOR		LIQUIDACIÓN		APORTES		MORA		DESCUENTO		VALOR PAGADO		TOTALES																																																									
CÓDIGO	1423	NOMBRE		1												\$ 8.000			\$ 8.000			\$ 0		\$ 0	\$ 8.000		\$ 8.000																																																								
SUBTOTALS:																																																																																			

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES			PENSION			VOLUNTARIOS			INDICADOR			APORTES			SUSISTENCIA			COTIZACIÓN			VALOR			COTIZACIÓN			VALOR			SALUD			SEGURO SOCIAL			ADMINISTRADORA		
N.º	116870230	NOMBRE	ASTRID XENIA MANNIQUE AREVALO	TIPO	02 INDEPENDIENTE	CLASE	1 INDEPENDIENTE	FORMA	PRIVADA	COTIZACIÓN	1	COTIZANTES	1	INDICADOR	0	TARIFA ESPECIAL	0	TARIFA ESPECIAL	0	COTIZACIÓN	121.400	VALOR	121.400	VALOR	121.400	COTIZACIÓN	1	VALOR	121.400	VALOR	121.400	COTIZACIÓN	1	VALOR	121.400	VALOR	121.400											

TOTAL PAGADO: \$ 224.300

Planilla Pagada





FUNDACION GESTION SOCIAL
 Nit 900.556.022-3
 CALLE 3 7 28 URB LOS MANGOS
 Tel: (607) 3208639029
 Tame - Colombia



Documento soporte por compras a
 sujetos no obligados a facturar
 No. DSF 273

Proveedor	ASTRID XIMENA MANRIQUE AREVALO		
Nit	1.116.870.230-1	Teléfono	(607) 0000000
Dirección	Cra 2B # 13-53	Ciudad	Tame - Colombia

Fecha de compra	Fecha de Vencimiento
2026-04-17	--

Item	Descripción	Cantidad	Vr. Unitario	Vr. Total
1	Prestación de servicios como Auxiliar de Enfermería en el Centro de Bienestar del Adulto Mayor (CBAM) del Municipio de Tame, correspondiente al periodo comprendido entre el 18 de marzo y el 17 de abril de 2026, en el marco de la ejecución del Convenio de Asociación No. 002 de 2026	1.00	1,995,000.00	1,995,000.00

Valor en Letras:

Un millón novecientos noventa y cinco mil pesos m/cte

Condiciones de Pago:

Efectivo \$ 1,995,000.00

Total Bruto	1,995,000.00
Total a Pagar	1,995,000.00

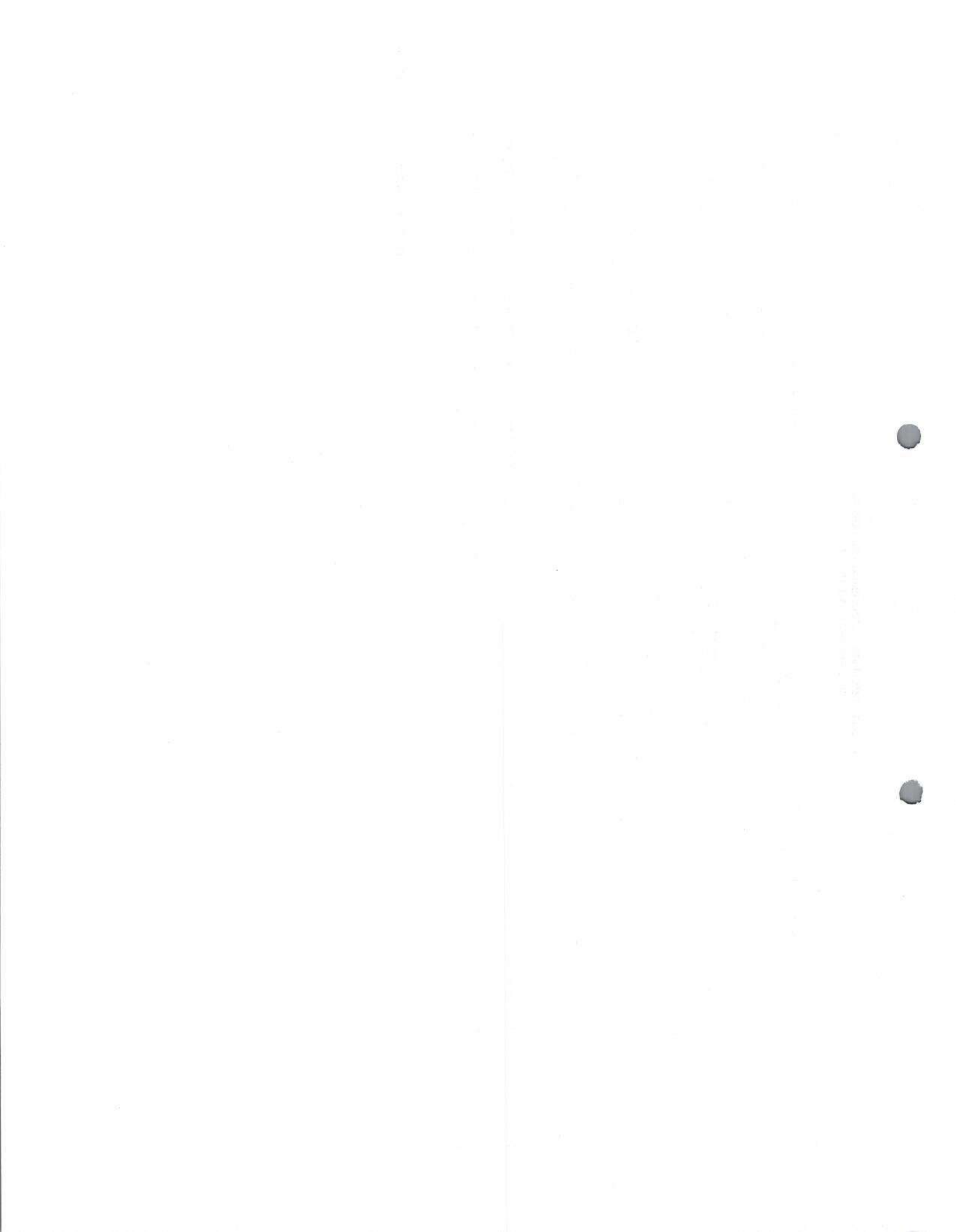
Observaciones:

A este Documento se le aplican las normas relativas del Documento Soporte en adquiredores efectuadas a sujetos no obligados a facturar (Resolución 167 de 30 de diciembre de 2021).
 Número Autorización 18764102291617 aprobado en 20251129 prefijo DSF desde el número 201 al 600 Vigencia: Vigencia: 24 meses.

CUDS: 6e0201c19a783b054b7d09ad77893513b830acb8dca6b858c752cbf416cff468f8d795e071932341bc1d57dc22282e7d

Elaborado por Siigo S.A.S Nit: 830.048.145-8







FUNDACION GESTION SOCIAL
 Nit 900.556.022-3
 CALLE 3 7 28 URB LOS MANGOS
 Tel: (607) 3208639029
 Tame - Colombia



Documento soporte por compras a
 sujetos no obligados a facturar
 No. DSF 288

Proveedor	ASTRID XIMENA MANRIQUE AREVALO		
Nit	1.116.870.230-1	Teléfono	(607) 0000000
Dirección	Cra 2B # 13-53	Ciudad	Tame - Colombia

Fecha de compra	Fecha de Vencimiento
2026-05-19	--

Item	Descripción	Cantidad	Vr. Unitario	Vr. Total
1	Prestación de servicios como Auxiliar de Enfermería en el Centro de Bienestar del Adulto Mayor (CBAM) del Municipio de Tame, correspondiente al período comprendido entre el 18 de abril y el 17 de mayo de 2026, en el marco de la ejecución del Convenio de Asociación No. 002 de 2026	1.00	1,995,000.00	1,995,000.00

Valor en Letras:

Un millón novecientos noventa y cinco mil pesos m/cte

Condiciones de Pago:

Efectivo

\$ 1,995,000.00

Total Bruto	1,995,000.00
Total a Pagar	1,995,000.00

Observaciones:

A este Documento se le aplican las normas relativas del Documento Soporte en adquiredores efectuadas a sujetos no obligados a facturar (Resolución 167 de 30 de diciembre de 2021).
 Número Autorización 18764102291617 aprobado en 20251129 prefijo DSF desde el número 201 al 600 Vigencia: Vigencia: 24 meses.

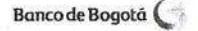
CUDS: 1c269a6b47d5969fe32d58ae149ee1dd3a8f6849d455ae7f34ff053ee6b9f90c884614d60d50b51a74a92f00445ca93b

Elaborado por Siigo S.A.S Nit: 830 048 145-8





**PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL**



DATOS GENERALES DEL APORTANTE				DATOS GENERALES DE LA PLANILLA				
TIPO IDENTIFICACIÓN: NOMBRE O RAZÓN SOCIAL: CIUDAD/MUNICIPIO: DIRECCIÓN: TIPO APORTANTE: TIPO EMPRESA: FORMA DE PRESENTACIÓN: APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):	CÉDULA DE CIUDADANÍA ARAUCA CALLE 21A 11-26 02-INDEPENDIENTE PRIVADA ÚNICO	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: DEPARTAMENTO: TELÉFONO: CLASE APORTANTE: ACTIVIDAD ECONOMICA: ÚNICO	1118870230 ASTRID XIMENA MANRIQUE AREVALO ARAUCA 3994697 I-INDEPENDIENTE Otras actividades de servicios personales n.c.p. NO	NÚMERO PLANILLA: PERIODO COTIZACIÓN OTROS DÍAS DE MORA FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	MES: abril AÑO 2026 0 2026/05/06	TIPO DE PLANILLA: PERIODO COTIZACIÓN SALUD: MORA FSP	1113763607 abril AÑO 2026 0 2026/05/06	INDEPENDIENTES 2026 013636

TOTAL APORTES A PENSIÓN															
CÓDIGO	ADMINISTRADORA	NOMBRE	No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		SOLIDARIDAD	FSP	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	MORA	FSP	TOTALES		
					EMPLEADOR	COTIZANTE							APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230201	230201- PROTECCION		1	\$ 280.200	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 280.200	\$ 0	\$ 280.200
SUBTOTALES:												\$ 280.200	\$ 0	\$ 280.200	

TOTAL APORTES A SALUD																	
CÓDIGO	ADMINISTRADORA	NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
				NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES		APORTES	MORA	DESCUENTO
EPS037	EPS037- NUEVA EPS		1	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 218.900	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 218.900	\$ 0	\$ 0	\$ 218.900
SUBTOTALES:												\$ 218.900	\$ 0	\$ 0	\$ 218.900		

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES															
CÓDIGO	ADMINISTRADORA	NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP		PAGO A OTROS RIESGOS		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO	
				NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES				APORTES
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A		1	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 18.300	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 18.300	
SUBTOTALES:												\$ 18.300	\$ 0	\$ 0	\$ 18.300

DATOS DEL COTIZANTE															NOVEDADES															LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES															PARAFISCALES														
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TID	TIP	COR	VSP	VST	SLN	COM	RSE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	PENSIÓN					SEGURIDAD SOCIAL					SALUD					ARP					PARAFISCALES														
																									ADMIN	DÍAS COT.	IBC	COTIZACIÓN	SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT.	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT.	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT.	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	
1	CC	MANRIQUE AREVALO XIMENA	INDEPENDIENTE	NIE	\$ 1.750.905			NO																230201- PROTECCION	30	1.750.905	\$ 280.200	\$ 0	\$ 0	\$ 0	Normal	\$ 280.200	EPS037- NUEVA EPS	30	1.750.905	\$ 218.900	\$ 0	\$ 218.900	14-23 POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	30	1.750.905	\$ 11.687.023	\$ 18.300	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0						

TOTAL PAGADO: \$ 517.400

695

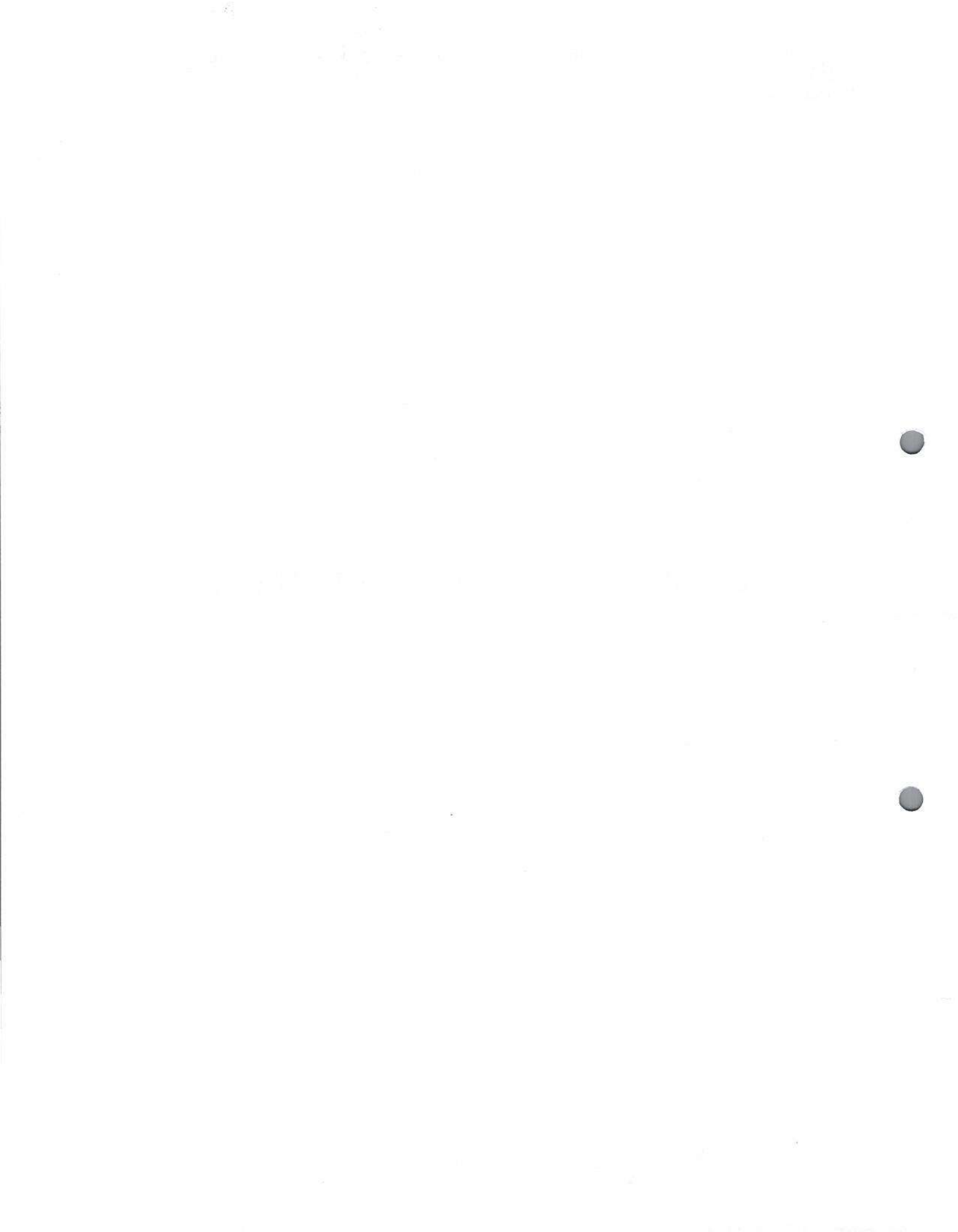
[Faint, illegible text, possibly bleed-through from the reverse side of the page]

© 1988 by [illegible]
All rights reserved.



AUXILIAR DE ENFERMERÍA No. 3





CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS No. 03 DE 2026

CONTRATANTE: FUNDACIÓN GESTIÓN SOCIAL – FUNGES
NIT: 900.556.022-3
REPRESENTANTE LEGAL: GUSTAVO ALEXIS SARMIENTO
C.C.: 96.194.978 expedida en Tame
CONTRATISTA: RAMIRO ROJAS MONTAÑA
C.C.: 1.116.857.252 expedida en Tame
OBJETO: Prestación de servicios como Auxiliar de Enfermería en el Centro de Bienestar del Adulto Mayor (CBAM).
UBICACIÓN: Municipio de Tame – Arauca
VALOR TOTAL: TRECE MILLONES NOVECIENTOS SESENTA Y CINCO MIL PESOS M/CTE (\$13.965.000)
VALOR MENSUAL: UN MILLÓN NOVECIENTOS NOVENTA Y CINCO MIL PESOS M/CTE (\$1.995.000)
PLAZO: Siete (07) meses
FECHA DE INICIO: 18 de febrero de 2026
FECHA DE TERMINACIÓN: 17 de septiembre de 2026

Entre los suscritos GUSTAVO ALEXIS SARMIENTO, identificado con cédula de ciudadanía No. 96.194.978 expedida en Tame, quien actúa en calidad de Representante Legal de la FUNDACIÓN GESTIÓN SOCIAL – FUNGES, identificada con NIT 900.556.022-3, quien para efectos del presente contrato se denominará EL CONTRATANTE, y por la otra parte RAMIRO ROJAS MONTAÑA, identificado con cédula de ciudadanía No. 1.116.857.252 expedida en Tame, quien actúa en nombre propio y para efectos del presente contrato se denominará EL CONTRATISTA, ambos mayores de edad y con capacidad para contratar, han acordado celebrar el presente Contrato de Prestación de Servicios, el cual se registrará por las siguientes cláusulas.

CONSIDERACIONES:

Que, para la prestación de servicios como Auxiliar de Enfermería en el Centro de Bienestar del Adulto Mayor (CBAM) mediante el Convenio de Asociación No. 002 de 2026 cuyo objeto es "*DESARROLLAR EL PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL A LA PERSONA MAYOR DEL MUNICIPIO DE TAME – DEPARTAMENTO DE ARAUCA*" suscrito entre la FUNDACIÓN GESTIÓN SOCIAL - FUNGES y el MUNICIPIO DE TAME, se hace necesaria la contratación de una persona que cumpla con los requisitos exigidos para desempeñar dichas actividades.

Debido a lo anterior, las partes acuerdan celebrar el presente contrato de conformidad con las siguientes cláusulas:

PRIMERA: Objeto del contrato. El CONTRATISTA se obliga para con el CONTRATANTE, de manera independiente y sin que exista subordinación o relación laboral alguna, a prestar sus servicios como Auxiliar de Enfermería en el Centro de Bienestar del Adulto Mayor (CBAM), apoyando las actividades de cuidado, atención básica en salud, acompañamiento y bienestar de los adultos mayores, utilizando sus propios medios y con autonomía técnica y administrativa. Como contraprestación, el CONTRATANTE pagará al CONTRATISTA los honorarios establecidos en el presente contrato.

SEGUNDA: Plazo de Ejecución. El término de duración del presente contrato será de siete (07) meses, contados a partir del 18 de febrero de 2026 hasta el 17 de septiembre de 2026, plazo dentro del cual el CONTRATISTA ejecutará las actividades propias del objeto contractual.

TERCERA: Valor. El valor total del presente contrato es la suma de TRECE MILLONES NOVECIENTOS SESENTA Y CINCO MIL PESOS M/CTE (\$13.965.000), suma que será pagada por el CONTRATANTE al CONTRATISTA a título de honorarios,



Dirección: Calle 3 No. 7-28 Barrio El Manguito



Teléfono: 3208639029



gestionsocialfunges@gmail.com

Puerto Rondón – Arauca

de acuerdo con la forma de pago establecida en el presente contrato y previa certificación de cumplimiento por parte del supervisor.

CUARTA. Forma de Pago. El valor del presente contrato será pagado por el CONTRATANTE al CONTRATISTA mediante siete (07) pagos mensuales vencidos, cada uno por valor de UN MILLÓN NOVECIENTOS NOVENTA Y CINCO MIL PESOS M/CTE (\$1.995.000), previa verificación del cumplimiento de las actividades contractuales por parte del CONTRATANTE y acreditación del pago de los aportes al Sistema de Seguridad Social Integral conforme a la normatividad vigente.

Parágrafo. Los pagos establecidos en el presente contrato estarán sujetos a la disponibilidad y desembolso efectivo de los recursos provenientes del Convenio de Asociación No. 002 de 2026 suscrito entre la FUNDACIÓN GESTIÓN SOCIAL – FUNGES y el Municipio de Tame.

QUINTA: Seguridad Social. El CONTRATISTA declara que realizará de manera independiente los aportes al Sistema de Seguridad Social Integral en salud, pensión y riesgos laborales, de conformidad con la normatividad vigente en Colombia. Para efectos del pago de los honorarios pactados en el presente contrato, el CONTRATISTA deberá acreditar el pago de dichos aportes correspondientes al período ejecutado.

SEXTA: Subcontratación. El CONTRATISTA no podrá ceder ni subcontratar total o parcialmente la ejecución del objeto del presente contrato sin la autorización previa, expresa y escrita del CONTRATANTE.

Parágrafo. En todo caso, el CONTRATISTA será el único responsable por la correcta ejecución de las actividades contratadas y mantendrá indemne al CONTRATANTE frente a cualquier reclamación, demanda o acción legal que pudiera presentarse con ocasión de la ejecución del presente contrato.

SÉPTIMA: Obligaciones Del Contratista. El CONTRATISTA se obliga a ejecutar el Objeto del Contrato, razón por la cual tendrá las siguientes obligaciones:

1. Asear las camas de los adultos mayores o brindar apoyo en esta actividad según su condición.
2. Realizar el aseo e higiene personal de los adultos mayores cuando su condición lo requiera.
3. Realizar y registrar los procedimientos efectuados a los adultos mayores de acuerdo con las indicaciones médicas.
4. Organizar y mantener limpios los carros de curación y los elementos utilizados en la atención.
5. Recibir, distribuir y suministrar los alimentos a los adultos mayores que no puedan desplazarse al comedor.
6. Administrar y registrar los medicamentos de acuerdo con la prescripción médica.
7. Realizar la toma y registro de signos vitales según diagnóstico o indicación médica.
8. Acompañar a los adultos mayores a las citas de control médico ante la IPS correspondiente cuando se requiera.
9. Desarrollar actividades que contribuyan al cuidado, bienestar y mejoramiento de las condiciones de salud de los adultos mayores.
10. Apoyar las actividades y programas que se desarrollen en el Centro de Bienestar del Adulto Mayor (CBAM).
11. Llevar registro de las actividades realizadas y diligenciar los formatos o soportes requeridos por el Centro de Bienestar del Adulto Mayor (CBAM).
12. Informar oportunamente al coordinador o supervisor sobre cualquier novedad en el estado de salud de los adultos mayores.
13. Cumplir con los protocolos de bioseguridad, higiene y cuidado establecidos por el CBAM y las autoridades de salud.
14. Las demás actividades que le sean asignadas por el supervisor del contrato y que sean inherentes al objeto de este.



FUNDACIÓN GESTIÓN SOCIAL "FUNGES"
GESTIÓN COMPROBADA
NIT. 900556022-3

Parágrafo 1: El CONTRATISTA ejecutará el objeto del presente contrato con plena autonomía técnica, administrativa y operativa, utilizando sus propios medios, recursos y conocimientos, sin que exista subordinación o dependencia respecto de EL CONTRATANTE; en consecuencia, el CONTRATISTA asumirá bajo su exclusiva responsabilidad los riesgos, gastos y obligaciones derivados de la ejecución del contrato.

Parágrafo 2: El CONTRATISTA además de las obligaciones del contrato deberá: 1. Obrar con seriedad y diligencia en el servicio contratado, 2. Presentar evidencias o soportes de las actividades realizadas, tales como registros, formatos o material fotográfico, cuando sean requeridos por el CONTRATANTE, 3. Atender las solicitudes y recomendaciones que haga el CONTRATANTE o sus delegados, con la mayor prontitud. 4. Permitir que el CONTRATANTE o un delegado haga visitas a las instalaciones del CONTRATISTA o el sitio que esté desarrollando las actividades. 5. Pago de los aportes al Sistema de Seguridad Social en salud, pensión y riesgos laborales, conforme a la normatividad vigente.

OCTAVA: Obligaciones del CONTRATANTE: Además de las obligaciones propias del contrato de prestación de servicios, el CONTRATANTE se compromete a suministrar al CONTRATISTA la información necesaria para el desarrollo de las actividades objeto del contrato, facilitar la coordinación con el personal del Centro de Bienestar del Adulto Mayor (CBAM) y efectuar el pago de los honorarios en los términos establecidos en el presente contrato.

NOVENA. Supervisión. El CONTRATANTE o su representante supervisará la ejecución del servicio encomendado y podrá formular las observaciones del caso para ser analizadas en conjunto con el CONTRATISTA.

DÉCIMA: Terminación anticipada. Cualquiera de las partes podrá dar por terminado el presente contrato antes del vencimiento del plazo pactado, mediante comunicación escrita dirigida a la otra parte. En todo caso, el CONTRATANTE podrá darlo por terminado de manera unilateral cuando se presenten circunstancias que afecten la ejecución del objeto contractual, por incumplimiento de las obligaciones del CONTRATISTA o por terminación o modificación del convenio que da origen al presente contrato.

DÉCIMA PRIMERA: 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.

DÉCIMA SEGUNDA: Inexistencia de relación laboral. Las partes dejan expresa constancia de que el presente contrato es de naturaleza civil y no genera relación laboral alguna entre el CONTRATANTE y el CONTRATISTA. En consecuencia, el CONTRATISTA actuará con plena autonomía técnica y administrativa en la ejecución de las actividades contratadas y no tendrá derecho al reconocimiento de salarios, prestaciones sociales, indemnizaciones laborales ni demás derechos propios de un contrato de trabajo.

DÉCIMA TERCERA. 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 CUARTA: Solución de conflictos. Se acuerda que, de presentarse un conflicto entre las partes, en el marco del presente contrato, las partes deberán acudir en primera instancia a un centro de conciliación certificado.

DÉCIMA QUINTA: Modificaciones. Toda modificación, variación adición o prórroga del presente contrato, deberá constar por escrito, mediante OTRO SÍ, que suscribirán con la firma ambas partes contratantes.



Dirección: Calle 3 No. 7-28 Barrio El Manguito



Teléfono: 3208639029



gestionsocialfunges@gmail.com

Puerto Rondón – Arauca



FUNDACIÓN GESTIÓN SOCIAL "FUNGES"
GESTIÓN COMPROBADA
NIT. 900556022-3

DÉCIMA SEXTA: Domicilio contractual. Para el presente contrato se establece como domicilio contractual el municipio de Tame.

DÉCIMA SÉPTIMA: Declaración del CONTRATISTA. El CONTRATISTA declara bajo la gravedad de juramento que conoce la naturaleza jurídica del presente contrato de prestación de servicios y manifiesta que lo celebra con plena autonomía técnica, administrativa y financiera, sin que exista subordinación ni dependencia respecto del CONTRATANTE. En consecuencia, reconoce que no se genera vínculo laboral alguno ni derecho al pago de prestaciones sociales, indemnizaciones o beneficios propios de un contrato de trabajo. Así mismo, declara que asume de manera independiente las obligaciones tributarias, de seguridad social y demás cargas legales derivadas de la ejecución del presente contrato.

Para constancia, se firma en el municipio de Tame, Arauca, a los dieciocho (18) días del mes de febrero de 2026.

EL CONTRATANTE,

EL CONTRATISTA,

GUSTAVO ALEXIS SARMIENTO
C.C. 96.194.978 expedida en Tame
Representante Legal
FUNDACIÓN GESTIÓN SOCIAL – FUNGES

RAMIRO ROJAS MONTAÑA
C.C. 1.116.857.252 expedida en Tame



Dirección: Calle 3 No. 7-28 Barrio El Manguito



Teléfono: 3208639029



gestionsocialfunges@gmail.com

Puerto Rondón – Arauca

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL 5055

RECIBIDO POR 24 2 2026

RAUCA

RAMIRO

RAUCA

SURA

RAUCA

RAUCA

RAUCA

RAUCA

RAUCA

RAUCA

RAUCA

RAUCA

RAUCA

RAUCA

RAUCA

RAUCA

RAUCA

RAUCA

RAUCA

RAUCA

RAUCA

RAUCA

RAUCA

RAUCA

RAUCA

RAUCA

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL 5055

RECIBIDO POR 24 2 2026

RAUCA

RAMIRO

RAUCA

SURA

RAUCA

RAUCA

RAUCA

RAUCA

RAUCA

RAUCA

RAUCA

RAUCA

RAUCA

RAUCA

RAUCA

RAUCA

RAUCA

RAUCA

RAUCA

RAUCA

RAUCA

RAUCA

RAUCA

RAUCA

RAUCA

RAUCA

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL 5055

RECIBIDO POR 24 2 2026

RAUCA

RAMIRO

RAUCA

SURA

RAUCA

RAUCA

RAUCA

RAUCA

RAUCA

RAUCA

RAUCA

RAUCA

RAUCA

RAUCA

RAUCA

RAUCA

RAUCA

RAUCA

RAUCA

RAUCA

RAUCA

RAUCA

RAUCA

RAUCA

RAUCA

RAUCA

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL 5055

RECIBIDO POR 24 2 2026

RAUCA

RAMIRO

RAUCA

SURA

RAUCA

RAUCA

RAUCA

RAUCA

RAUCA

RAUCA

RAUCA

RAUCA

RAUCA

RAUCA

RAUCA

RAUCA

RAUCA

RAUCA

RAUCA

RAUCA

RAUCA

RAUCA

RAUCA

RAUCA

RAUCA

RAUCA



ENTREGA CARTA DE DERECHOS Y DEBERES Y CARTA DE DESEMPEÑO

nueva eps

entidad aseguradora pública
CALLE 200A No. 9442

Autorización de mensajes de texto. (Actualizado versión 005/15 mayo de 2015)

Yo RAMIRO ROJAS MONTAÑA identificado (a) con CC - Cédula de Ciudadanía número 1116857252 de COLOMBIA comunico que:	
1. ¿Peseo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la carta de derechos y deberes del afiliado y del paciente?	S: <input checked="" type="checkbox"/> No: <input type="checkbox"/>
2. ¿Peseo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la carta de desempeño donde se presenta de manera clara su puesto en el ranking?	S: <input checked="" type="checkbox"/> No: <input type="checkbox"/>
3. ¿Leyó el contenido de la carta de derechos y deberes del afiliado y del paciente?	S: <input checked="" type="checkbox"/> No: <input type="checkbox"/>
4. ¿Leyó el contenido de la carta de deberes de la EPS?	S: <input checked="" type="checkbox"/> No: <input type="checkbox"/>
5. ¿Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información fue aclarada adecuadamente por la EPS?	S: <input checked="" type="checkbox"/> No: <input type="checkbox"/>

Así mismo autorizo a NUEVA EPS para que envíe información de seguimiento por vía correo electrónico: No Sí No

Autorizo la entrega de la carta de Derechos y Deberes del Afiliado y Carta de Desempeño, en formato electrónico. Sí No

Consulte la carta de derechos y deberes y la carta de desempeño en el Intranet Web <http://www.nuevaps.com> o por la oficina de atención al cliente para ser impreso para ser impreso con el objeto. Sí No

Cordillera Firma: Ramiro Rojas Tipo ID: CC - Cédula No. ID: 1116857252 Fecha de Solicitud: 24/2/2026 Dirección: CALLE 13 # 3 - 25 Barrio Cristo Rey Tel: 3208730962 Municipio: IAME Departamento: ARAUCA	Afirmo manifiesto que no sabe o no puede firmar, autoriza a: Firma: _____ Tipo ID: _____ No. ID: _____ Fecha (dd/mm/aaaa): _____ Dirección: _____ Tel: _____ Municipio: _____ Departamento: _____
--	---

Ministerio de Salud y Protección Social
Destinatario Autorizada de Comercio: Dirección que controla Comercio Exterior

Autorizaciones

En virtud de la anterior autorización, autorizo expresamente y confirmo a lo dispuesto en los artículos 145 y 146 de la Ley 127 de 1995, a NUEVA EPS S.A. para que me permita autorización en forma de mensajes de texto, a través de dispositivos como smart mobile phone, celular, computadora y otros dispositivos, relacionados con los mensajes de NUEVA EPS S.A. y la carta de derechos y deberes.

Autorizo de manera expresa a NUEVA EPS S.A. vía a la persona natural o jurídica a quien data el presente, para que reciba, almacene, use, haga circular, actualice o elimine mis datos personales para acceder a los servicios de la NUEVA EPS S.A. y para el cumplimiento de la carta de derechos y deberes.

Reservar la autorización ya emitida se suspenderá esta cuando en el futuro no se respeten los principios, derechos y garantías fundamentales y legales. La autorización por internet quedará sujeta a la supervisión de la Oficina y Comisión de Atención al Cliente de NUEVA EPS S.A. En cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1277 de 2013 y las demás normas que los modifiquen, adicionen o complementen, le informo que usted puede cancelar la política de tratamiento de los datos personales de NUEVA EPS S.A. a través de los siguientes mecanismos que permiten a su disposición:

Sírvase en: www.nuevaps.com

Aviso de privacidad

Mejor autorizo expresamente que NUEVA EPS S.A. me informe sobre los siguientes derechos que me asisten como titular de datos personales:

- Accesar los datos personales que hayan sido objeto de tratamiento conforme a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 y los demás normas que lo modifiquen, adicionen o complementen.
- Corregir, actualizar y rectificar mis datos personales hechas a responsabilidad del tratamiento y al encargado del tratamiento. Este derecho se podrá ejercer, entre otros datos, en relación con datos personales, identidades, identificación, documentos que susciten o otros, o aquellos datos cuya información esté expresamente otorgado o no haya sido autorizada.
- Señalar privadamente la información otorgada en relación con el tratamiento sobre cuando expresamente se exceptúa como requisito para el tratamiento, de conformidad con lo previsto en el artículo 10 de la Ley 1581 de 2012.
- Ser informado por el responsable del tratamiento o el encargado del tratamiento, previa solicitud, con respecto al uso que se ha dado a los datos personales.
- Presentar ante la Superintendencia de Industria y Comercio quejas que interponga a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 y los demás normas que lo modifiquen, adicionen o complementen.

Regimen Contributivo:
Línea Cesante: 01 8500 954460
Línea de atención en Bogotá: (601) 307 7022

Regimen Subsidado:
Línea Cesante: 01 8600 95 2000
Línea de atención en Bogotá: (601) 307 7061

Oficinas de atención al afiliado de NUEVA EPS S.A.
Compuafiliado: (601) 413 3000
Dirección Administrativa: Carrera 65a No. 46A - 66 Piso 2

Si de acuerdo a la información que usted suministrada en este formulario, por alguna razón usted no es el titular de afiliación ya dentro de documentos previos, estos utilizados por NUEVA EPS S.A. como responsable del tratamiento de la información suministrada para los fines asistenciales relacionados con la administración y prestación de servicios en el Plan Obligatorio de Salud, de acuerdo con la Ley 1581 de 2012, deberá hacer el debido mantenimiento sobre el titular de la información, haciendo uso recepción de los datos, y el cual se realizará a través de la oficina técnica encargada de tratamiento de información o de sus oficinas comerciales, para fines comerciales y para la correcta prestación del servicio de la forma prevista en los Términos y Condiciones de cada uno de sus planes y de la Política de Confidencialidad y Protección de Datos.

INFORMACIÓN PARA SER DECLARADA POR EL TRABAJADOR INDEPENDIENTE CUYO INGRESO SEA IGUAL O SUPERIOR A 5 SMLMV	
ACTIVIDAD ECONOMICA 4759	ADMINISTRACIÓN DE FONDOS DE PENSIONES 1995000
ADMINISTRACIÓN DE FONDOS DE PENSIONES SURA	ADMINISTRACIÓN DE FONDOS DE PENSIONES PORVENIR
Nombre: _____ Dirección: _____ Teléfono: _____ Correo: _____	Nombre: _____ Dirección: _____ Teléfono: _____ Correo: _____
Fecha de inicio: 24/2/2026 Fecha de fin: 11	Fecha de inicio: 24/2/2026 Fecha de fin: 11
Nombre del asesor o promotor: ELSA FLOREZ	Nombre del asesor o promotor: PEPE SIERRA
Nombre del asesor o promotor: A1380	Nombre del asesor o promotor: BOGOTA
Nombre del asesor o promotor: BOGOTA	Nombre del asesor o promotor: 24/2/2026



**SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS
PORVENIR S.A.**

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

RAMIRO ROJAS MONTAÑA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.116.857.252**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 23 de Febrero del 2026.

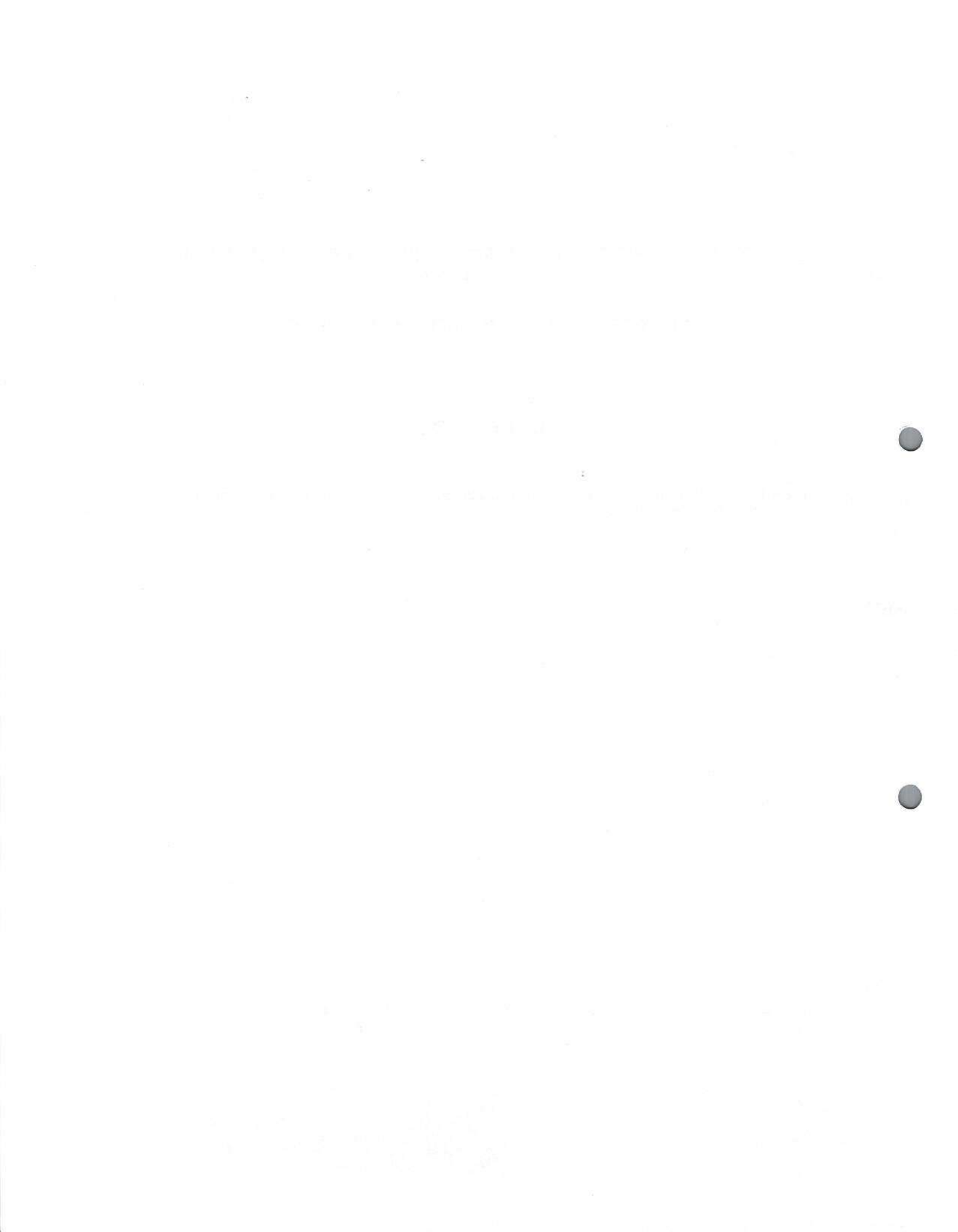
Cordialmente,

Gerencia de Clientes



Tenga en cuenta:

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.





LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

CERTIFICA QUE:

RAMIRO ROJAS MONTAÑA identificado con CC. 1116857252 registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales:

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE			
Nombres y/o Razón	FUNDACION GESTION SOCIAL		
Tipo y Numero de Documento	NI - 900556022		
INFORMACIÓN RELACIÓN LABORAL			
Fecha de inicio de cobertura	2026/03/04	Fecha inicio contrato	2026/02/18
Tipo de vinculación	Independiente con Contrato	Fecha de fin contrato	2026/09/17
Riesgo	2	Código actividad económica	2873001 - Actividades de atención en instituciones para el cuidado de personas mayores y/o discapacitadas, esta clase
Estado afiliación	Activa	Estado del contrato	Activa
Fecha retiro	-		

Esta certificación se expide a los 3 días del mes de marzo 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: **CC03032026R1116857252M11891226**. Este código es válido por un mes.

Cordialmente,

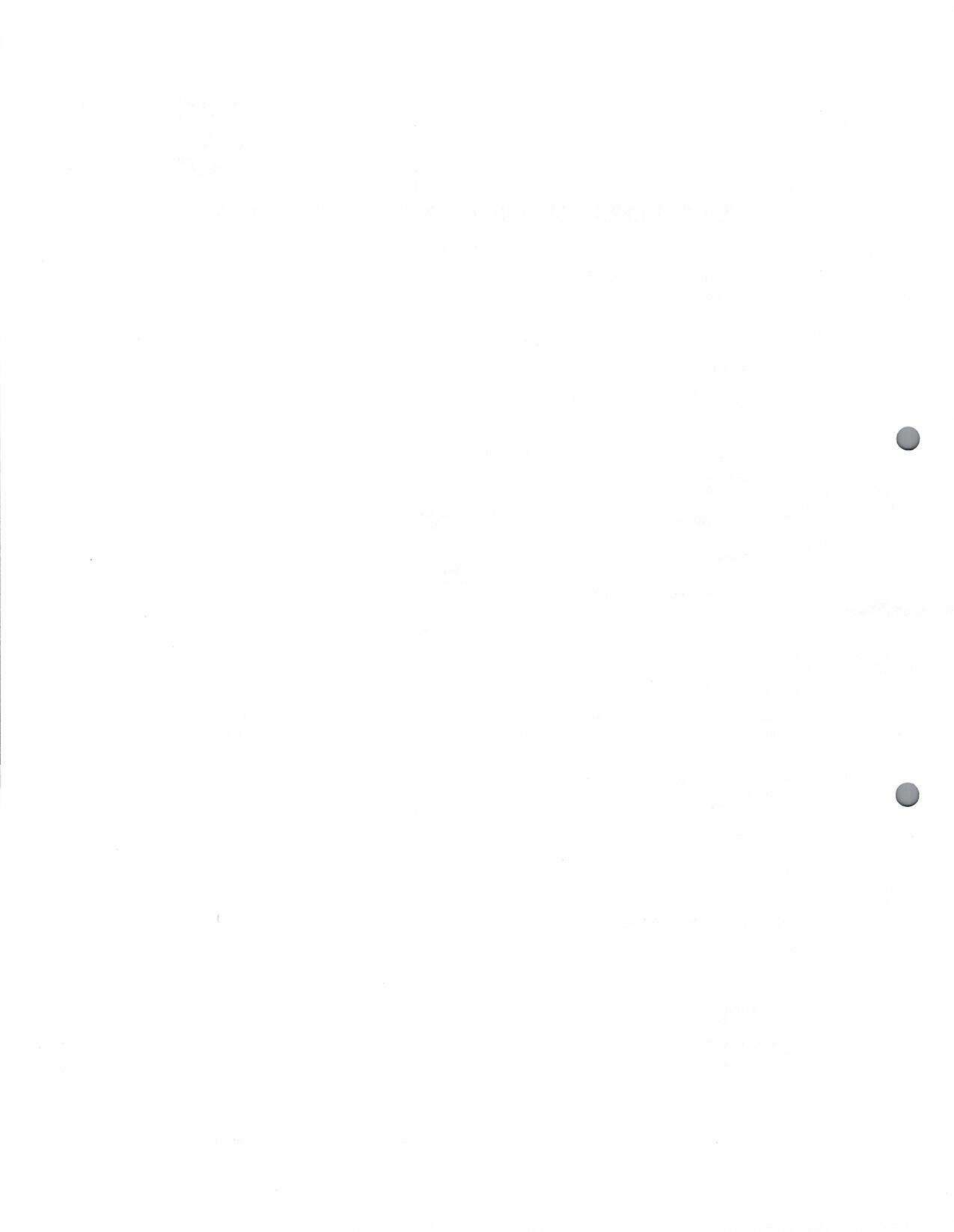
Gerencia de afiliaciones y novedades ARL
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S. A.

Positiva Compañía de Seguros S.A.:
 Nit. 860.011.153-6 | Línea Gratuita Nacional: (+57) 01-8000-111-170 - Teléfono: +57 (601) 330 7000

Defensor del Consumidor Financiero: Ana María Giraldo (Principal) - Pablo Valencia (Suplente) | defensordelcliente@positiva.gov.co | Carrera 10 #97A - 13, Oficina 502, Bogotá | +57 (601) 610 8164 | Lunes a Viernes 8:00 a. m. - 6:00 p. m. | El Defensor, resolverá las quejas o reclamos, actuará como Conciliador ante Positiva.

Más información: <https://www.positiva.gov.co/web/guest/defensoria-del-consumidor>
 Puedes interponer una queja ante Positiva, o el Defensor, o la SFC u otro organismo de

LA ASEGURADORA
 DE TODOS LOS
 COLOMBIANOS





FUNDACION GESTION SOCIAL
 Nit 900.556.022-3
 CALLE 3 7 28 URB LOS MANGOS
 Tel: (607) 3208639029
 Tame - Colombia



Documento soporte por compras a
 sujetos no obligados a facturar
 No. DSF 260

Proveedor	RAMIRO ROJAS MONTAÑA		
Nit	1.116.857.252-1	Teléfono	(607) 0000000
Dirección	Calle 13 # 3-25	Ciudad	Tame - Colombia

Fecha de compra	Fecha de Vencimiento
2026-04-01	--

Ítem	Descripción	Cantidad	Vr. Unitario	Vr. Total
1	Prestación de servicios como Auxiliar de Enfermería en el Centro de Bienestar del Adulto Mayor (CBAM) del Municipio de Tame, correspondiente al periodo comprendido entre el 18 de febrero y el 17 de marzo de 2026, en el marco de la ejecución del Convenio de Asociación No. 002 de 2026	1.00	1,995,000.00	1,995,000.00

Valor en Letras:

Un millón novecientos noventa y cinco mil pesos m/cte

Condiciones de Pago:

Efectivo \$ 1,995,000.00

Total Bruto	1,995,000.00
Total a Pagar	1,995,000.00

Observaciones:

A este Documento se le aplican las normas relativas del Documento Soporte en adquirentes efectuadas a sujetos no obligados a facturar (Resolución 167 de 30 de diciembre de 2021).
 Número Autorización 18764102291617 aprobado en 20251129 prefijo DSF desde el número 201 al 600 Vigencia: Vigencia: 24 meses.

CUDS: 796dad5156c64d631e48d7aa0cdabc0e5d1a9523ed5d8d2cfd793a86647346a9490a943af4e7b7c2f912f21bf2c1b1ef1

Elaborado por Siigo S.A.S Nit: 830.048.145-8

10/10/10
10/10/10
10/10/10

10/10/10
10/10/10
10/10/10
10/10/10

PLANILLA INTEGRADA AUTO LIQUIDACION APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE		DATOS GENERALES DE LA PLANILLA	
TIPO IDENTIFICACION:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO PLANILLA:	1116857262
NOMBRE O FUNCIÓN SOCIAL:	NÚMERO DE IDENTIFICACION:	NÚMERO PLANILLA:	1113437289
DIRECCION:	DEPARTAMENTO:	TIPO DE PLANILLA:	PERIODO COTIZACION SALUD
CALLE 124 N 3 - 25:	TELÉFONO:	FECHA PAJO:	11/02/2026
CLASE APORTANTE:	INDEPENDIENTE	FECHA PAJO:	11/02/2026
ACTIVO ECONOMICA:	PREVIDA:	FECHA PAJO:	11/02/2026
CULTURAL / DEFENSIÓN:	SUPERSAL:	FECHA PAJO:	11/02/2026
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENEA E ICBF (FORMA TRIBUTARIA):		FECHA PAJO:	11/02/2026

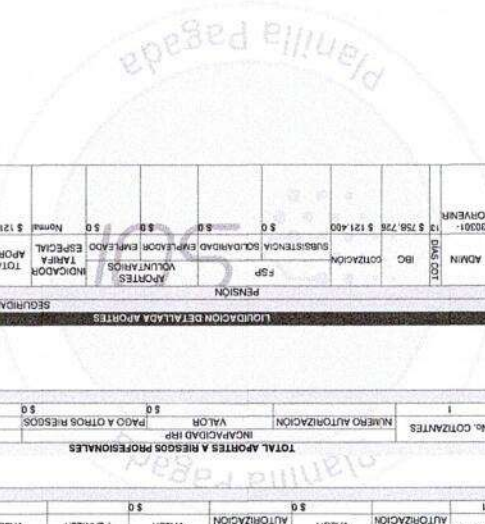
TOTAL APORTES A PENSION	
ADMINISTRADORA:	ADMINISTRADORA
NOMBRE:	ADMINISTRADORA
No. COTIZANTES:	1
COTIZACION:	\$ 121.400
EMPLEADOR:	EMPRESA VOLUNTARIOS
COTIZANTE:	FSP
SUBSISTENCIA:	MORA
COTIZACION:	\$ 121.400
APORTES:	\$ 121.400
MORA:	\$ 0
DESCUENTO:	\$ 0
TOTALES:	VALOR PAGADO \$ 121.400

TOTAL APORTES A SALUD	
ADMINISTRADORA:	ADMINISTRADORA
NOMBRE:	ADMINISTRADORA
No. COTIZANTES:	1
COTIZACION:	\$ 94.900
EMPLEADOR:	EMPRESA VOLUNTARIOS
COTIZANTE:	FSP
SUBSISTENCIA:	MORA
COTIZACION:	\$ 94.900
APORTES:	\$ 94.900
MORA:	\$ 0
DESCUENTO:	\$ 0
TOTALES:	VALOR PAGADO \$ 94.900

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES	
ADMINISTRADORA:	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A
NOMBRE:	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A
No. COTIZANTES:	1
COTIZACION:	\$ 8.000
EMPLEADOR:	EMPRESA VOLUNTARIOS
COTIZANTE:	FSP
SUBSISTENCIA:	MORA
COTIZACION:	\$ 8.000
APORTES:	\$ 8.000
MORA:	\$ 0
DESCUENTO:	\$ 0
TOTALES:	VALOR PAGADO \$ 8.000

LIQUIDACION DETALLADA APORTES																																																																																																																																																																	
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">NOVEDADES</th> <th colspan="2">PENSION</th> <th colspan="2">SEGURO SOCIAL</th> <th colspan="2">SALUD</th> <th colspan="2">RIESGOS PROFESIONALES</th> <th colspan="2">CENTRO DE TRABAJO</th> <th colspan="2">ADMINISTRACION</th> <th colspan="2">PARAMETROS</th> </tr> <tr> <th>NO.</th> <th>DESCRIPCION</th> <th>VALOR</th> <th>TAMPA</th> <th>INDICADOR</th> <th>TAMPA</th> <th>INDICADOR</th> <th>VALOR</th> <th>INDICADOR</th> <th>TAMPA</th> <th>INDICADOR</th> <th>VALOR</th> <th>INDICADOR</th> <th>TAMPA</th> <th>INDICADOR</th> <th>VALOR</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>NOVEDADES</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>PENSION</td> <td>\$ 121.400</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>SEGURO SOCIAL</td> <td>\$ 94.900</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>RIESGOS PROFESIONALES</td> <td>\$ 8.000</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>CENTRO DE TRABAJO</td> <td>\$ 0</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>6</td> <td>ADMINISTRACION</td> <td>\$ 0</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>7</td> <td>PARAMETROS</td> <td>\$ 0</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">TOTALES</td> <td>\$ 224.300</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		NOVEDADES		PENSION		SEGURO SOCIAL		SALUD		RIESGOS PROFESIONALES		CENTRO DE TRABAJO		ADMINISTRACION		PARAMETROS		NO.	DESCRIPCION	VALOR	TAMPA	INDICADOR	TAMPA	INDICADOR	VALOR	INDICADOR	TAMPA	INDICADOR	VALOR	INDICADOR	TAMPA	INDICADOR	VALOR	1	NOVEDADES															2	PENSION	\$ 121.400														3	SEGURO SOCIAL	\$ 94.900														4	RIESGOS PROFESIONALES	\$ 8.000														5	CENTRO DE TRABAJO	\$ 0														6	ADMINISTRACION	\$ 0														7	PARAMETROS	\$ 0														TOTALES		\$ 224.300													
NOVEDADES		PENSION		SEGURO SOCIAL		SALUD		RIESGOS PROFESIONALES		CENTRO DE TRABAJO		ADMINISTRACION		PARAMETROS																																																																																																																																																			
NO.	DESCRIPCION	VALOR	TAMPA	INDICADOR	TAMPA	INDICADOR	VALOR	INDICADOR	TAMPA	INDICADOR	VALOR	INDICADOR	TAMPA	INDICADOR	VALOR																																																																																																																																																		
1	NOVEDADES																																																																																																																																																																
2	PENSION	\$ 121.400																																																																																																																																																															
3	SEGURO SOCIAL	\$ 94.900																																																																																																																																																															
4	RIESGOS PROFESIONALES	\$ 8.000																																																																																																																																																															
5	CENTRO DE TRABAJO	\$ 0																																																																																																																																																															
6	ADMINISTRACION	\$ 0																																																																																																																																																															
7	PARAMETROS	\$ 0																																																																																																																																																															
TOTALES		\$ 224.300																																																																																																																																																															

TOTAL PAGADO: \$ 224.300







FUNDACION GESTION SOCIAL
 Nit 900.556.022-3
 CALLE 3 7 28 URB LOS MANGOS
 Tel: (607) 3208639029
 Tame - Colombia



Documento soporte por compras a
 sujetos no obligados a facturar
 No. DSF 274

Proveedor	RAMIRO ROJAS MONTAÑA		
Nit	1.116.857.252-1	Teléfono	(607) 0000000
Dirección	Calle 13 # 3-25	Ciudad	Tame - Colombia

Fecha de compra	Fecha de Vencimiento
2026-04-17	--

Item	Descripción	Cantidad	Vr. Unitario	Vr. Total
1	Prestación de servicios como Auxiliar de Enfermería en el Centro de Bienestar del Adulto Mayor (CBAM) del Municipio de Tame, correspondiente al período comprendido entre el 18 de marzo y el 17 de abril de 2026, en el marco de la ejecución del Convenio de Asociación No. 002 de 2026	1.00	1,995,000.00	1,995,000.00

Valor en Letras:

Un millón novecientos noventa y cinco mil pesos m/cte

Condiciones de Pago:

Efectivo

\$ 1,995,000.00

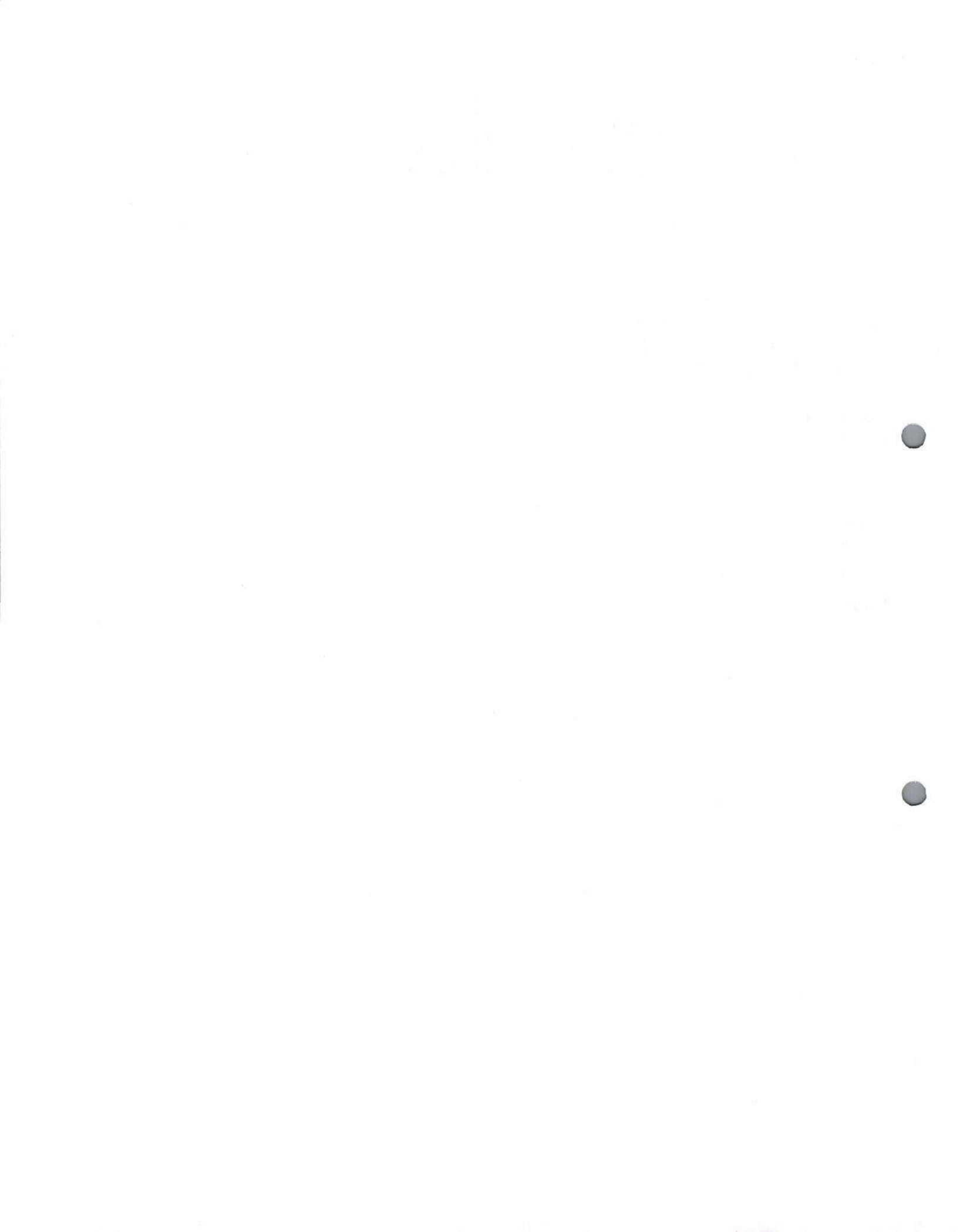
Total Bruto	1,995,000.00
Total a Pagar	1,995,000.00

Observaciones:

A este Documento se le aplican las normas relativas del Documento Soporte en adquisidores efectuadas a sujetos no obligados a facturar (Resolución 167 de 30 de diciembre de 2021).
 Número Autorización 18764102291617 aprobado en 20251129 prefijo DSF desde el número 201 al 600 Vigencia: Vigencia: 24 meses.

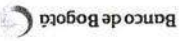
CUDS: 741e45d0b6e7ad733893b9d054236a6bd6e8cd79cd526a9622f956b93da27b15518070eaab96a2b06afa5879784658ea

Elaborado por Siigo S.A.S Nit: 830.048.145-8





PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES SOPORTE DE PAGO GENERAL



DATOS GENERALES DEL APORTANTE			DATOS GENERALES DE LA PLANILLA		
TIPO IDENTIFICACION:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACION:	1116657252	NÚMERO PLANILLA:	113817368
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:	RAMIRO ROSAS MONTAÑA	NÚMERO DE IDENTIFICACION:	1116657252	TIPO DE PLANILLA:	0 PERIODO COTIZACIÓN SALUD:
DIRECCION:	ARAUCA	DEPARTAMENTO:	ARAUCA	FECHA PAJO (aaaa/mm/aa):	2026/04/09
CALLE 12A N 3 25 TELFONO:	317205	CLASE APORTANTE:	INDEPENDIENTE	NÚMERO AUTORIZACION:	2026/04/09
PRINCIPAL ACTIVIDAD ECONOMICA:	INDEPENDIENTE	FORMA DE PRESENTACION:	SUCESAL	PERIODO AUTORIZACION:	0
TIPO APORTANTE:	FORMA DE PRESENTACION:	SUCESAL	SUCESAL	FORMA DE PRESENTACION:	01 - MES DE ABRIL
TIPO DE PRESERVA:	SUCESAL	SUCESAL	SUCESAL	FORMA DE PRESENTACION:	01 - MES DE ABRIL
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENIA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):					

TOTAL APORTES A PENSION											
CÓDIGO	ADMINISTRADORA	NOMBRE	No. COTIZANTES	1							
230301	POHENVIR										
VALOR A FAVOR			VALOR EN FAVOR			VALOR A FAVOR			VALOR EN FAVOR		
\$ 280.200			\$ 280.200			\$ 280.200			\$ 280.200		
TOTALES			TOTALES			TOTALES			TOTALES		
\$ 280.200			\$ 280.200			\$ 280.200			\$ 280.200		

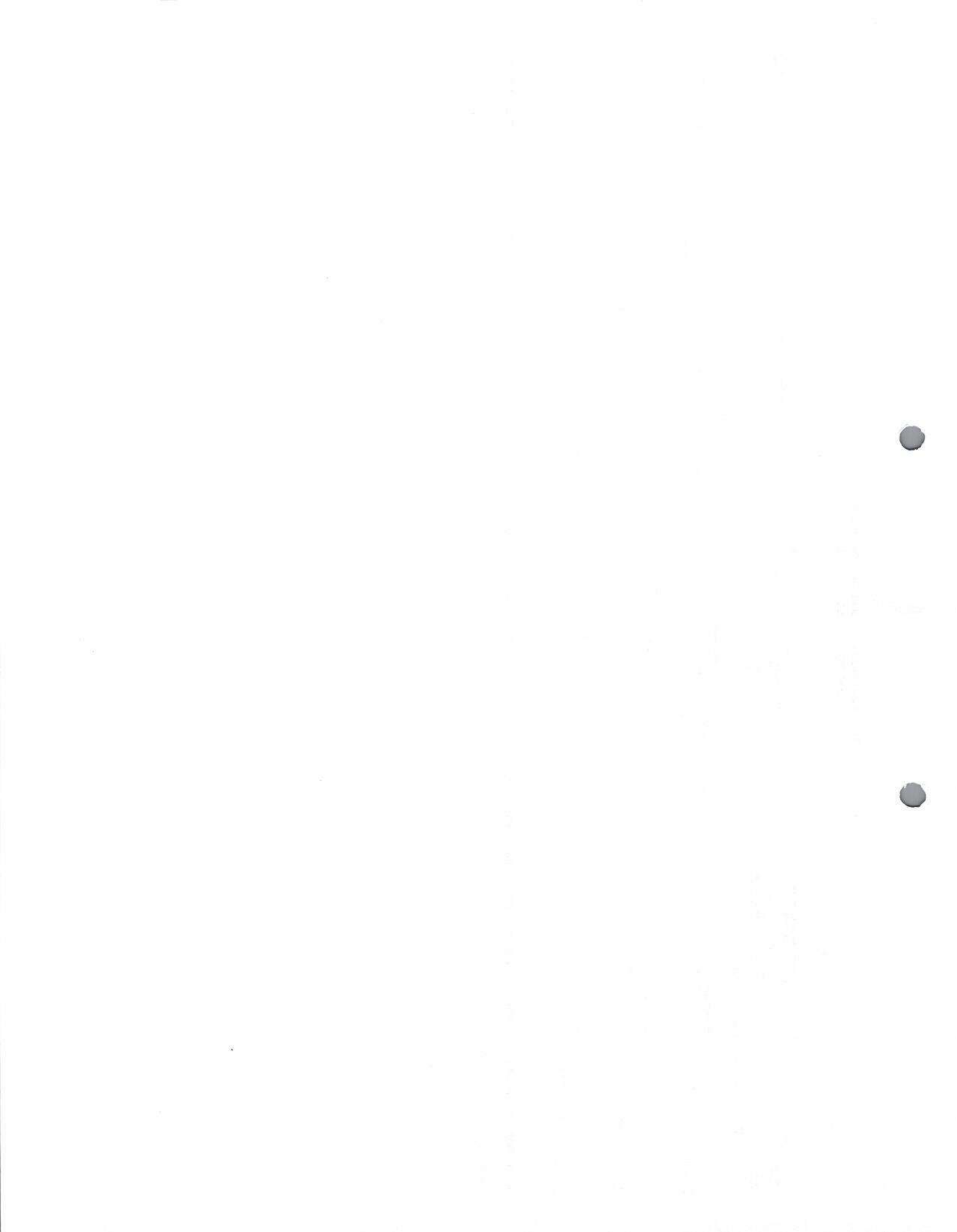
TOTAL APORTES A SALUD											
CÓDIGO	ADMINISTRADORA	NOMBRE	No. COTIZANTES	1							
EP5017	NUOVA EPS										
VALOR A FAVOR			VALOR EN FAVOR			VALOR A FAVOR			VALOR EN FAVOR		
\$ 218.900			\$ 218.900			\$ 218.900			\$ 218.900		
TOTALES			TOTALES			TOTALES			TOTALES		
\$ 218.900			\$ 218.900			\$ 218.900			\$ 218.900		

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES											
CÓDIGO	ADMINISTRADORA	NOMBRE	No. COTIZANTES	1							
14-23	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A										
VALOR A FAVOR			VALOR EN FAVOR			VALOR A FAVOR			VALOR EN FAVOR		
\$ 18.300			\$ 18.300			\$ 18.300			\$ 18.300		
TOTALES			TOTALES			TOTALES			TOTALES		
\$ 18.300			\$ 18.300			\$ 18.300			\$ 18.300		

LIQUIDACION DETALLADA APORTES									
NOVEDADES					SEGURIDAD SOCIAL				
Nº IDENTIFICACION	NOMBRES	TIPO SALARIO	TIPO SALARIO	TIPO SALARIO	VALOR APORTES	VALOR APORTES	VALOR APORTES	VALOR APORTES	VALOR APORTES
1116657252	RAMIRO ROSAS MONTAÑA	1750.905	1750.905	1750.905	\$ 218.900	\$ 218.900	\$ 218.900	\$ 218.900	\$ 218.900
230301	POHENVIR	1750.905	1750.905	1750.905	\$ 280.200	\$ 280.200	\$ 280.200	\$ 280.200	\$ 280.200

TOTAL PAGADO: \$ 517.400

Planilla Pagada





FUNDACION GESTION SOCIAL
 Nit 900.556.022-3
 CALLE 3 7 28 URB LOS MANGOS
 Tel: (607) 3208639029
 Tame - Colombia



Documento soporte por compras a
 sujetos no obligados a facturar
No. DSF 289

Proveedor	RAMIRO ROJAS MONTAÑA		
Nit	1.116.857.252-1	Teléfono	(607) 0000000
Dirección	Calle 13 # 3-25	Ciudad	Tame - Colombia

Fecha de compra	Fecha de Vencimiento
2026-05-19	--

Ítem	Descripción	Cantidad	Vr. Unitario	Vr. Total
1	Prestación de servicios como Auxiliar de Enfermería en el Centro de Bienestar del Adulto Mayor (CBAM) del Municipio de Tame, correspondiente al período comprendido entre el 18 de abril y el 17 de mayo de 2026, en el marco de la ejecución del Convenio de Asociación No. 002 de 2026	1.00	1,995,000.00	1,995,000.00

Valor en Letras:
 Un millón novecientos noventa y cinco mil pesos m/cte

Condiciones de Pago:
 Efectivo \$ 1,995,000.00

Total Bruto	1,995,000.00
Total a Pagar	1,995,000.00

Observaciones:

A este Documento se le aplican las normas relativas del Documento Soporte en adquirentes efectuadas a sujetos no obligados a facturar (Resolución 167 de 30 de diciembre de 2021).
 Número Autorización 18764102291617 aprobado en 20251129 prefijo DSF desde el número 201 al 600 Vigencia: Vigencia: 24 meses.

CUDS: 8bc2e2f6801c000925ccb02286b1b31bccf066f44f3ed2cafd46b576ec31a84339c7b8a1722b6a26c7ccef81ecf81c4

Elaborado por Siigo S.A.S Nit: 830 048 145-8



Faint, illegible text, likely bleed-through from the reverse side of the page. The text is arranged in several lines and appears to be a list or a set of instructions.

Additional faint, illegible text, possibly bleed-through from the reverse side. The text is scattered across the middle section of the page.

More faint, illegible text, likely bleed-through from the reverse side. The text is located in the lower half of the page.





PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACION APORTES SOPORTE DE PAGO GENERAL



Table with 2 columns: DATOS GENERALES DEL APORTANTE and DATOS GENERALES DE LA PLANILLA. Includes fields for identification, address, and payment details.

Table for 'TOTAL APORTES A PENSION' with columns for administrative data, payment status, and totals.

Table for 'TOTAL APORTES A SALUD' with columns for administrative data, payment status, and totals.

Table for 'TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES' with columns for administrative data, payment status, and totals.

Main table for 'LIQUIDACION DETALLADA APORTES' with columns for various insurance types (Pension, Health, Professional Risks) and their respective amounts.

TOTAL PAGADO: \$ 517.400

Planilla Pagada

tot

2018-2019

10/1/18

Dear Mr. [Name],

I am writing to you regarding the [Topic] of your [Document/Project].

The information provided in your [Document/Project] is [Detailed Description].

I have reviewed the [Document/Project] and find it to be [Assessment].

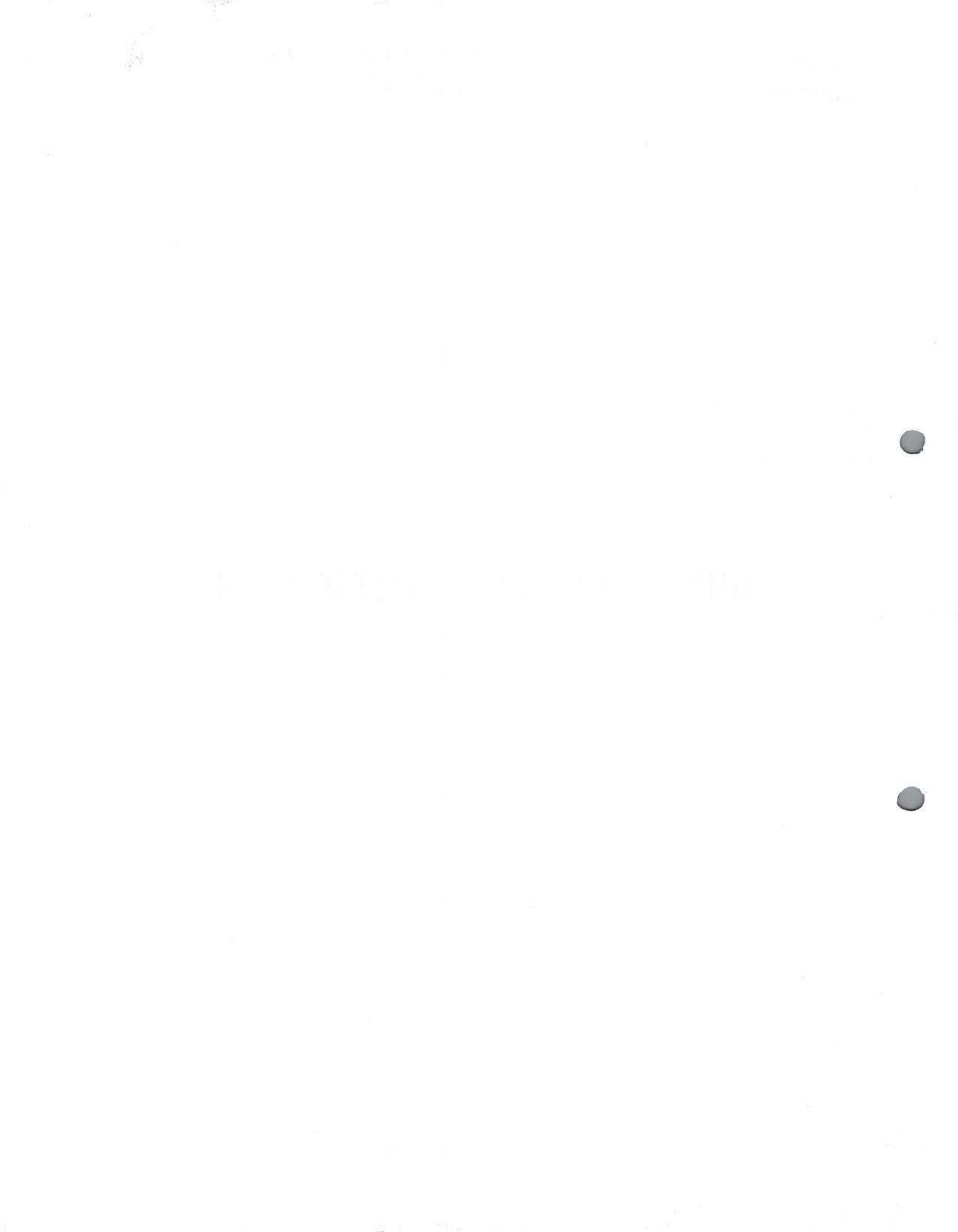
I am pleased to inform you that your [Document/Project] has been [Status].

Yours faithfully,
[Signature]



AUXILIAR DE ENFERMERÍA No. 4





CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS No. 05 DE 2026

CONTRATANTE: FUNDACIÓN GESTIÓN SOCIAL – FUNGES
NIT: 900.556.022-3
REPRESENTANTE LEGAL: GUSTAVO ALEXIS SARMIENTO
C.C.: 96.194.978 de Tame
CONTRATISTA: ANGIE PAOLA HERRERA CARRILLO
C.C.: 1.116.871.869 expedida en Tame
OBJETO: Prestación de servicios como Auxiliar de Enfermería en el Centro de Bienestar del Adulto Mayor (CBAM).
UBICACIÓN: Municipio de Tame – Arauca
VALOR TOTAL: TRECE MILLONES NOVECIENTOS SESENTA Y CINCO MIL PESOS M/CTE (\$13.965.000)
VALOR MENSUAL: UN MILLÓN NOVECIENTOS NOVENTA Y CINCO MIL PESOS M/CTE (\$1.995.000)
PLAZO: Siete (07) meses
FECHA DE INICIO: 18 de febrero de 2026
FECHA DE TERMINACIÓN: 17 de septiembre de 2026

Entre los suscritos GUSTAVO ALEXIS SARMIENTO, identificado con cédula de ciudadanía No. 96.194.978 expedida en Tame, quien actúa en calidad de Representante Legal de la FUNDACIÓN GESTIÓN SOCIAL – FUNGES, identificada con NIT 900.556.022-3, quien para efectos del presente contrato se denominará EL CONTRATANTE, y por la otra parte ANGIE PAOLA HERRERA CARRILLO, identificada con cédula de ciudadanía No. 1.116.871.869 expedida en Tame, quien actúa en nombre propio y para efectos del presente contrato se denominará EL CONTRATISTA, ambos mayores de edad y con capacidad para contratar, han acordado celebrar el presente Contrato de Prestación de Servicios, el cual se registró por las siguientes cláusulas.

CONSIDERACIONES:

Que, para la prestación de servicios como Auxiliar de Enfermería en el Centro de Bienestar del Adulto Mayor (CBAM) mediante el Convenio de Asociación No. 002 de 2026 cuyo objeto es *"DESARROLLAR EL PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL A LA PERSONA MAYOR DEL MUNICIPIO DE TAME – DEPARTAMENTO DE ARAUCA"* suscrito entre la FUNDACIÓN GESTIÓN SOCIAL - FUNGES y el MUNICIPIO DE TAME, se hace necesaria la contratación de una persona que cumpla con los requisitos exigidos para desempeñar dichas actividades.

Debido a lo anterior, las partes acuerdan celebrar el presente contrato de conformidad con las siguientes cláusulas:

PRIMERA: Objeto del contrato. El CONTRATISTA se obliga para con el CONTRATANTE, de manera independiente y sin que exista subordinación o relación laboral alguna, a prestar sus servicios como Auxiliar de Enfermería en el Centro de Bienestar del Adulto Mayor (CBAM), apoyando las actividades de cuidado, atención básica en salud, acompañamiento y bienestar de los adultos mayores, utilizando sus propios medios y con autonomía técnica y administrativa. Como contraprestación, el CONTRATANTE pagará al CONTRATISTA los honorarios establecidos en el presente contrato.

SEGUNDA: Plazo de Ejecución. El término de duración del presente contrato será de siete (07) meses, contados a partir del 18 de febrero de 2026 hasta el 17 de septiembre de 2026, plazo dentro del cual el CONTRATISTA ejecutará las actividades propias del objeto contractual.

TERCERA: Valor. El valor total del presente contrato es la suma de TRECE MILLONES NOVECIENTOS SESENTA Y CINCO MIL PESOS M/CTE (\$13.965.000), suma que será pagada por el CONTRATANTE al CONTRATISTA a título de honorarios,



Dirección: Calle 3 No. 7-28 Barrio El Manguito



Teléfono: 3208639029



gestionsocialfunges@gmail.com

Puerto Rondón – Arauca

de acuerdo con la forma de pago establecida en el presente contrato y previa certificación de cumplimiento por parte del supervisor.

CUARTA. Forma de Pago. El valor del presente contrato será pagado por el CONTRATANTE al CONTRATISTA mediante siete (07) pagos mensuales vencidos, cada uno por valor de UN MILLÓN NOVECIENTOS NOVENTA Y CINCO MIL PESOS M/CTE (\$1.995.000), previa verificación del cumplimiento de las actividades contractuales por parte del CONTRATANTE y acreditación del pago de los aportes al Sistema de Seguridad Social Integral conforme a la normatividad vigente.

Parágrafo. Los pagos establecidos en el presente contrato estarán sujetos a la disponibilidad y desembolso efectivo de los recursos provenientes del Convenio de Asociación No. 002 de 2026 suscrito entre la FUNDACIÓN GESTIÓN SOCIAL – FUNGES y el Municipio de Tame.

QUINTA: Seguridad Social. El CONTRATISTA declara que realizará de manera independiente los aportes al Sistema de Seguridad Social Integral en salud, pensión y riesgos laborales, de conformidad con la normatividad vigente en Colombia. Para efectos del pago de los honorarios pactados en el presente contrato, el CONTRATISTA deberá acreditar el pago de dichos aportes correspondientes al período ejecutado.

SEXTA: Subcontratación. El CONTRATISTA no podrá ceder ni subcontratar total o parcialmente la ejecución del objeto del presente contrato sin la autorización previa, expresa y escrita del CONTRATANTE.

Parágrafo. En todo caso, el CONTRATISTA será el único responsable por la correcta ejecución de las actividades contratadas y mantendrá indemne al CONTRATANTE frente a cualquier reclamación, demanda o acción legal que pudiera presentarse con ocasión de la ejecución del presente contrato.

SÉPTIMA: Obligaciones Del Contratista. El CONTRATISTA se obliga a ejecutar el Objeto del Contrato, razón por la cual tendrá las siguientes obligaciones:

1. Asear las camas de los adultos mayores o brindar apoyo en esta actividad según su condición.
2. Realizar el aseo e higiene personal de los adultos mayores cuando su condición lo requiera.
3. Realizar y registrar los procedimientos efectuados a los adultos mayores de acuerdo con las indicaciones médicas.
4. Organizar y mantener limpios los carros de curación y los elementos utilizados en la atención.
5. Recibir, distribuir y suministrar los alimentos a los adultos mayores que no puedan desplazarse al comedor.
6. Administrar y registrar los medicamentos de acuerdo con la prescripción médica.
7. Realizar la toma y registro de signos vitales según diagnóstico o indicación médica.
8. Acompañar a los adultos mayores a las citas de control médico ante la IPS correspondiente cuando se requiera.
9. Desarrollar actividades que contribuyan al cuidado, bienestar y mejoramiento de las condiciones de salud de los adultos mayores.
10. Apoyar las actividades y programas que se desarrollen en el Centro de Bienestar del Adulto Mayor (CBAM).
11. Llevar registro de las actividades realizadas y diligenciar los formatos o soportes requeridos por el Centro de Bienestar del Adulto Mayor (CBAM).
12. Informar oportunamente al coordinador o supervisor sobre cualquier novedad en el estado de salud de los adultos mayores.
13. Cumplir con los protocolos de bioseguridad, higiene y cuidado establecidos por el CBAM y las autoridades de salud.
14. Las demás actividades que le sean asignadas por el supervisor del contrato y que sean inherentes al objeto de este.



Parágrafo 1: El CONTRATISTA ejecutará el objeto del presente contrato con plena autonomía técnica, administrativa y operativa, utilizando sus propios medios, recursos y conocimientos, sin que exista subordinación o dependencia respecto de EL CONTRATANTE; en consecuencia, el CONTRATISTA asumirá bajo su exclusiva responsabilidad los riesgos, gastos y obligaciones derivados de la ejecución del contrato.

Parágrafo 2: El CONTRATISTA además de las obligaciones del contrato deberá: 1. Obrar con seriedad y diligencia en el servicio contratado, 2. Presentar evidencias o soportes de las actividades realizadas, tales como registros, formatos o material fotográfico, cuando sean requeridos por el CONTRATANTE, 3. Atender las solicitudes y recomendaciones que haga el CONTRATANTE o sus delegados, con la mayor prontitud. 4. Permitir que el CONTRATANTE o un delegado haga visitas a las instalaciones del CONTRATISTA o el sitio que esté desarrollando las actividades. 5. Pago de los aportes al Sistema de Seguridad Social en salud, pensión y riesgos laborales, conforme a la normatividad vigente.

OCTAVA: Obligaciones del CONTRATANTE: Además de las obligaciones propias del contrato de prestación de servicios, el CONTRATANTE se compromete a suministrar al CONTRATISTA la información necesaria para el desarrollo de las actividades objeto del contrato, facilitar la coordinación con el personal del Centro de Bienestar del Adulto Mayor (CBAM) y efectuar el pago de los honorarios en los términos establecidos en el presente contrato.

NOVENA. Supervisión. El CONTRATANTE o su representante supervisará la ejecución del servicio encomendado y podrá formular las observaciones del caso para ser analizadas en conjunto con el CONTRATISTA.

DÉCIMA: Terminación anticipada. Cualquiera de las partes podrá dar por terminado el presente contrato antes del vencimiento del plazo pactado, mediante comunicación escrita dirigida a la otra parte. En todo caso, el CONTRATANTE podrá darlo por terminado de manera unilateral cuando se presenten circunstancias que afecten la ejecución del objeto contractual, por incumplimiento de las obligaciones del CONTRATISTA o por terminación o modificación del convenio que da origen al presente contrato.

DÉCIMA PRIMERA: 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.

DÉCIMA SEGUNDA: Inexistencia de relación laboral. Las partes dejan expresa constancia de que el presente contrato es de naturaleza civil y no genera relación laboral alguna entre el CONTRATANTE y el CONTRATISTA. En consecuencia, el CONTRATISTA actuará con plena autonomía técnica y administrativa en la ejecución de las actividades contratadas y no tendrá derecho al reconocimiento de salarios, prestaciones sociales, indemnizaciones laborales ni demás derechos propios de un contrato de trabajo.

DÉCIMA TERCERA. 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 CUARTA: Solución de conflictos. Se acuerda que, de presentarse un conflicto entre las partes, en el marco del presente contrato, las partes deberán acudir en primera instancia a un centro de conciliación certificado.

DÉCIMA QUINTA: Modificaciones. Toda modificación, variación adición o prórroga del presente contrato, deberá constar por escrito, mediante OTRO SÍ, que suscribirán con la firma ambas partes contratantes.



Dirección: Calle 3 No. 7-28 Barrio El Manguito



Teléfono: 3208639029



gestionsocialfunges@gmail.com

Puerto Rondón – Arauca

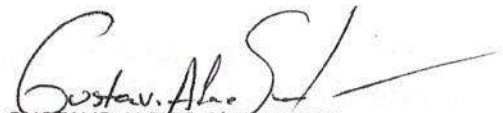
DÉCIMA SEXTA: Domicilio contractual. Para el presente contrato se establece como domicilio contractual el municipio de Tame.

DÉCIMA SÉPTIMA: Declaración del CONTRATISTA. El CONTRATISTA declara bajo la gravedad de juramento que conoce la naturaleza jurídica del presente contrato de prestación de servicios y manifiesta que lo celebra con plena autonomía técnica, administrativa y financiera, sin que exista subordinación ni dependencia respecto del CONTRATANTE. En consecuencia, reconoce que no se genera vínculo laboral alguno ni derecho al pago de prestaciones sociales, indemnizaciones o beneficios propios de un contrato de trabajo. Así mismo, declara que asume de manera independiente las obligaciones tributarias, de seguridad social y demás cargas legales derivadas de la ejecución del presente contrato.

Para constancia, se firma en el municipio de Tame, Arauca, a los dieciocho (18) días del mes de febrero de 2026.

EL CONTRATANTE,

EL CONTRATISTA,



GUSTAVO ALEXIS SARMIENTO
C.C. 96.194.978 de Tame
Representante Legal
FUNDACIÓN GESTIÓN SOCIAL – FUNGES



ANGIE PAOLA HERRERA CARRILLO
C.C. 1.116.871.869 expedida en Tame



Dirección: Calle 3 No. 7-28 Barrio El Manguito



Teléfono: 3208639029



gestionsocialfunges@gmail.com

Puerto Rondón – Arauca



CERTIFICA QUE

El(La) Señor(a) ANGIE PAOLA HERRERA CARRILLO identificado(a) con CC 1116871869 se encuentra afiliado a la EPS.

Fecha de Activación de Servicios: 02/02/2026

Estado de la Afiliación: Vigente

IPS: MYT SALUD IPS S.A.S. TAME

Categoría: SISBEN_1

La presente certificación se expide a solicitud del (de la) interesado(a) en Bogotá para QUIEN INTERESE, a los 4 días del mes 3 del año 2026.

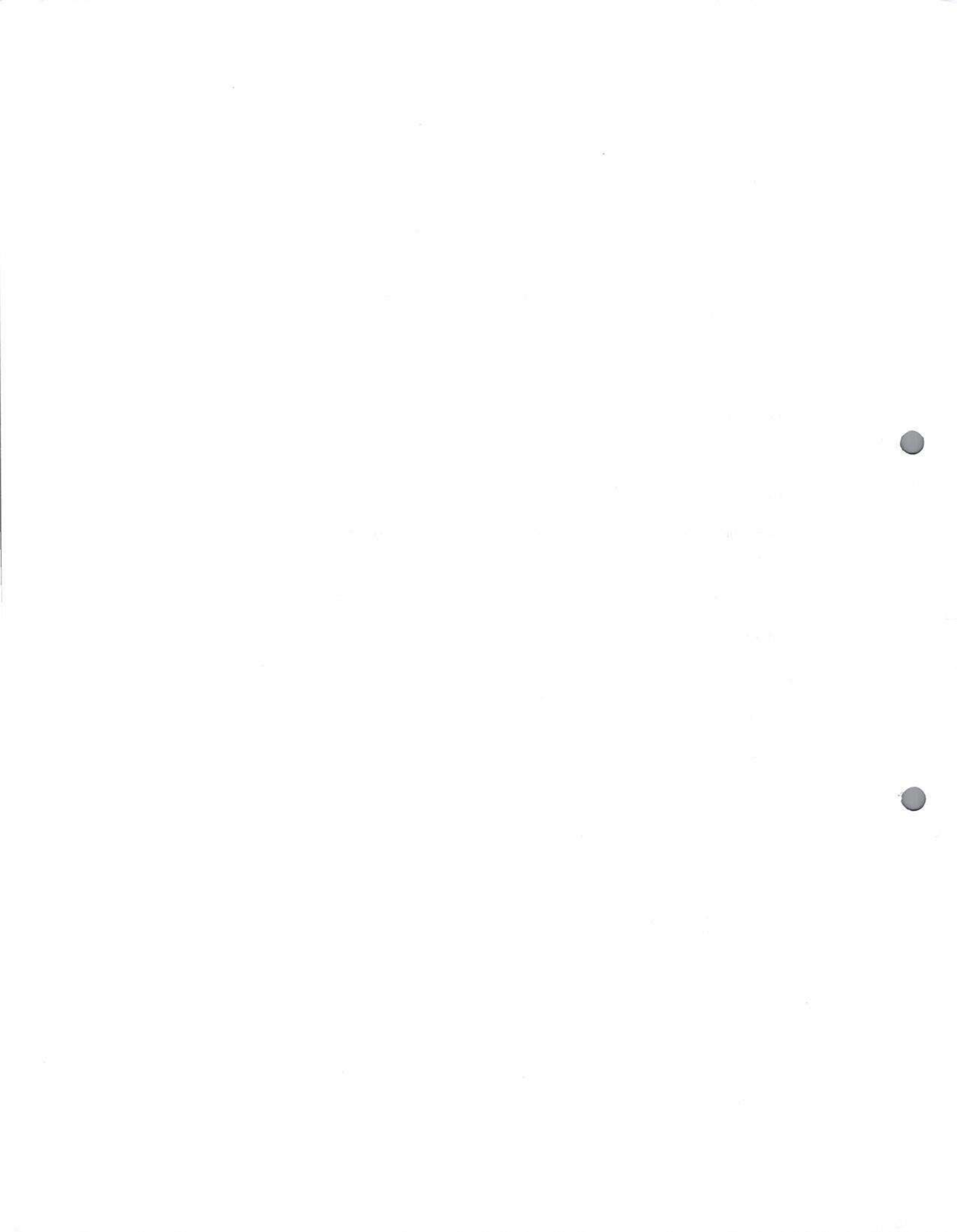
La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

ESTA CERTIFICACIÓN NO APLICA PARA SERVICIOS MÉDICOS. NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

Gerencia de Afiliaciones





**SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS
PORVENIR S.A.**

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

ANGIE PAOLA HERRERA CARRILLO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.116.871.869**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 23 de febrero del 2026.

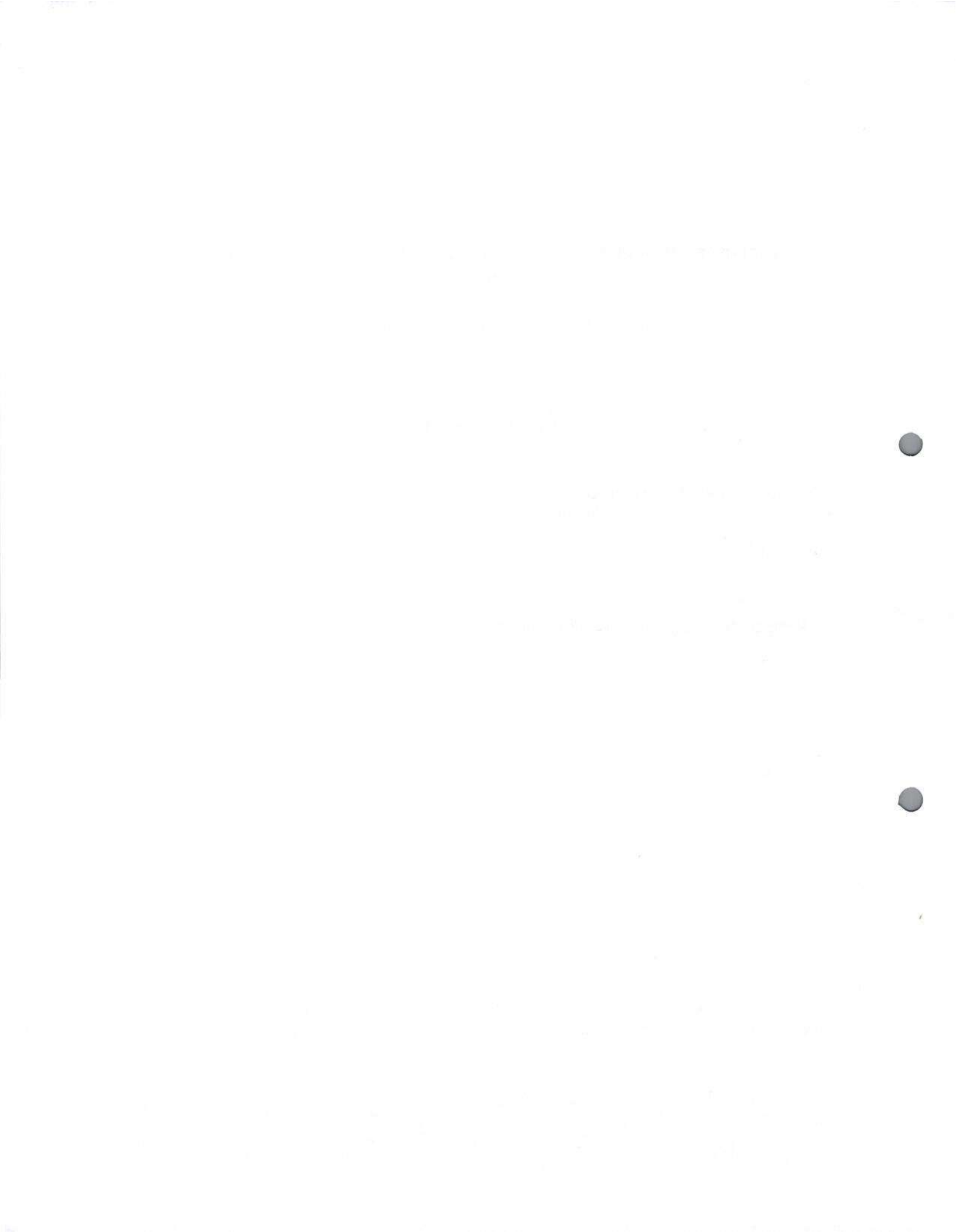
Cordialmente,

Gerencia de Clientes



Tenga en cuenta:

En este momento de su vida, lo que más le conviene es estar en un fondo privado como Porvenir, ¿por que? porque está acumulando semanas, ahorrando dinero y obteniendo rendimiento.





LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

CERTIFICA QUE:

Angie Paola Herrera Carrillo identificado con CC. 1116871869 registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales:

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE			
Nombres y/o Razón	FUNDACION GESTION SOCIAL		
Tipo y Numero de Documento	NI - 900556022		
INFORMACIÓN RELACIÓN LABORAL			
Fecha de inicio de cobertura	2026/03/05	Fecha inicio contrato	2026/02/18
Tipo de vinculación	Independiente con Contrato	Fecha de fin contrato	2026/09/17
Riesgo	2	Código actividad económica	2873001 - Actividades de atención en instituciones para el cuidado de personas mayores y/o discapacitadas, esta clase
Estado afiliación	Activa	Estado del contrato	Activa
Fecha retiro	-		

Esta certificación se expide a los 4 días del mes de marzo 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: **CC04032026A1116871869C12248371**. Este código es válido por un mes.

Cordialmente,

Gerencia de afiliaciones y novedades ARL

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S. A.

Positiva Compañía de Seguros S.A.:
 Nit. 860.011.153-6 | Línea Gratuita Nacional: (+57) 01-8000-111-170 - Teléfono: +57 (601) 330 7000

Defensor del Consumidor Financiero: Ana María Giraldo (Principal) - Pablo Valencia (Suplente) | defensorcliente@positiva.gov.co | Carrera 10 #97A - 13, Oficina 502. Bogotá | +57 (601) 610 8164 | Lunes a Viernes 8:00 a. m. – 6:00 p. m. | El Defensor, resolverá las quejas o reclamos, actuará como Conciliador ante Positiva.

Más información: <https://www.positiva.gov.co/web/guest/defensoria-del-consumidor>
 Puedes interponer una queja ante Positiva, o el Defensor, o la SFC u otro organismo de

10/10/10

10/10/10

10/10/10

10/10/10

10/10/10

10/10/10

10/10/10

10/10/10

10/10/10

10/10/10

10/10/10

10/10/10

10/10/10

10/10/10

10/10/10

10/10/10

10/10/10

10/10/10

10/10/10

10/10/10



FUNDACION GESTION SOCIAL
 Nit 900.556.022-3
 CALLE 3 7 28 URB LOS MANGOS
 Tel: (607) 3208639029
 Tame - Colombia



Documento soporte por compras a
 sujetos no obligados a facturar
No. DSF 261

Proveedor	ANGIE PAOLA HERRERA CARRILLO		
Nit	1.116.871.869-1	Teléfono	(607) 0000000
Dirección	cra 9 # 9-37	Ciudad	Tame - Colombia

Fecha de compra	Fecha de Vencimiento
2026-04-01	--

Item	Descripción	Cantidad	Vr. Unitario	Vr. Total
1	Prestación de servicios como Auxiliar de Enfermería en el Centro de Bienestar del Adulto Mayor (CBAM) del Municipio de Tame, correspondiente al período comprendido entre el 18 de febrero y el 17 de marzo de 2026, en el marco de la ejecución del Convenio de Asociación No. 002 de 2026	1.00	1,995,000.00	1,995,000.00

Valor en Letras:

Un millón novecientos noventa y cinco mil pesos m/cte

Condiciones de Pago:

Efectivo \$ 1,995,000.00

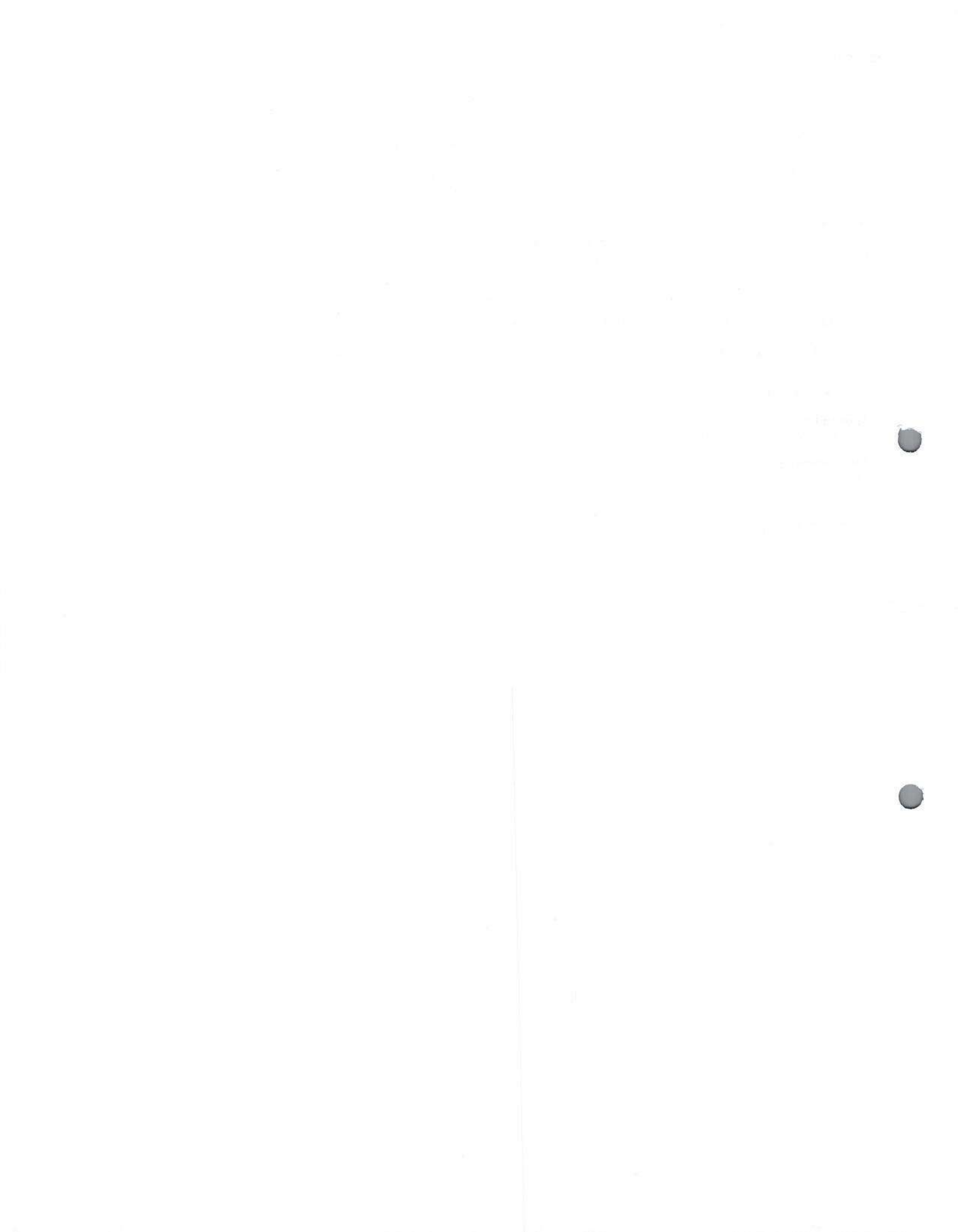
Total Bruto	1,995,000.00
Total a Pagar	1,995,000.00

Observaciones:

A este Documento se le aplican las normas relativas del Documento Soporte en adquirentes efectuadas a sujetos no obligados a facturar (Resolución 167 de 30 de diciembre de 2021).
 Número Autorización 18764102291617 aprobado en 20251129 prefijo DSF desde el número 201 al 600 Vigencia: Vigencia: 24 meses.

CUDS: 945a75a4fd399cbe82f0fa4da7179e53e3cddc0e695bfc3cbffa64d9ddcd3c38a13d550fac875d3abd67b067be0e7902

Elaborado por Siigo S.A. S Nit: 830 048 145-8



PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE TIPO IDENTIFICACIÓN: NOMBRE O RAZÓN SOCIAL CÉDULA DE CIUDADANÍA: NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: TAME DEPARTAMENTO: CAHARRA 9 99-37 BARRIO SANTANOVER TELÉFONO: 8880000 CLASE APORTANTE: 02 INDEPENDIENTE ACTIVIDAD ECONÓMICA: PRIMARIA FORMA DE PRESENTACIÓN: UNICO APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SEÑA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): NO		DATOS GENERALES DE LA PLANILLA NÚMERO PLANILLA: 116871888 FECHA PAGO (aaaa.mm.dd): 2026.03.06 PERIODO COTIZACIÓN SALUD: Febrero Año 2026 NÚMERO AUTORIZACIÓN: 20269306 INDEPENDIENTES: 222933	
--	--	---	--

DATOS DEL COTIZANTE NOMBRE: 230301-POREVENIR No. COTIZANTES: 1 COTIZACIÓN: \$ 121.400		TOTAL APORTES A PENSION APORTES VOLUNTARIOS: FSP SUBSISTENCIA: FSP COTIZACIÓN: FSP APORTES: FSP MORA: FSP DESCUENTO: FSP VALOR PAGADO: \$ 121.400 SUBTOTALS: \$ 121.400	
---	--	--	--

DATOS DEL COTIZANTE NOMBRE: EP0307-NEUEVA EPS No. COTIZANTES: 1 COTIZACIÓN: \$ 94.900		TOTAL APORTES A SALUD INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD: FSP LICENCIA MANTENIDA: FSP SALDO A FAVOR: FSP LIQUIDACIÓN: FSP VALOR APORTES: FSP MORA: FSP DESCUENTO: FSP VALOR PAGADO: \$ 94.900 SUBTOTALS: \$ 94.900	
---	--	--	--

DATOS DEL COTIZANTE NOMBRE: 14-23 POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S A No. COTIZANTES: 1 COTIZACIÓN: \$ 8.000		TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES INCAPACIDAD RFP: FSP PAGO A OTROS RIESGOS: FSP PLANILLA: FSP VALOR APORTES: FSP MORA: FSP DESCUENTO: FSP VALOR PAGADO: \$ 8.000 SUBTOTALS: \$ 8.000	
---	--	--	--

DATOS DEL COTIZANTE NOMBRE: 230301-POREVENIR No. COTIZANTES: 13 COTIZACIÓN: \$ 758.726		LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES PENSION: FSP APORTES VOLUNTARIOS: FSP SUBSISTENCIA: FSP COTIZACIÓN: FSP VALOR APORTES: FSP MORA: FSP DESCUENTO: FSP VALOR PAGADO: \$ 758.726	
--	--	---	--

TOTAL PAGADO: \$ 224.300

Planilla Pagada

517





FUNDACION GESTION SOCIAL
 Nit 900.556.022-3
 CALLE 3 7 28 URB LOS MANGOS
 Tel: (607) 3208639029
 Tame - Colombia



Documento soporte por compras a
 sujetos no obligados a facturar
 No. DSF 275

Proveedor	ANGIE PAOLA HERRERA CARRILLO		
Nit	1.116.871.869-1	Teléfono	(607) 0000000
Dirección	cra 9 # 9-37	Ciudad	Tame - Colombia

Fecha de compra	Fecha de Vencimiento
2026-04-17	--

Ítem	Descripción	Cantidad	Vr. Unitario	Vr. Total
1	Prestación de servicios como Auxiliar de Enfermería en el Centro de Bienestar del Adulto Mayor (CBAM) del Municipio de Tame, correspondiente al período comprendido entre el 18 de marzo y el 17 de abril de 2026, en el marco de la ejecución del Convenio de Asociación No. 002 de 2026	1.00	1,995,000.00	1,995,000.00

Valor en Letras:

Un millón novecientos noventa y cinco mil pesos m/cte

Condiciones de Pago:

Efectivo

\$ 1,995,000.00

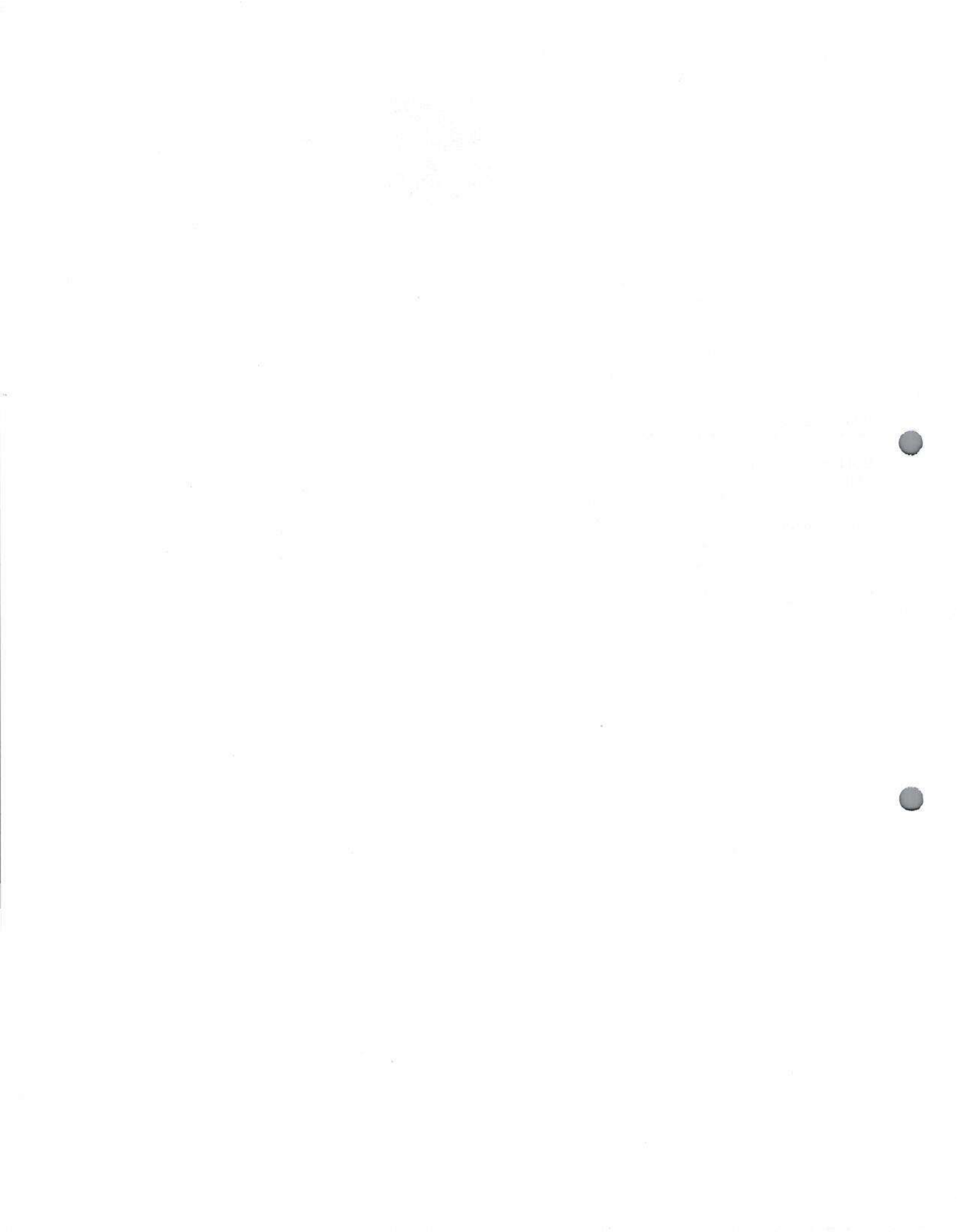
Total Bruto	1,995,000.00
Total a Pagar	1,995,000.00

Observaciones:

A este Documento se le aplican las normas relativas del Documento Soporte en adquirentes efectuadas a sujetos no obligados a facturar (Resolución 167 de 30 de diciembre de 2021).
 Número Autorización 18764102291617 aprobado en 20251129 prefijo DSF desde el número 201 al 600 Vigencia: Vigencia: 24 meses.

CUDS: 3d500d561b49594eb9eb98204d97458c3b0adc58d85a311c46aac73e6d092a3fa996f6bd6ff2f35720769e9edf7297e6

Elaborado por Siigo S.A.S Nit: 830 048 145-8



PLANILLA INTEGRADA AUTO Liquidación APORTES SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE										
TIPO IDENTIFICACION:	1118871869	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACION:	1118871869	NOMBRE:	ANGIE MOLLA HERRERA CARRILLO	FECHA:	2026	MES:	marzo
NOMBRE O PAQUEN SOCIAL:		Ciudad Bolívar	DIRECCION:		TAMÉ:	ARAUCA	PERIODO COTIZACION SALUD:	2026	MES:	marzo
DIRECCION:		CARRERA 9 99 37 BARRIO SANTANDER	TELÉFONO:	8880000	CLASE APORTANTE:	02 INDEPENDIENTE	TIPO DE PLANILLA:	0	NÚMERO AUTORIZACION:	20260409
TIPO EMPLEO:	INDO	FORMA DE PRESENTACION:	INDO	ACTIVIDAD ECONOMICA:	PREVIDO	INDEPENDIENTE:		FECHA PAGO (aaaa.mm.dd):	20260409	NÚMERO AUTORIZACION:
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENIA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):										

TOTAL APORTES A PENSION										
CODIGO:	220301	NOMBRE:	FORVENIR	No. COTIZANTES:	1	COTIZACION:	\$ 280.200	EMPLEADOR:		APORTES VOLUNTARIOS:
SUBTOTALS:						\$ 280.200				TOTALS:
						\$ 280.200				\$ 280.200

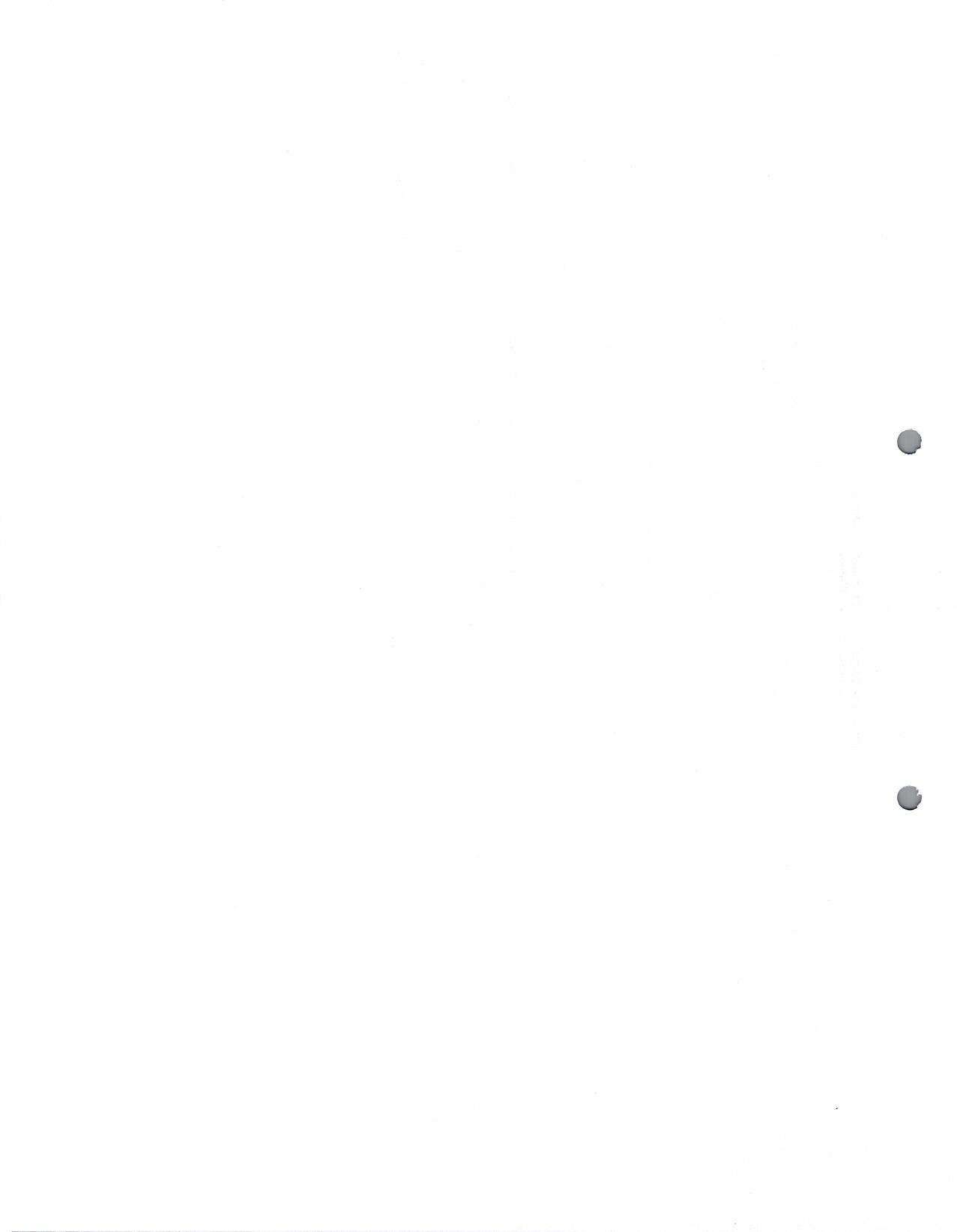
TOTAL APORTES A SALUD										
CODIGO:	EP507	NOMBRE:	EPS07 NUEVA EPS	No. COTIZANTES:	1	COTIZACION:	\$ 218.900	EMPLEADOR:		APORTES A SALUD:
SUBTOTALS:						\$ 218.900				TOTALS:
						\$ 218.900				\$ 218.900

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES										
CODIGO:	1423	NOMBRE:	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	No. COTIZANTES:	1	COTIZACION:	\$ 18.300	EMPLEADOR:		APORTES A RIESGOS PROFESIONALES:
SUBTOTALS:						\$ 18.300				TOTALS:
						\$ 18.300				\$ 18.300

LIQUIDACION DETALLADA APORTES									
PENSION									
SEGURO SOCIAL									
SALUD									
PARAMISCALES									
TOTALS									
TOTAL PAGO: \$ 517.400									



FIC





FUNDACION GESTION SOCIAL
 Nit 900.556.022-3
 CALLE 3 7 28 URB LOS MANGOS
 Tel: (607) 3208639029
 Tame - Colombia

Documento soporte por compras a
 sujetos no obligados a facturar
No. DSF 290

Proveedor	ANGIE PAOLA HERRERA CARRILLO		
Nit	1.116.871.869-1	Teléfono	(607) 0000000
Dirección	cra 9 # 9-37	Ciudad	Tame - Colombia

Fecha de compra	Fecha de Vencimiento
2026-05-19	--

Ítem	Descripción	Cantidad	Vr. Unitario	Vr. Total
1	Prestación de servicios como Auxiliar de Enfermería en el Centro de Bienestar del Adulto Mayor (CBAM) del Municipio de Tame, correspondiente al período comprendido entre el 18 de abril y el 17 de mayo de 2026, en el marco de la ejecución del Convenio de Asociación No. 002 de 2026	1.00	1,995,000.00	1,995,000.00

Elaborado por Siigo S.A.S Nit: 830.048.145-8

Valor en Letras:

Un millón novecientos noventa y cinco mil pesos m/cte

Condiciones de Pago:

Efectivo

\$ 1,995,000.00

Total Bruto	1,995,000.00
Total a Pagar	1,995,000.00

Observaciones:

A este Documento se le aplican las normas relativas del Documento Soporte en adquirentes efectuadas a sujetos no obligados a facturar (Resolución 167 de 30 de diciembre de 2021).
 Número Autorización 18764102291617 aprobado en 20251129 prefijo DSF desde el número 201 al 600 Vigencia: Vigencia: 24 meses.

1990-1991

1990-1991

1990-1991

1990-1991

1990-1991

1990-1991

1990-1991

1990-1991

1990-1991



PLANILLA INTEGRADA AUTOQUIDADACION APORTES SOPORTE DE PAGO GENERAL



DATOS GENERALES DEL APORTANTE		DATOS GENERALES DE LA PLANILLA	
Tipo identificación:	11687188	Número planilla:	6018714015
Nombre o razón social:	ANGIE PAOLA HERRERA CARRILLO	MpO de planilla:	2008
Ciudad/Municipio:	DEPARTAMENTO: BOGOTÁ	Fecha de mora:	2028/05/05
Dirección:	CARRERA 9 99-37 BARRIO SANTANDEO	Número autorización:	
Tipo aportante:	CLASE APORTANTE: 02 INDEPENDIENTE	Fecha pago (aaaa mm dd):	
Tipo empresa:	FORMA DE PRESENTACION: UNICO	Otras actividades profesionales, certificaciones y otros:	
Aportante exonerado pago aportes salud, sena e icbf (informa tributaria):	NO		

ADMINISTRADORA		TOTAL APORTES A PENSION	
Código:	23031 FORVENIR	Aportes voluntarios:	\$ 0
Nombre:		Solidaridad:	\$ 0
No. cotizantes:	1	Subsistencia:	\$ 0
Empleado:		Cotización:	\$ 0
Valor:	\$ 280.200	Mora:	\$ 0
Valor autorización:		FSP:	\$ 0
Valor planilla:		Cotización:	\$ 280.200
Valor:		Aportes:	\$ 0
Valor:		Mora:	\$ 0
Valor:		Descuento:	\$ 0
Valor:		Valor pagado:	\$ 280.200
Totales:			\$ 280.200

ADMINISTRADORA		TOTAL APORTES A SALUD	
Código:	EP937 NUEVA EPS	Liquidación:	\$ 0
Nombre:		Valor:	\$ 218.900
No. cotizantes:	1	Cotización:	\$ 0
Empleado:		Mora:	\$ 0
Valor:	\$ 0	Aportes:	\$ 218.900
Valor autorización:		Mora:	\$ 0
Valor planilla:		Descuento:	\$ 0
Valor:		Valor pagado:	\$ 218.900
Valor:			\$ 218.900

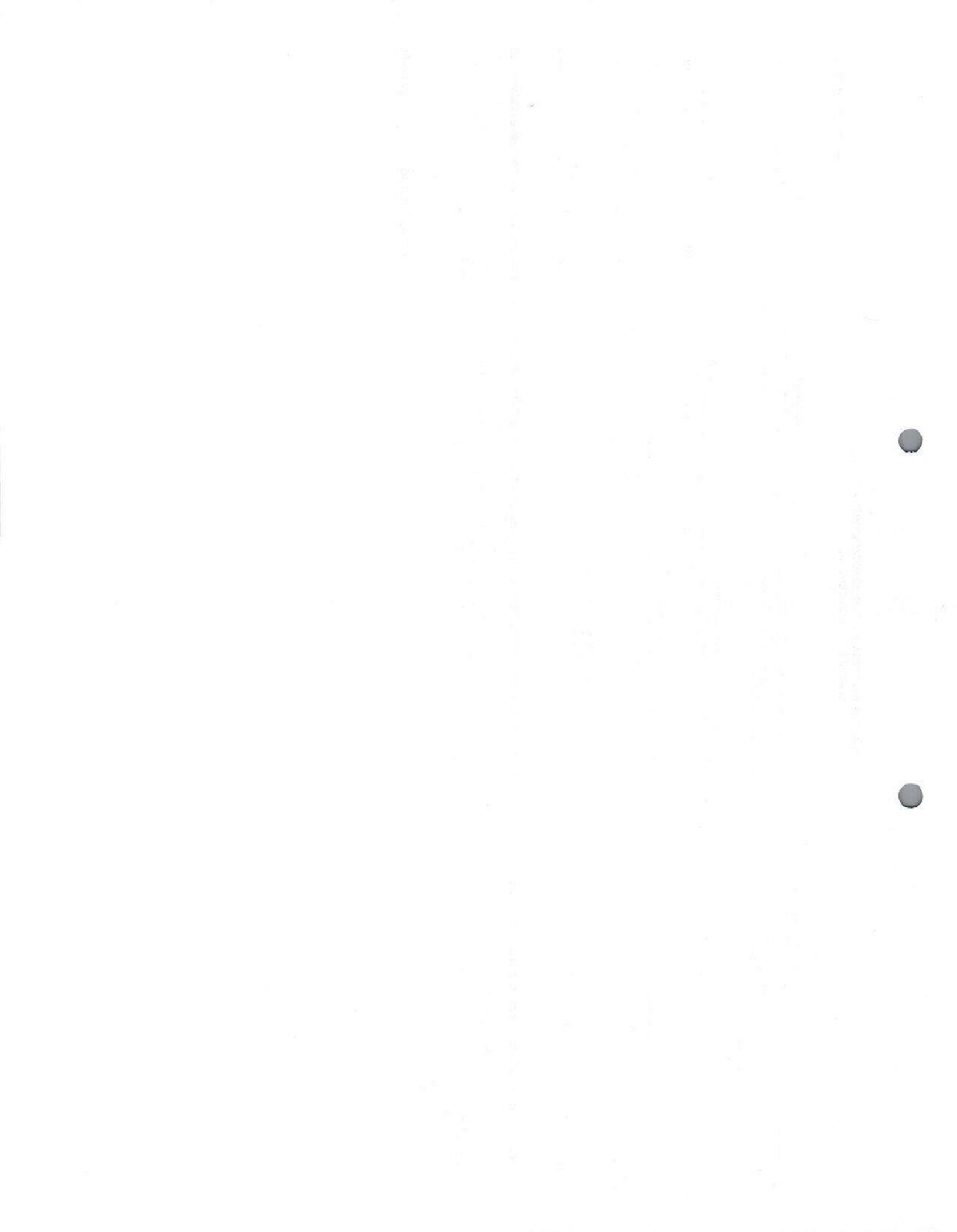
ADMINISTRADORA		TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES	
Código:	1423 POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS S.A	Liquidación:	\$ 0
Nombre:		Valor:	\$ 0
No. cotizantes:	1	Cotización:	\$ 0
Empleado:		Mora:	\$ 0
Valor:	\$ 0	Aportes:	\$ 0
Valor autorización:		Mora:	\$ 0
Valor planilla:		Descuento:	\$ 0
Valor:		Valor pagado:	\$ 0
Valor:			\$ 0

ADMINISTRADORA		LIQUIDACION DETALLADA APORTES	
DATOS DEL COTIZANTE		SEGURO SOCIAL	SALUD
Nº:	11687188	Valor aporte:	\$ 218.900
Nombre:	ANGIE PAOLA HERRERA CARRILLO	Valor:	\$ 218.900
Tipo de cotización:	INDICADOR VOLUNTARIOS	Cotización:	\$ 0
Valor:	\$ 280.200	Mora:	\$ 0
Valor autorización:		Aportes:	\$ 0
Valor planilla:		Mora:	\$ 0
Valor:		Descuento:	\$ 0
Valor:		Valor pagado:	\$ 0
Valor:			\$ 0
PARTICIPACIONES		SEGUROS	SALUD
CC:	11687188	Valor aporte:	\$ 0
Nombre:	ANGIE PAOLA HERRERA CARRILLO	Valor:	\$ 0
Tipo de cotización:	INDICADOR VOLUNTARIOS	Cotización:	\$ 0
Valor:	\$ 0	Mora:	\$ 0
Valor autorización:		Aportes:	\$ 0
Valor planilla:		Mora:	\$ 0
Valor:		Descuento:	\$ 0
Valor:		Valor pagado:	\$ 0
Valor:			\$ 0

TOTAL PAGADO: \$ 517.400

Planilla Pagada

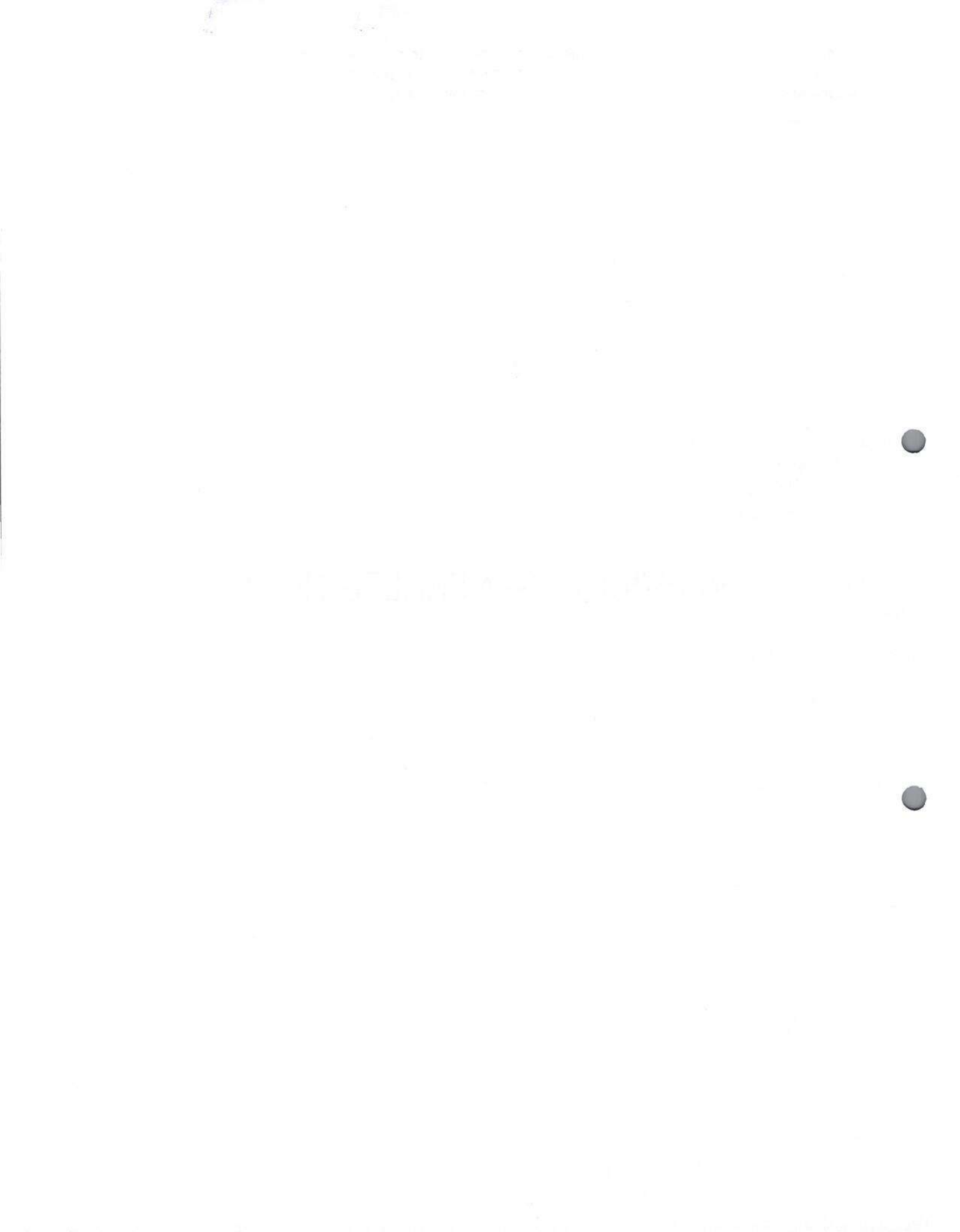
b1c





SERVICIOS GENERALES No. 1







FUNDACIÓN GESTIÓN SOCIAL "FUNGES"
GESTIÓN COMPROBADA
NIT. 900556022-3

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS No. 06 DE 2026

CONTRATANTE: FUNDACIÓN GESTIÓN SOCIAL – FUNGES
NIT: 900.556.022-3
REPRESENTANTE LEGAL: GUSTAVO ALEXIS SARMIENTO
C.C.: 96.194.978 expedida en Tame
CONTRATISTA: ANGIE YULEXY PEREZ CANO
C.C.: 1.006.457.371 expedida en Tame
OBJETO: Prestación de servicios como Servicios Generales en el Centro de Bienestar del Adulto Mayor (CBAM).
UBICACIÓN: Municipio de Tame – Arauca
VALOR TOTAL: TRECE MILLONES DOSCIENTOS TREINTA MIL PESOS M/CTE (\$13.230.000)
VALOR MENSUAL: UN MILLÓN OCHOCIENTOS NOVENTA MIL PESOS M/CTE (\$1.890.000)
PLAZO: Siete (07) meses
FECHA DE INICIO: 18 de febrero de 2026
FECHA DE TERMINACIÓN: 17 de septiembre de 2026

Entre los suscritos GUSTAVO ALEXIS SARMIENTO, identificado con cédula de ciudadanía No. 96.194.978 expedida en Tame, quien actúa en calidad de Representante Legal de la FUNDACIÓN GESTIÓN SOCIAL – FUNGES, identificada con NIT 900.556.022-3, quien para efectos del presente contrato se denominará EL CONTRATANTE, y por la otra parte ANGIE YULEXY PEREZ CANO, identificada con cédula de ciudadanía No. 1.006.457.371 expedida en Tame, quien actúa en nombre propio y para efectos del presente contrato se denominará EL CONTRATISTA, ambos mayores de edad y con capacidad para contratar, han acordado celebrar el presente Contrato de Prestación de Servicios, el cual se registró por las siguientes cláusulas.

CONSIDERACIONES:

Que, para la prestación de servicios como Servicios Generales en el Centro de Bienestar del Adulto Mayor (CBAM) mediante el Convenio de Asociación No. 002 de 2026 cuyo objeto es "DESARROLLAR EL PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL A LA PERSONA MAYOR DEL MUNICIPIO DE TAME – DEPARTAMENTO DE ARAUCA" suscrito entre la FUNDACIÓN GESTIÓN SOCIAL - FUNGES y el MUNICIPIO DE TAME, se hace necesaria la contratación de una persona que cumpla con los requisitos exigidos para desempeñar dichas actividades.

Debido a lo anterior, las partes acuerdan celebrar el presente contrato de conformidad con las siguientes cláusulas:

PRIMERA: Objeto del contrato. El CONTRATISTA se obliga para con el CONTRATANTE, de manera independiente y sin que exista subordinación o relación laboral alguna, a prestar sus servicios como Servicios Generales en el Centro de Bienestar del Adulto Mayor (CBAM), realizando actividades de aseo, limpieza, mantenimiento básico y apoyo logístico que contribuyan al adecuado funcionamiento de las instalaciones y al bienestar de los adultos mayores. Como contraprestación, el CONTRATANTE pagará al CONTRATISTA los honorarios establecidos en el presente contrato.

SEGUNDA: Plazo de Ejecución. El término de duración del presente contrato será de siete (07) meses, contados a partir del 18 de febrero de 2026 hasta el 17 de septiembre de 2026, plazo dentro del cual el CONTRATISTA ejecutará las actividades propias del objeto contractual.

TERCERA: Valor. El valor total del presente contrato es la suma de TRECE MILLONES DOSCIENTOS TREINTA MIL PESOS M/CTE (\$13.230.000), suma que será pagada por el CONTRATANTE al CONTRATISTA a título de honorarios, de acuerdo con la forma de pago establecida en el presente contrato y previa certificación de cumplimiento por parte del supervisor.



Dirección: Calle 3 No. 7-28 Barrio El Manguito



Teléfono: 3208639029



gestionsocialfunges@gmail.com

Puerto Rondón – Arauca

CUARTA. Forma de Pago. El valor del presente contrato será pagado por el CONTRATANTE al CONTRATISTA mediante siete (07) pagos mensuales vencidos, cada uno por valor de UN MILLÓN OCHOCIENTOS NOVENTA MIL PESOS M/CTE (\$1.890.000), previa verificación del cumplimiento de las actividades contractuales por parte del CONTRATANTE y acreditación del pago de los aportes al Sistema de Seguridad Social Integral conforme a la normatividad vigente.

Parágrafo. Los pagos establecidos en el presente contrato estarán sujetos a la disponibilidad y desembolso efectivo de los recursos provenientes del Convenio de Asociación No. 002 de 2026 suscrito entre la FUNDACIÓN GESTIÓN SOCIAL – FUNGES y el Municipio de Tame.

QUINTA: Seguridad Social. El CONTRATISTA declara que realizará de manera independiente los aportes al Sistema de Seguridad Social Integral en salud, pensión y riesgos laborales, de conformidad con la normatividad vigente en Colombia. Para efectos del pago de los honorarios pactados en el presente contrato, el CONTRATISTA deberá acreditar el pago de dichos aportes correspondientes al período ejecutado.

SEXTA: Subcontratación. El CONTRATISTA no podrá ceder ni subcontratar total o parcialmente la ejecución del objeto del presente contrato sin la autorización previa, expresa y escrita del CONTRATANTE.

Parágrafo. En todo caso, el CONTRATISTA será el único responsable por la correcta ejecución de las actividades contratadas y mantendrá indemne al CONTRATANTE frente a cualquier reclamación, demanda o acción legal que pudiera presentarse con ocasión de la ejecución del presente contrato.

SÉPTIMA: Obligaciones Del Contratista. El CONTRATISTA se obliga a ejecutar el Objeto del Contrato, razón por la cual tendrá las siguientes obligaciones:

1. Realizar la limpieza diaria de pisos, pasillos, habitaciones y áreas comunes del Centro de Bienestar del Adulto Mayor (CBAM).
2. Mantener en adecuado estado de limpieza los muebles, ventanas, baños, sanitarios, lavamanos, espejos y demás instalaciones del centro.
3. Desocupar, lavar y desinfectar las canecas de basura y mantener en orden las áreas asignadas.
4. Realizar la limpieza de paredes, persianas, cortinas y demás elementos del centro, según el cronograma establecido por el coordinador.
5. Clasificar, lavar, secar, planchar y organizar la ropa de los adultos mayores cuando se requiera.
6. Mantener limpia y organizada el área de lavandería y los implementos de trabajo.
7. Apoyar el mantenimiento y limpieza de las zonas verdes al interior del centro.
8. Cumplir con las instrucciones del coordinador y apoyar las actividades necesarias para el buen funcionamiento del Centro de Bienestar del Adulto Mayor (CBAM).
9. Las demás actividades que le sean asignadas por el supervisor del contrato y que sean inherentes al objeto de este.

Parágrafo 1: El CONTRATISTA ejecutará el objeto del presente contrato con plena autonomía técnica, administrativa y operativa, utilizando sus propios medios, recursos y conocimientos, sin que exista subordinación o dependencia respecto de EL CONTRATANTE; en consecuencia, el CONTRATISTA asumirá bajo su exclusiva responsabilidad los riesgos, gastos y obligaciones derivados de la ejecución del contrato.



Parágrafo 2: El CONTRATISTA además de las obligaciones del contrato deberá: 1. Obrar con seriedad y diligencia en el servicio contratado, 2. Presentar evidencias o soportes de las actividades realizadas, tales como registros, formatos o material fotográfico, cuando sean requeridos por el CONTRATANTE, 3. Atender las solicitudes y recomendaciones que haga el CONTRATANTE o sus delegados, con la mayor prontitud. 4. Permitir que el CONTRATANTE o un delegado haga visitas a las instalaciones del CONTRATISTA o el sitio que esté desarrollando las actividades. 5. Pago de los aportes al Sistema de Seguridad Social en salud, pensión y riesgos laborales, conforme a la normatividad vigente.

OCTAVA: Obligaciones del CONTRATANTE: Además de las obligaciones propias del contrato de prestación de servicios, el CONTRATANTE se compromete a suministrar al CONTRATISTA la información necesaria para el desarrollo de las actividades objeto del contrato, facilitar la coordinación con el personal del Centro de Bienestar del Adulto Mayor (CBAM) y efectuar el pago de los honorarios en los términos establecidos en el presente contrato.

NOVENA. Supervisión. El CONTRATANTE o su representante supervisará la ejecución del servicio encomendado y podrá formular las observaciones del caso para ser analizadas en conjunto con el CONTRATISTA.

DÉCIMA: Terminación anticipada. Cualquiera de las partes podrá dar por terminado el presente contrato antes del vencimiento del plazo pactado, mediante comunicación escrita dirigida a la otra parte. En todo caso, el CONTRATANTE podrá darlo por terminado de manera unilateral cuando se presenten circunstancias que afecten la ejecución del objeto contractual, por incumplimiento de las obligaciones del CONTRATISTA o por terminación o modificación del convenio que da origen al presente contrato.

DÉCIMA PRIMERA: 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.

DÉCIMA SEGUNDA: Inexistencia de relación laboral. Las partes dejan expresa constancia de que el presente contrato es de naturaleza civil y no genera relación laboral alguna entre el CONTRATANTE y el CONTRATISTA. En consecuencia, el CONTRATISTA actuará con plena autonomía técnica y administrativa en la ejecución de las actividades contratadas y no tendrá derecho al reconocimiento de salarios, prestaciones sociales, indemnizaciones laborales ni demás derechos propios de un contrato de trabajo.

DÉCIMA TERCERA. 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 CUARTA: Solución de conflictos. Se acuerda que, de presentarse un conflicto entre las partes, en el marco del presente contrato, las partes deberán acudir en primera instancia a un centro de conciliación certificado.

DÉCIMA QUINTA: Modificaciones. Toda modificación, variación adición o prórroga del presente contrato, deberá constar por escrito, mediante OTRO SÍ, que suscribirán con la firma ambas partes contratantes.

DÉCIMA SEXTA: Domicilio contractual. Para el presente contrato se establece como domicilio contractual el municipio de Tame.



Dirección: Calle 3 No. 7-28 Barrio El Manguito



Teléfono: 3208639029



gestionsocialfunges@gmail.com

Puerto Rondón – Arauca

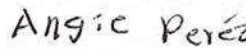
DÉCIMA SÉPTIMA: Declaración del CONTRATISTA. El CONTRATISTA declara bajo la gravedad de juramento que conoce la naturaleza jurídica del presente contrato de prestación de servicios y manifiesta que lo celebra con plena autonomía técnica, administrativa y financiera, sin que exista subordinación ni dependencia respecto del CONTRATANTE. En consecuencia, reconoce que no se genera vínculo laboral alguno ni derecho al pago de prestaciones sociales, indemnizaciones o beneficios propios de un contrato de trabajo. Así mismo, declara que asume de manera independiente las obligaciones tributarias, de seguridad social y demás cargas legales derivadas de la ejecución del presente contrato.

Para constancia, se firma en el municipio de Tame, Arauca, a los dieciocho (18) días del mes de febrero de 2026.

EL CONTRATANTE,

EL CONTRATISTA,


GUSTAVO ALEXIS SARMIENTO
C.C. 96.194.978 expedida en Tame
Representante Legal
FUNDACIÓN GESTIÓN SOCIAL – FUNGES


ANGIE YULEXY PEREZ CANO
C.C. 1.006.457.371 expedida en Tame



Dirección: Calle 3 No. 7-28 Barrio El Manguito



Teléfono: 3208639029



gestionsocialfunges@gmail.com

Puerto Rondón – Arauca

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS



1. DATOS DEL USUARIO

1.1. TIPO DE USUARIO: A. Afiliado, B. Beneficiario, C. Dependiente, D. Empleado, E. Jubilado, F. Pensionado, G. Otro

1.2. TIPO DE DOCUMENTO: A. Cédula de Ciudadanía, B. Cédula de Extranjería, C. Documento de Identificación, D. Otro

1.3. TIPO DE DOCUMENTO: A. Documento de Identificación, B. Documento de Identificación, C. Documento de Identificación, D. Documento de Identificación

24 2 2026

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

2.1. NOMBRE: PEREZ CANO ANGIE YULEXY

2.2. TIPO DE DOCUMENTO: CC - Cédula de Ciudadanía

2.3. NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: 1006457371

2.4. SEXO: F. Femenino, M. Masculino

2.5. FECHA DE NACIMIENTO: 09/08/2001

3. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

3.1. NACIONALIDAD: COLOMBIANO

3.2. LUGAR DE NACIMIENTO: COLOMBIA

3.3. DEPARTAMENTO: ARAUCA

3.4. MUNICIPIO: TAME

3.5. FECHA DE NACIMIENTO: 09/08/2001

4. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

4.1. TIPO DE DOCUMENTO: CC - Cédula de Ciudadanía

4.2. NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: 1006457371

4.3. SEXO: F. Femenino, M. Masculino

4.4. FECHA DE NACIMIENTO: 09/08/2001

5. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

5.1. TIPO DE DOCUMENTO: CC - Cédula de Ciudadanía

5.2. NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: 1006457371

5.3. SEXO: F. Femenino, M. Masculino

5.4. FECHA DE NACIMIENTO: 09/08/2001

6. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

6.1. TIPO DE DOCUMENTO: CC - Cédula de Ciudadanía

6.2. NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: 1006457371

6.3. SEXO: F. Femenino, M. Masculino

6.4. FECHA DE NACIMIENTO: 09/08/2001

7. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

7.1. TIPO DE DOCUMENTO: CC - Cédula de Ciudadanía

7.2. NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: 1006457371

7.3. SEXO: F. Femenino, M. Masculino

7.4. FECHA DE NACIMIENTO: 09/08/2001

8. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

8.1. TIPO DE DOCUMENTO: CC - Cédula de Ciudadanía

8.2. NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: 1006457371

8.3. SEXO: F. Femenino, M. Masculino

8.4. FECHA DE NACIMIENTO: 09/08/2001

9. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

9.1. TIPO DE DOCUMENTO: CC - Cédula de Ciudadanía

9.2. NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: 1006457371

9.3. SEXO: F. Femenino, M. Masculino

9.4. FECHA DE NACIMIENTO: 09/08/2001

10. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

10.1. TIPO DE DOCUMENTO: CC - Cédula de Ciudadanía

10.2. NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: 1006457371

10.3. SEXO: F. Femenino, M. Masculino

10.4. FECHA DE NACIMIENTO: 09/08/2001

11. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

11.1. TIPO DE DOCUMENTO: CC - Cédula de Ciudadanía

11.2. NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: 1006457371

11.3. SEXO: F. Femenino, M. Masculino

11.4. FECHA DE NACIMIENTO: 09/08/2001

12. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

12.1. TIPO DE DOCUMENTO: CC - Cédula de Ciudadanía

12.2. NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: 1006457371

12.3. SEXO: F. Femenino, M. Masculino

12.4. FECHA DE NACIMIENTO: 09/08/2001

13. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

13.1. TIPO DE DOCUMENTO: CC - Cédula de Ciudadanía

13.2. NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: 1006457371

13.3. SEXO: F. Femenino, M. Masculino

13.4. FECHA DE NACIMIENTO: 09/08/2001

14. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

14.1. TIPO DE DOCUMENTO: CC - Cédula de Ciudadanía

14.2. NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: 1006457371

14.3. SEXO: F. Femenino, M. Masculino

14.4. FECHA DE NACIMIENTO: 09/08/2001

15. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

15.1. TIPO DE DOCUMENTO: CC - Cédula de Ciudadanía

15.2. NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: 1006457371

15.3. SEXO: F. Femenino, M. Masculino

15.4. FECHA DE NACIMIENTO: 09/08/2001

16. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

16.1. TIPO DE DOCUMENTO: CC - Cédula de Ciudadanía

16.2. NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: 1006457371

16.3. SEXO: F. Femenino, M. Masculino

16.4. FECHA DE NACIMIENTO: 09/08/2001

17. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

17.1. TIPO DE DOCUMENTO: CC - Cédula de Ciudadanía

17.2. NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: 1006457371

17.3. SEXO: F. Femenino, M. Masculino

17.4. FECHA DE NACIMIENTO: 09/08/2001

18. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

18.1. TIPO DE DOCUMENTO: CC - Cédula de Ciudadanía

18.2. NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: 1006457371

18.3. SEXO: F. Femenino, M. Masculino

18.4. FECHA DE NACIMIENTO: 09/08/2001

19. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

19.1. TIPO DE DOCUMENTO: CC - Cédula de Ciudadanía

19.2. NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: 1006457371

19.3. SEXO: F. Femenino, M. Masculino

19.4. FECHA DE NACIMIENTO: 09/08/2001

20. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

20.1. TIPO DE DOCUMENTO: CC - Cédula de Ciudadanía

20.2. NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: 1006457371

20.3. SEXO: F. Femenino, M. Masculino

20.4. FECHA DE NACIMIENTO: 09/08/2001

21. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

21.1. TIPO DE DOCUMENTO: CC - Cédula de Ciudadanía

21.2. NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: 1006457371

21.3. SEXO: F. Femenino, M. Masculino

21.4. FECHA DE NACIMIENTO: 09/08/2001

22. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

22.1. TIPO DE DOCUMENTO: CC - Cédula de Ciudadanía

22.2. NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: 1006457371

22.3. SEXO: F. Femenino, M. Masculino

22.4. FECHA DE NACIMIENTO: 09/08/2001

23. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

23.1. TIPO DE DOCUMENTO: CC - Cédula de Ciudadanía

23.2. NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: 1006457371

23.3. SEXO: F. Femenino, M. Masculino

23.4. FECHA DE NACIMIENTO: 09/08/2001

24. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

24.1. TIPO DE DOCUMENTO: CC - Cédula de Ciudadanía

24.2. NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: 1006457371

24.3. SEXO: F. Femenino, M. Masculino

24.4. FECHA DE NACIMIENTO: 09/08/2001

25. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

25.1. TIPO DE DOCUMENTO: CC - Cédula de Ciudadanía

25.2. NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: 1006457371

25.3. SEXO: F. Femenino, M. Masculino

25.4. FECHA DE NACIMIENTO: 09/08/2001

26. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

26.1. TIPO DE DOCUMENTO: CC - Cédula de Ciudadanía

26.2. NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: 1006457371

26.3. SEXO: F. Femenino, M. Masculino

26.4. FECHA DE NACIMIENTO: 09/08/2001

27. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

27.1. TIPO DE DOCUMENTO: CC - Cédula de Ciudadanía

27.2. NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: 1006457371

27.3. SEXO: F. Femenino, M. Masculino

27.4. FECHA DE NACIMIENTO: 09/08/2001

28. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

28.1. TIPO DE DOCUMENTO: CC - Cédula de Ciudadanía

28.2. NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: 1006457371

28.3. SEXO: F. Femenino, M. Masculino

28.4. FECHA DE NACIMIENTO: 09/08/2001

angie Perez



Recibido por 24 2 2026

ENTREGA CARTA DE DERECHOS Y DEBERES Y CARTA DE DESEMPEÑO

nueva
eps
gente cuidando gente
tel: 01 8000 954400

Autorización de mensajes de texto. (Código Nueva EPS 0010 Mayo de 2013)

Yo: ANGIE YULEXY PEREZ CANO identificado(a) con CC - Cédula de Ciudadanía	
Número: 1006457371 de COLOMBIA	certifico que:
1. ¿Pese al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la carta de derechos y deberes del afiliado y del paciente?	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
2. ¿Pese al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la carta de desempeño donde se presenta de manera clara su puesto en el ranking?	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
3. ¿Leyó el contenido de la carta de derechos y deberes del afiliado y del paciente?	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
4. ¿Leyó el contenido de la carta de desempeño de la EPS?	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
5. ¿Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información, fue atendida adecuadamente por la EPS?	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

Ciudadanía

Firma: **angie Perez**

Tipo ID: **CC - Cédula** No. ID: **1006457371**

Fecha de solicitud: **24 2 2026**

Dirección: **CALLE 18 # 41a - 45 B, Villa Galán**

Tel: **3219022549** Municipio: **TAME**

Departamento: **ARAUCA**

Manifiesto con el consentimiento de haber leído y comprendido el contenido de esta solicitud y el consentimiento de aceptar la política de tratamiento de datos personales de la NUEVA EPS S.A.

Declaración manifiesta de Veracidad: Cédula o cualquier otro documento que acredite la identidad del solicitante.

Afiliado manifiesta que no sabe o no puede firmar, autoriza a:

Firma: _____

Tipo ID: _____ No. ID: _____

Fecha (dd/mm/aaaa): _____

Dirección: _____

Tel: _____ Municipio: _____

Departamento: _____

Autorizaciones

En virtud de la anterior certificación, autorizo expresamente y confirmo a la EPS de los artículos 14 y 15 de la Ley 127 de 1993, a NUEVA EPS S.A. para que me permita información en forma de mensajes de texto, a través de mensajes como una forma de comunicación, servicios electrónicos y redes sociales, relacionada con el servicio de NUEVA EPS S.A. y ejercicio de derechos de Deberes.

Autorizo de manera expresa a NUEVA EPS S.A. y a la persona natural o jurídica a quien está entregada para que recolecte, almacene, use, haga copias, actualice o suprima los datos personales, para acceder a los servicios de la NUEVA EPS S.A. y para el cumplimiento de la carta de derechos y deberes.

Aviso de privacidad

Finjo aceptar expresamente que NUEVA EPS S.A. me informe sobre los siguientes derechos que me asisten como titular de datos personales:

- Acceder los datos personales que tengo y sea objeto de tratamiento conforme a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 y los demás normas que la modifiquen, adicionen o complementen.
- Corregir, actualizar y rectificar los datos personales frente al responsable del tratamiento y el encargado del tratamiento. Este derecho se podrá ejercer, entre otros datos, en relación con datos parciales, inexactos, incompletos, obsoletos, que induzcan a error o aquellos datos cuyo tratamiento este expresamente prohibido o no haya sido autorizado.
- Solicitar el retiro de la autorización otorgada y la revocación del tratamiento, según cuando expresamente se exceptúe como requisito para el tratamiento, de conformidad con lo previsto en el artículo 17 de la Ley 1581 de 2012.
- Ser informado por el responsable del tratamiento o el encargado del tratamiento (persona física) con respecto del uso que se ha dado a los datos personales.
- Presentar ante la Superintendencia de Industria y Comercio quejas por violaciones a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 y las demás normas que la modifiquen, adicionen o complementen.

• Revisar la autorización y solicitar la supresión del dato cuando en el tratamiento no se respeten los principios, derechos y garantías constitucionales y legales. La revocación y/o supresión procederá cuando la Superintendencia de Industria y Comercio haga determinación que en el tratamiento el responsable o encargado ha incurrido en conductas contrarias a esta ley y a la constitución. En cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 y los demás normas que los modifiquen, adicionen o complementen, le informamos que usted puede conocer la política de tratamiento de los datos personales de NUEVA EPS S.A. a través de los siguientes mecanismos que poseemos a su disposición:

Web: www.nuevaeps.com

Regímenes Contributivos:

Línea de atención: 01 8000 954400

Línea de atención en Bogotá: (601) 307 7022

Régimen Subsidiado:

Línea de atención: 01 8000 95 2000

Línea de atención en Bogotá: (601) 307 7051

Oficinas de atención al afiliado de NUEVA EPS S.A.

Comunicador: (601) 479 3000

Dirección Administrativa: Carrera 85A No. 46A - 65 Piso 2

Si usted autoriza la información por usted suministrada en este formato, así como la contenida en el formulario de afiliación y/o demás documentos que sean entregados por NUEVA EPS S.A. como responsable del tratamiento de la información, manifiesto para los fines expresados, relacionado con la administración y prestación de servicios en el Plan Obligatorio de Salud, de acuerdo con la Ley 1581 de 2012 "Ley de Datos", dicho tratamiento podrá implicar la transferencia, transmisión y/o recepción de los datos y el cual se realizará a través de sí misma, terceros encargados de tratamiento de información o de sus aliados comerciales para fines comerciales y para la correcta prestación del servicio de la forma indicada en los Términos y Condiciones de cada uno de los portales y de la Política de Confidencialidad y Protección de Datos.

INFORMACIÓN PARA SER DILIGENCIADA POR EL TRABAJADOR INDEPENDIENTE CUYO INGRESO SEA IGUAL O SUPERIOR A 1 SALMUY

ACTIVIDAD ECONÓMICA	ADMINISTRACIÓN DE RECURSOS LABORALES	ADMINISTRACIÓN DE FONDOS DE PENSIONES	INGRESO BASE DE CUOTACIÓN	POSEE MEDIO PROPIO	SI	PROFESIÓN AJENA	SI
4759	SURA	PORVENIR	1 1890000		NO	X	X
Nombre del afiliado	Apellido	Profesión	Contrato	Posición Ocupacional	Patrón/Empleador	Contratado	Trabaja para su Cuenta X
Módulo de afiliación		Apellido Paterno	Apellido Materno	Otros Datos	Inicio de contrato		Fin de contrato
Bases Previa		Profesión	Grado	11	24 2 2026		

Señalar cualquier modificación a la información suministrada en este formulario, en el momento de diligenciarlo, en el campo de comentarios, para que sea tomada en cuenta al momento de generar el documento de afiliación. La información suministrada en este formulario será utilizada para el cumplimiento de las obligaciones de la Ley 1581 de 2012 y las demás normas que la modifiquen, adicionen o complementen.

SOLO DILIGENCIAR SI ES CONTRATO INDEPENDIENTE POR TERCERO

Nombre del ASESOR o PROMOTOR	CODIGO ASESOR o PROMOTOR	Nombre de OFICINA	BOGOTA
ELSA FLOREZ	A1380	PEPE SIERRA	24 / 2 / 2026



LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

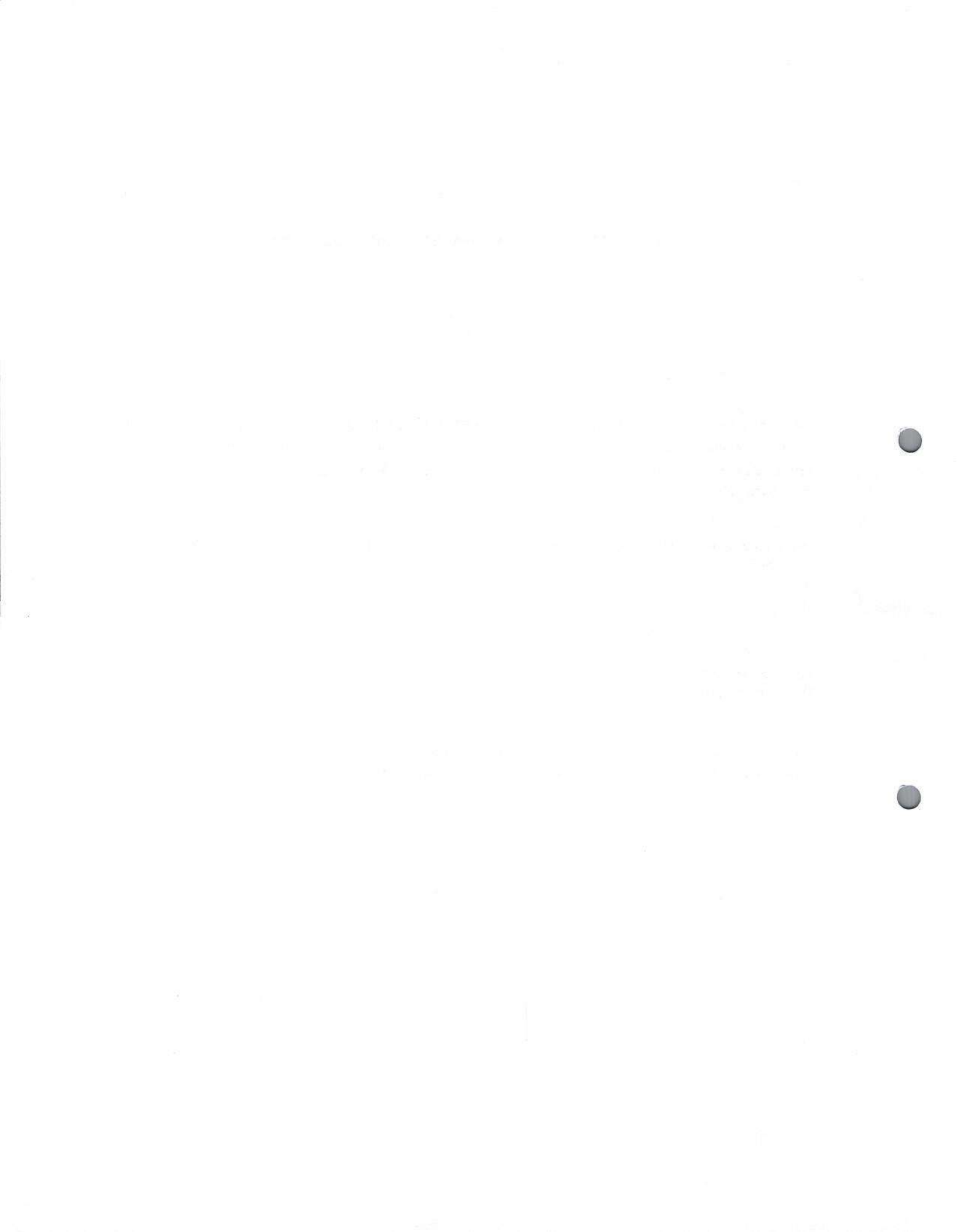
Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **ANGIE YULEXY PEREZ CANO** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía número 1006457371**, se encuentra afiliado/a desde **05/02/2025** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 23 de febrero de 2026.

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.

V I S T A D O SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA





LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

CERTIFICA QUE:

ANGIE YULEXY PEREZ CANO identificado con CC. 1006457371 registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales:

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE			
Nombres y/o Razón	FUNDACION GESTION SOCIAL		
Tipo y Numero de Documento	NI - 900556022		
INFORMACIÓN RELACIÓN LABORAL			
Fecha de inicio de cobertura	2026/03/03	Fecha inicio contrato	2026/02/18
Tipo de vinculación	Independiente con Contrato	Fecha de fin contrato	2026/09/17
Riesgo	1	Código actividad económica	1881001 - Actividades de asistencia social sin alojamiento para personas mayores y discapacitadas, incluye los servicios
Estado afiliación	Activa	Estado del contrato	Activa
Fecha retiro	-		

Esta certificación se expide a los 2 días del mes de marzo 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: **CC02032026A1006457371C11788966**. Este código es válido por un mes.

Cordialmente,

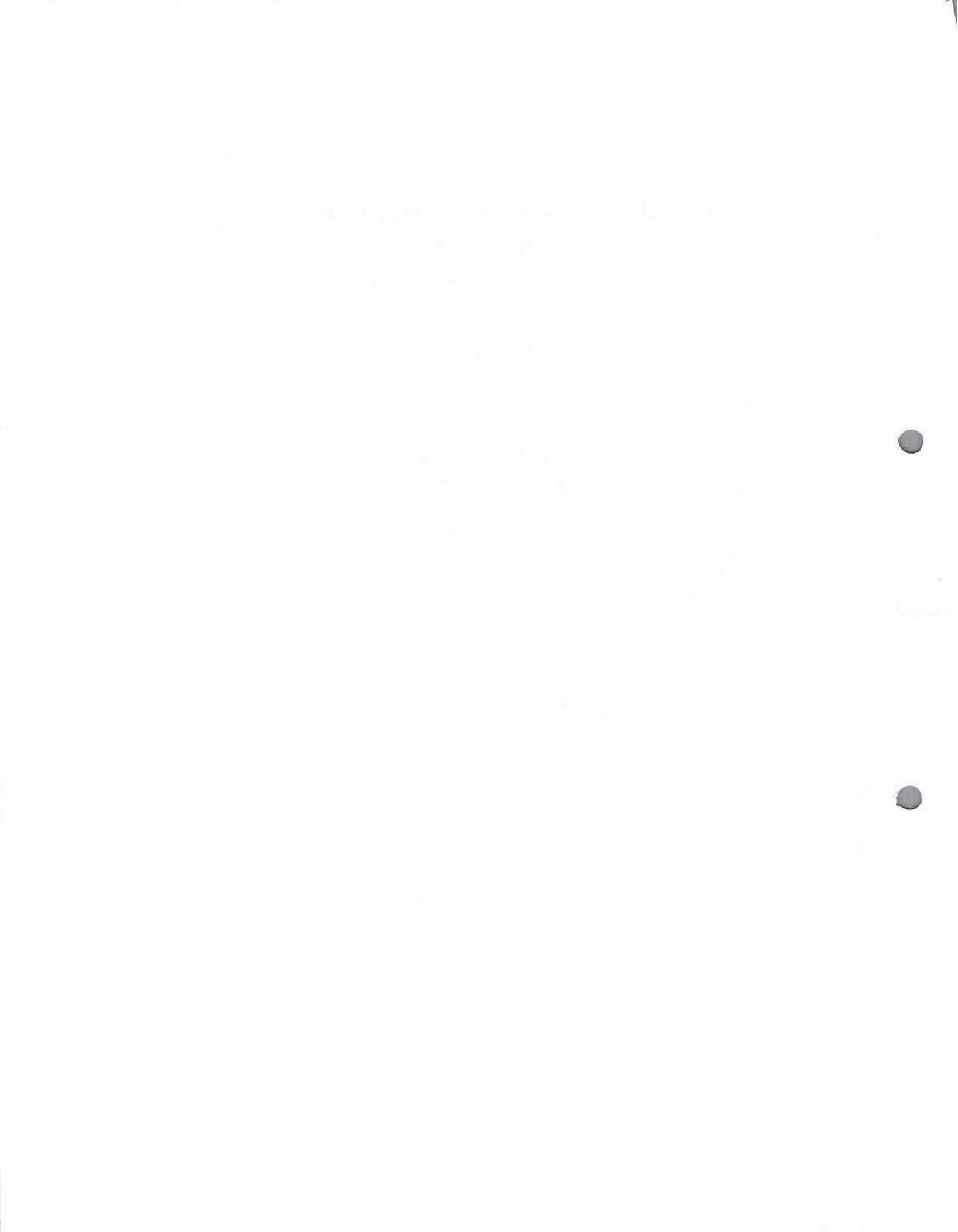
Gerencia de afiliaciones y novedades ARL
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S. A.

Positiva Compañía de Seguros S.A.:
 Nit. 860.011.153-6 | Línea Gratuita Nacional: (+57) 01-8000-111-170 - Teléfono: +57 (601) 330 7000

Defensor del Consumidor Financiero: Ana María Giraldo (Principal) - Pablo Valencia(Suplente) | defensordelcliente@positiva.gov.co | Carrera 10 #97A - 13, Oficina 502. Bogotá | +57 (601) 610 8164 | Lunes a Viernes 8:00 a. m. - 6:00 p. m. | El Defensor, resolverá las quejas o reclamos, actuará como Conciliador ante Positiva.

Más información: <https://www.positiva.gov.co/web/guest/defensoria-del-consumidor>
 Puedes interponer una queja ante Positiva, o el Defensor, o la SFC u otro organismo de

LA ASEGURADORA
 DE TODOS LOS
 COLOMBIANOS





FUNDACION GESTION SOCIAL
 Nit 900.556.022-3
 CALLE 3 7 28 URB LOS MANGOS
 Tel: (607) 3208639029
 Tame - Colombia



Documento soporte por compras a
 sujetos no obligados a facturar
 No. DSF 265

Proveedor	ANGIE YULEXY PEREZ CANO		
Nit	1.006.457.371-2	Teléfono	(607) 0000000
Dirección	Calle 18 # 41a-45	Ciudad	Tame - Colombia

Fecha de compra	Fecha de Vencimiento
2026-04-01	--

Ítem	Descripción	Cantidad	Vr. Unitario	Vr. Total
1	Prestación de servicios como Servicios Generales en el Centro de Bienestar del Adulto Mayor (CBAM) del municipio de Tame, correspondiente al periodo comprendido entre el 18 de febrero y el 17 de marzo de 2026, en el marco de la ejecución del Convenio de Asociación No. 002 de 2026	1.00	1,890,000.00	1,890,000.00

Valor en Letras:

Un millón ochocientos noventa mil pesos m/cte

Condiciones de Pago:

Efectivo

\$ 1,890,000.00

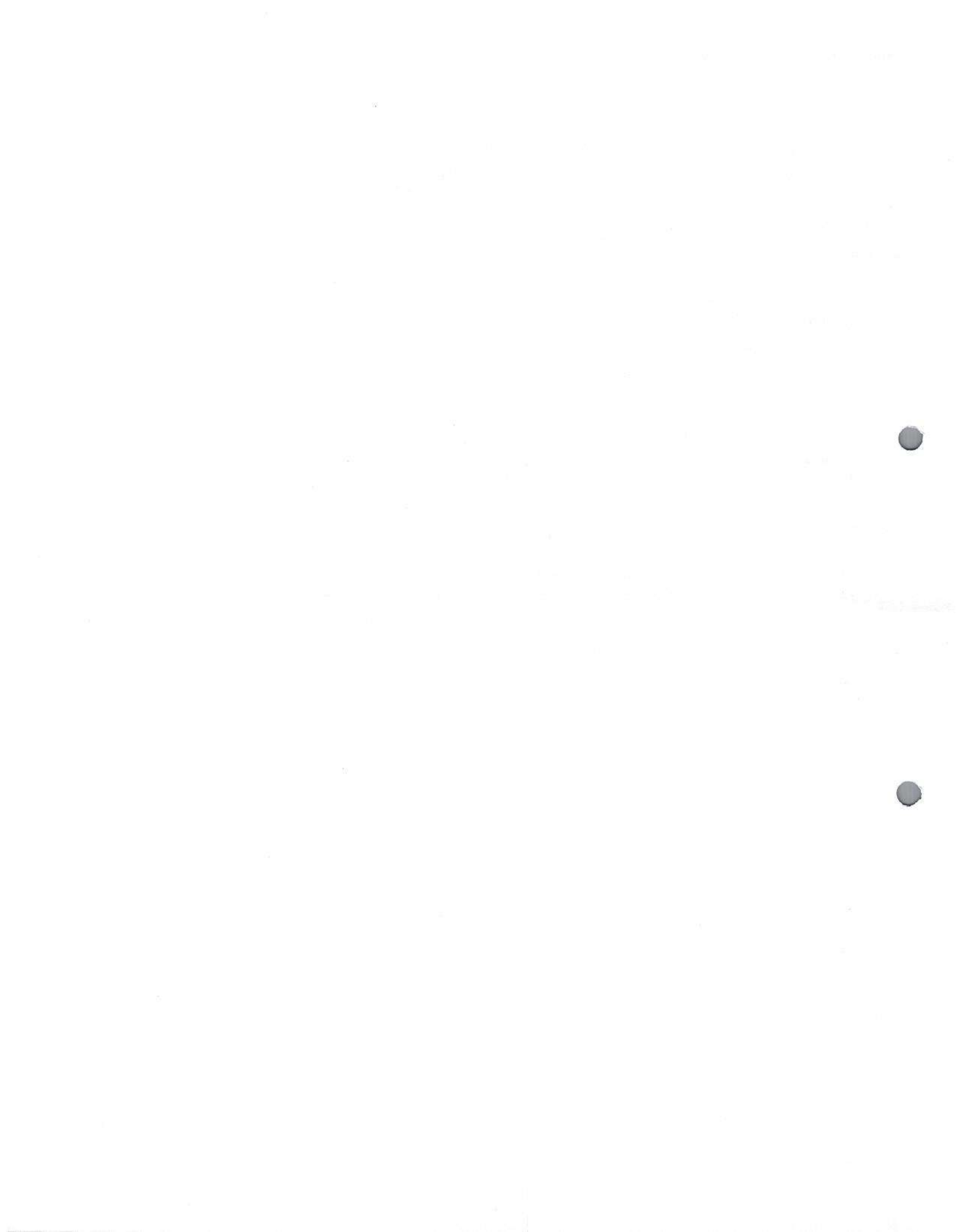
Total Bruto	1,890,000.00
Total a Pagar	1,890,000.00

Observaciones:

A este Documento se le aplican las normas relativas del Documento Soporte en adquirentes efectuadas a sujetos no obligados a facturar (Resolución 167 de 30 de diciembre de 2021).
 Número Autorización 18764102291617 aprobado en 20251129 prefijo DSF desde el número 201 al 600 Vigencia: Vigencia: 24 meses.

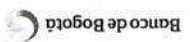
CUDS: a3e4c8a03acf38bb38e3f67b1cde67a6f98b25de926bd91cf5f8ba0c4985baa45da4bee2bdb474263daadbba0d150de0

Elaborado por Siigo S.A.S Nit: 830 048 145-8





PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES SOPORTE DE PAGO GENERAL



DATOS GENERALES DEL APORTANTE		DATOS GENERALES DE LA PLANILLA	
TIPO IDENTIFICACION:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO PLANILLA:	1113439370
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:	ANGIE YULEYX PEREZ CAMO	TIPO DE PLANILLA:	0 PERIODO COTIZACIÓN SALUD
DIRECCIÓN:	AV. CALLE 214 11-28	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	2026
TIPO APORTANTE:	02 INDEPENDIENTE	FECHA PAGO (base mensual):	2026-03-05
CLASE APORTANTE:	02 INDEPENDIENTE	NÚMERO AUTORIZACION:	20260305
FORMA DE PERSICCIÓN:	PRIVADA		
FORMA DE PERSICCIÓN:	ONCO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENIA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			

TOTAL APORTES A PENSIÓN	
CÓDIGO	25-14 COLPENSIONES
ADMINISTRADORA	NO. COTIZANTES
VALOR	\$ 121.400
APORTES VOLUNTARIOS	
EMPLEADOR	
COTIZANTE	
SOLICITADO	
FSP	
SUBSISTENCIA	
COTIZACIÓN	
MORA	
APORTES	\$ 121.400
TOTALES	\$ 121.400

TOTAL APORTES A SALUD	
CÓDIGO	EPSM1 NUEVA EPS CM
ADMINISTRADORA	NO. COTIZANTES
VALOR	\$ 94.900
INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD	
LICENCIA MATERNIDAD	
SALDO A FAVOR	
PLANILLA	
VALOR	
COTIZACIÓN	
ADHES	
APORTES	\$ 94.900
MORA	
APORTES	\$ 94.900
TOTALES	\$ 94.900

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES	
CÓDIGO	14-23 POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS S.A
ADMINISTRADORA	NO. COTIZANTES
VALOR	\$ 4.000
INCAPACIDAD IMP	
PAGO A OTROS RIESGOS	
PLANILLA	
VALOR	
COTIZACIÓN	
LIQUIDACION	
APORTES	\$ 4.000
MORA	
DESCUENTO	
VALOR PAGADO	\$ 4.000

LIQUIDACION DETALLADA APORTES																																																																																																																																																																	
<table border="1"> <tr> <th colspan="2">NOVEDADES</th> <th colspan="2">PENSIÓN</th> <th colspan="2">SEGURIDAD SOCIAL</th> <th colspan="2">SALUD</th> <th colspan="2">RIESGOS PROFESIONALES</th> </tr> <tr> <td>NO. COTIZANTES</td> <td>1</td> <td>NO. COTIZANTES</td> <td>1</td> <td>NO. COTIZANTES</td> <td>1</td> <td>NO. COTIZANTES</td> <td>1</td> <td>NO. COTIZANTES</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>ADMINISTRADORA</td> <td></td> <td>ADMINISTRADORA</td> <td></td> <td>ADMINISTRADORA</td> <td></td> <td>ADMINISTRADORA</td> <td></td> <td>ADMINISTRADORA</td> <td></td> </tr> <tr> <td>VALOR</td> <td>\$ 0</td> <td>VALOR</td> <td>\$ 0</td> <td>VALOR</td> <td>\$ 0</td> <td>VALOR</td> <td>\$ 0</td> <td>VALOR</td> <td>\$ 0</td> </tr> <tr> <td>APORTES VOLUNTARIOS</td> <td></td> <td>APORTES VOLUNTARIOS</td> <td></td> <td>APORTES VOLUNTARIOS</td> <td></td> <td>APORTES VOLUNTARIOS</td> <td></td> <td>APORTES VOLUNTARIOS</td> <td></td> </tr> <tr> <td>EMPLEADOR</td> <td></td> <td>EMPLEADOR</td> <td></td> <td>EMPLEADOR</td> <td></td> <td>EMPLEADOR</td> <td></td> <td>EMPLEADOR</td> <td></td> </tr> <tr> <td>COTIZANTE</td> <td></td> <td>COTIZANTE</td> <td></td> <td>COTIZANTE</td> <td></td> <td>COTIZANTE</td> <td></td> <td>COTIZANTE</td> <td></td> </tr> <tr> <td>SOLICITADO</td> <td></td> <td>SOLICITADO</td> <td></td> <td>SOLICITADO</td> <td></td> <td>SOLICITADO</td> <td></td> <td>SOLICITADO</td> <td></td> </tr> <tr> <td>FSP</td> <td></td> <td>FSP</td> <td></td> <td>FSP</td> <td></td> <td>FSP</td> <td></td> <td>FSP</td> <td></td> </tr> <tr> <td>SUBSISTENCIA</td> <td></td> <td>SUBSISTENCIA</td> <td></td> <td>SUBSISTENCIA</td> <td></td> <td>SUBSISTENCIA</td> <td></td> <td>SUBSISTENCIA</td> <td></td> </tr> <tr> <td>COTIZACIÓN</td> <td></td> <td>COTIZACIÓN</td> <td></td> <td>COTIZACIÓN</td> <td></td> <td>COTIZACIÓN</td> <td></td> <td>COTIZACIÓN</td> <td></td> </tr> <tr> <td>LIQUIDACION</td> <td></td> <td>LIQUIDACION</td> <td></td> <td>LIQUIDACION</td> <td></td> <td>LIQUIDACION</td> <td></td> <td>LIQUIDACION</td> <td></td> </tr> <tr> <td>APORTES</td> <td>\$ 0</td> <td>APORTES</td> <td>\$ 0</td> <td>APORTES</td> <td>\$ 0</td> <td>APORTES</td> <td>\$ 0</td> <td>APORTES</td> <td>\$ 0</td> </tr> <tr> <td>MORA</td> <td></td> <td>MORA</td> <td></td> <td>MORA</td> <td></td> <td>MORA</td> <td></td> <td>MORA</td> <td></td> </tr> <tr> <td>DESCUENTO</td> <td></td> <td>DESCUENTO</td> <td></td> <td>DESCUENTO</td> <td></td> <td>DESCUENTO</td> <td></td> <td>DESCUENTO</td> <td></td> </tr> <tr> <td>VALOR PAGADO</td> <td>\$ 0</td> <td>VALOR PAGADO</td> <td>\$ 0</td> <td>VALOR PAGADO</td> <td>\$ 0</td> <td>VALOR PAGADO</td> <td>\$ 0</td> <td>VALOR PAGADO</td> <td>\$ 0</td> </tr> </table>		NOVEDADES		PENSIÓN		SEGURIDAD SOCIAL		SALUD		RIESGOS PROFESIONALES		NO. COTIZANTES	1	NO. COTIZANTES	1	NO. COTIZANTES	1	NO. COTIZANTES	1	NO. COTIZANTES	1	ADMINISTRADORA		ADMINISTRADORA		ADMINISTRADORA		ADMINISTRADORA		ADMINISTRADORA		VALOR	\$ 0	VALOR	\$ 0	VALOR	\$ 0	VALOR	\$ 0	VALOR	\$ 0	APORTES VOLUNTARIOS		APORTES VOLUNTARIOS		APORTES VOLUNTARIOS		APORTES VOLUNTARIOS		APORTES VOLUNTARIOS		EMPLEADOR		EMPLEADOR		EMPLEADOR		EMPLEADOR		EMPLEADOR		COTIZANTE		COTIZANTE		COTIZANTE		COTIZANTE		COTIZANTE		SOLICITADO		SOLICITADO		SOLICITADO		SOLICITADO		SOLICITADO		FSP		FSP		FSP		FSP		FSP		SUBSISTENCIA		SUBSISTENCIA		SUBSISTENCIA		SUBSISTENCIA		SUBSISTENCIA		COTIZACIÓN		COTIZACIÓN		COTIZACIÓN		COTIZACIÓN		COTIZACIÓN		LIQUIDACION		LIQUIDACION		LIQUIDACION		LIQUIDACION		LIQUIDACION		APORTES	\$ 0	APORTES	\$ 0	APORTES	\$ 0	APORTES	\$ 0	APORTES	\$ 0	MORA		MORA		MORA		MORA		MORA		DESCUENTO		DESCUENTO		DESCUENTO		DESCUENTO		DESCUENTO		VALOR PAGADO	\$ 0	VALOR PAGADO	\$ 0	VALOR PAGADO	\$ 0	VALOR PAGADO	\$ 0	VALOR PAGADO	\$ 0
NOVEDADES		PENSIÓN		SEGURIDAD SOCIAL		SALUD		RIESGOS PROFESIONALES																																																																																																																																																									
NO. COTIZANTES	1	NO. COTIZANTES	1	NO. COTIZANTES	1	NO. COTIZANTES	1	NO. COTIZANTES	1																																																																																																																																																								
ADMINISTRADORA		ADMINISTRADORA		ADMINISTRADORA		ADMINISTRADORA		ADMINISTRADORA																																																																																																																																																									
VALOR	\$ 0	VALOR	\$ 0	VALOR	\$ 0	VALOR	\$ 0	VALOR	\$ 0																																																																																																																																																								
APORTES VOLUNTARIOS		APORTES VOLUNTARIOS		APORTES VOLUNTARIOS		APORTES VOLUNTARIOS		APORTES VOLUNTARIOS																																																																																																																																																									
EMPLEADOR		EMPLEADOR		EMPLEADOR		EMPLEADOR		EMPLEADOR																																																																																																																																																									
COTIZANTE		COTIZANTE		COTIZANTE		COTIZANTE		COTIZANTE																																																																																																																																																									
SOLICITADO		SOLICITADO		SOLICITADO		SOLICITADO		SOLICITADO																																																																																																																																																									
FSP		FSP		FSP		FSP		FSP																																																																																																																																																									
SUBSISTENCIA		SUBSISTENCIA		SUBSISTENCIA		SUBSISTENCIA		SUBSISTENCIA																																																																																																																																																									
COTIZACIÓN		COTIZACIÓN		COTIZACIÓN		COTIZACIÓN		COTIZACIÓN																																																																																																																																																									
LIQUIDACION		LIQUIDACION		LIQUIDACION		LIQUIDACION		LIQUIDACION																																																																																																																																																									
APORTES	\$ 0	APORTES	\$ 0	APORTES	\$ 0	APORTES	\$ 0	APORTES	\$ 0																																																																																																																																																								
MORA		MORA		MORA		MORA		MORA																																																																																																																																																									
DESCUENTO		DESCUENTO		DESCUENTO		DESCUENTO		DESCUENTO																																																																																																																																																									
VALOR PAGADO	\$ 0	VALOR PAGADO	\$ 0	VALOR PAGADO	\$ 0	VALOR PAGADO	\$ 0	VALOR PAGADO	\$ 0																																																																																																																																																								

TOTAL PAGADO: \$ 220.300

Planilla Pagada

E2F





FUNDACION GESTION SOCIAL
 Nit 900.556.022-3
 CALLE 3 7 28 URB LOS MANGOS
 Tel: (607) 3208639029
 Tame - Colombia



Documento soporte por compras a
 sujetos no obligados a facturar
 No. DSF 279

Proveedor	ANGIE YULEXY PEREZ CANO		
Nit	1.006.457.371-2	Teléfono	(607) 0000000
Dirección	Calle 18 # 41a-45	Ciudad	Tame - Colombia

Fecha de compra	Fecha de Vencimiento
2026-04-17	-

Item	Descripción	Cantidad	Vr. Unitario	Vr. Total
1	Prestación de servicios como Servicios Generales en el Centro de Bienestar del Adulto Mayor (CBAM) del municipio de Tame, correspondiente al período comprendido entre el 18 de marzo y el 17 de abril de 2026, en el marco de la ejecución del Convenio de Asociación No. 002 de 2026	1.00	1,890,000.00	1,890,000.00

Valor en Letras:

Un millón ochocientos noventa mil pesos m/cte

Condiciones de Pago:

Efectivo \$ 1,890,000.00

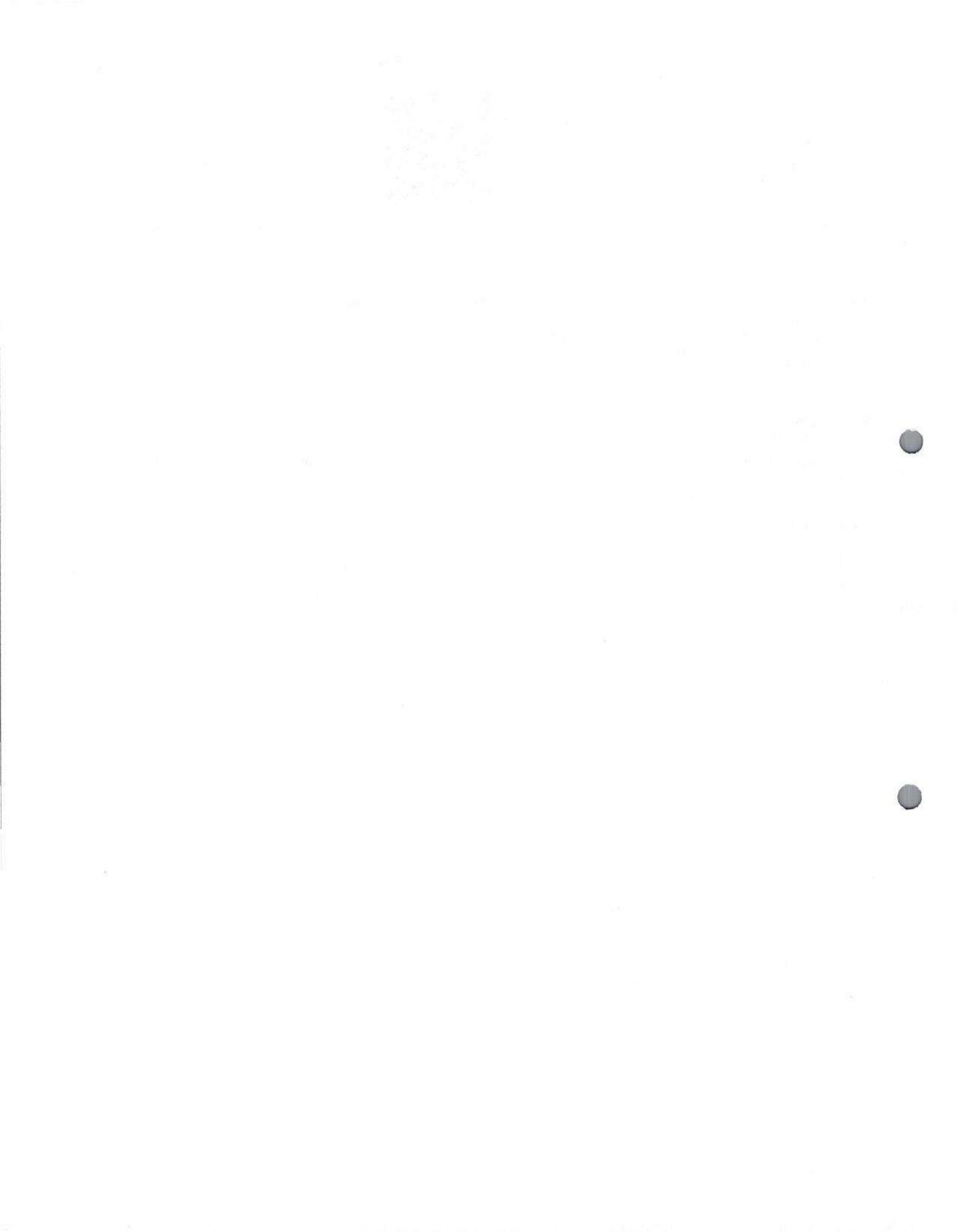
Total Bruto	1,890,000.00
Total a Pagar	1,890,000.00

Observaciones:

A este Documento se le aplican las normas relativas del Documento Soporte en adquirentes efectuadas a sujetos no obligados a facturar (Resolución 167 de 30 de diciembre de 2021).
 Número Autorización 18764102291617 aprobado en 20251129 prefijo DSF desde el número 201 al 600 Vigencia: 24 meses.

CUDS: aa5aa9e6ac61b3c72d113513719259ad913e3b7dad0e2441b6431d21140a290e4394d66e73fd779a41aa43ee8c4d5dec

Elaborado por Siigo S.A.S Nit: 830.048.145-8







FUNDACION GESTION SOCIAL
 Nit 900.556.022-3
 CALLE 3 7 28 URB LOS MANGOS
 Tel: (607) 3208639029
 Tame - Colombia



Documento soporte por compras a
 sujetos no obligados a facturar
No. DSF 291

Proveedor	ANGIE YULEXY PEREZ CANO		
Nit	1.006.457.371-2	Teléfono	(607) 0000000
Dirección	Calle 18 # 41a-45	Ciudad	Tame - Colombia

Fecha de compra	Fecha de Vencimiento
2026-05-19	--

Ítem	Descripción	Cantidad	Vr. Unitario	Vr. Total
1	Prestación de servicios como Servicios Generales en el Centro de Bienestar del Adulto Mayor (CBAM) del municipio de Tame, correspondiente al período comprendido entre el 18 de abril y el 17 de mayo de 2026, en el marco de la ejecución del Convenio de Asociación No. 002 de 2026	1.00	1,890,000.00	1,890,000.00

Valor en Letras:

Un millón ochocientos noventa mil pesos m/cte

Condiciones de Pago:

Efectivo

\$ 1,890,000.00

Total Bruto	1,890,000.00
Total a Pagar	1,890,000.00

Observaciones:

A este Documento se le aplican las normas relativas del Documento Soporte en adquirentes efectuadas a sujetos no obligados a facturar (Resolución 167 de 30 de diciembre de 2021).
 Número Autorización 18764102291617 aprobado en 20251129 prefijo DSF desde el número 201 al 600 Vigencia: Vigencia: 24 meses.

CUDS: 48c8f65c42be7451d574c57d2dfb74b45ce3571b7a801184de28955099cd8bf1cb278ff1aefee62d3ba8bb55bf508b2a

Elaborado por Siigo S.A.S Nit: 830.048.145-8

1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10.

11. 12. 13. 14. 15. 16. 17. 18. 19. 20.

21. 22. 23. 24. 25. 26. 27. 28. 29. 30.

31. 32. 33. 34. 35. 36. 37. 38. 39. 40.

41. 42. 43. 44. 45. 46. 47. 48. 49. 50.



**PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACION APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL**

DATOS GENERALES DEL APORTANTE		DATOS GENERALES DE LA PLANILLA	
TIPO IDENTIFICACION:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO PLANILLA:	6017369504
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:	DEPARTAMENTO:	NÚMERO COTIZACIÓN OTROS:	MES
CUADRAMIENTO:	CIUDAD:	PERÍODO COTIZACIÓN SALUD:	2026
DIRECCIÓN:	TAMÉ:	TIPO DE PLANILLA:	INDEPENDIENTES
TIPO APORTANTE:	CLASE APORTANTE:	PERÍODO AUTORIZACIÓN:	2026/05/05
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	284876252
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ENCO	FECHA PAGO (aaaa-mm-dd):	
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENIA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):		DIAS DE MORA:	
		FECHA PAGO (aaaa-mm-dd):	

SUBTOTALS:		TOTAL APORTES A PENSIÓN	
CÓDIGO	25-14 COL PENSIONES	VALOR	\$ 280.200
NOMBRE		APORTES VOLUNTARIOS	
		EMPLEADOR	
		COTIZACIÓN	
		SOLIDARIDAD	
		FSP	
		SUBSISTENCIA	
		COTIZACIÓN	
		MORA	
		FSP	
		APORTES	\$ 280.200
TOTALES		VALOR PAGADO	\$ 280.200

SUBTOTALS:		TOTAL APORTES A SALUD	
CÓDIGO	EPS91 NUEVA EPS CM	VALOR	\$ 218.900
NOMBRE		LICENCIA MANTENIDA	
		ENFERMEDAD	
		NÚMERO AUTORIZACIÓN	
		VALOR	
		PLANILLA	
		VALOR	
		COTIZACIÓN	
		ADRES	
		APORTES	\$ 218.900
TOTALES		VALOR PAGADO	\$ 218.900

SUBTOTALS:		TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES	
CÓDIGO	14-23 POSTIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	VALOR	\$ 0
NOMBRE		INCAPACIDAD RFP	
		NÚMERO AUTORIZACIÓN	
		VALOR	
		PLANILLA	
		VALOR	
		COTIZACIÓN	
		ADRES	
		APORTES	\$ 0
TOTALES		VALOR PAGADO	\$ 0

SUBTOTALS:		TOTAL APORTES A SALUD	
CÓDIGO	14-23 POSTIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	VALOR	\$ 0
NOMBRE		INCAPACIDAD RFP	
		NÚMERO AUTORIZACIÓN	
		VALOR	
		PLANILLA	
		VALOR	
		COTIZACIÓN	
		ADRES	
		APORTES	\$ 0
TOTALES		VALOR PAGADO	\$ 0

TOTAL PAGADO: \$ 508.300



Main body of handwritten text, consisting of several lines of cursive script.

Vertical text on the right side of the page, possibly a signature or a note.



SERVICIOS GENERALES No. 2



31.0 1.0 11.0 1.0

11.0

11.0 1.0 11.0 1.0



CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS No. 07 DE 2026

CONTRATANTE: FUNDACIÓN GESTIÓN SOCIAL – FUNGES
NIT: 900.556.022-3
REPRESENTANTE LEGAL: GUSTAVO ALEXIS SARMIENTO
C.C.: 96.194.978 expedida en Tame
CONTRATISTA: LEDYS TATIANA GONZALEZ ZATARROA
C.C.: 1.116.854.742 expedida en Tame
OBJETO: Prestación de servicios como Servicios Generales en el Centro de Bienestar del Adulto Mayor (CBAM).
UBICACIÓN: Municipio de Tame – Arauca
VALOR TOTAL: TRECE MILLONES DOSCIENTOS TREINTA MIL PESOS M/CTE (\$13.230.000)
VALOR MENSUAL: UN MILLÓN OCHOCIENTOS NOVENTA MIL PESOS M/CTE (\$1.890.000)
PLAZO: Siete (07) meses
FECHA DE INICIO: 18 de febrero de 2026
FECHA DE TERMINACIÓN: 17 de septiembre de 2026

Entre los suscritos GUSTAVO ALEXIS SARMIENTO, identificado con cédula de ciudadanía No. 96.194.978 expedida en Tame, quien actúa en calidad de Representante Legal de la FUNDACIÓN GESTIÓN SOCIAL – FUNGES, identificada con NIT 900.556.022-3, quien para efectos del presente contrato se denominará EL CONTRATANTE, y por la otra parte LEDYS TATIANA GONZALEZ ZATARROA, identificada con cédula de ciudadanía No. 1.116.854.742 expedida en Tame, quien actúa en nombre propio y para efectos del presente contrato se denominará EL CONTRATISTA, ambos mayores de edad y con capacidad para contratar, han acordado celebrar el presente Contrato de Prestación de Servicios, el cual se regirá por las siguientes cláusulas.

CONSIDERACIONES:

Que, para la prestación de servicios como Servicios Generales en el Centro de Bienestar del Adulto Mayor (CBAM) mediante el Convenio de Asociación No. 002 de 2026 cuyo objeto es "*DESARROLLAR EL PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL A LA PERSONA MAYOR DEL MUNICIPIO DE TAME – DEPARTAMENTO DE ARAUCA*" suscrito entre la FUNDACIÓN GESTIÓN SOCIAL - FUNGES y el MUNICIPIO DE TAME, se hace necesaria la contratación de una persona que cumpla con los requisitos exigidos para desempeñar dichas actividades.

Debido a lo anterior, las partes acuerdan celebrar el presente contrato de conformidad con las siguientes cláusulas:

PRIMERA: Objeto del contrato. El CONTRATISTA se obliga para con el CONTRATANTE, de manera independiente y sin que exista subordinación o relación laboral alguna, a prestar sus servicios como Servicios Generales en el Centro de Bienestar del Adulto Mayor (CBAM), realizando actividades de aseo, limpieza, mantenimiento básico y apoyo logístico que contribuyan al adecuado funcionamiento de las instalaciones y al bienestar de los adultos mayores. Como contraprestación, el CONTRATANTE pagará al CONTRATISTA los honorarios establecidos en el presente contrato.

SEGUNDA: Plazo de Ejecución. El término de duración del presente contrato será de siete (07) meses, contados a partir del 18 de febrero de 2026 hasta el 17 de septiembre de 2026, plazo dentro del cual el CONTRATISTA ejecutará las actividades propias del objeto contractual.

TERCERA: Valor. El valor total del presente contrato es la suma de TRECE MILLONES DOSCIENTOS TREINTA MIL PESOS M/CTE (\$13.230.000), suma que será pagada por el CONTRATANTE al CONTRATISTA a título de honorarios, de acuerdo con la forma de pago establecida en el presente contrato y previa certificación de cumplimiento por parte del supervisor.



Dirección: Calle 3 No. 7-28 Barrio El Manguito



Teléfono: 3208639029



gestionsocialfunges@gmail.com

Puerto Rondón – Arauca

CUARTA. Forma de Pago. El valor del presente contrato será pagado por el CONTRATANTE al CONTRATISTA mediante siete (07) pagos mensuales vencidos, cada uno por valor de UN MILLÓN OCHOCIENTOS NOVENTA MIL PESOS M/CTE (\$1.890.000), previa verificación del cumplimiento de las actividades contractuales por parte del CONTRATANTE y acreditación del pago de los aportes al Sistema de Seguridad Social Integral conforme a la normatividad vigente.

Parágrafo. Los pagos establecidos en el presente contrato estarán sujetos a la disponibilidad y desembolso efectivo de los recursos provenientes del Convenio de Asociación No. 002 de 2026 suscrito entre la FUNDACIÓN GESTIÓN SOCIAL – FUNGES y el Municipio de Tame.

QUINTA: Seguridad Social. El CONTRATISTA declara que realizará de manera independiente los aportes al Sistema de Seguridad Social Integral en salud, pensión y riesgos laborales, de conformidad con la normatividad vigente en Colombia. Para efectos del pago de los honorarios pactados en el presente contrato, el CONTRATISTA deberá acreditar el pago de dichos aportes correspondientes al período ejecutado.

SEXTA: Subcontratación. El CONTRATISTA no podrá ceder ni subcontratar total o parcialmente la ejecución del objeto del presente contrato sin la autorización previa, expresa y escrita del CONTRATANTE.

Parágrafo. En todo caso, el CONTRATISTA será el único responsable por la correcta ejecución de las actividades contratadas y mantendrá indemne al CONTRATANTE frente a cualquier reclamación, demanda o acción legal que pudiera presentarse con ocasión de la ejecución del presente contrato.

SÉPTIMA: Obligaciones Del Contratista. El CONTRATISTA se obliga a ejecutar el Objeto del Contrato, razón por la cual tendrá las siguientes obligaciones:

1. Realizar la limpieza diaria de pisos, pasillos, habitaciones y áreas comunes del Centro de Bienestar del Adulto Mayor (CBAM).
2. Mantener en adecuado estado de limpieza los muebles, ventanas, baños, sanitarios, lavamanos, espejos y demás instalaciones del centro.
3. Desocupar, lavar y desinfectar las canecas de basura y mantener en orden las áreas asignadas.
4. Realizar la limpieza de paredes, persianas, cortinas y demás elementos del centro, según el cronograma establecido por el coordinador.
5. Clasificar, lavar, secar, planchar y organizar la ropa de los adultos mayores cuando se requiera.
6. Mantener limpia y organizada el área de lavandería y los implementos de trabajo.
7. Apoyar el mantenimiento y limpieza de las zonas verdes al interior del centro.
8. Cumplir con las instrucciones del coordinador y apoyar las actividades necesarias para el buen funcionamiento del Centro de Bienestar del Adulto Mayor (CBAM).
9. Las demás actividades que le sean asignadas por el supervisor del contrato y que sean inherentes al objeto de este.

Parágrafo 1: El CONTRATISTA ejecutará el objeto del presente contrato con plena autonomía técnica, administrativa y operativa, utilizando sus propios medios, recursos y conocimientos, sin que exista subordinación o dependencia respecto de EL CONTRATANTE; en consecuencia, el CONTRATISTA asumirá bajo su exclusiva responsabilidad los riesgos, gastos y obligaciones derivados de la ejecución del contrato.



Parágrafo 2: El CONTRATISTA además de las obligaciones del contrato deberá: 1. Obrar con seriedad y diligencia en el servicio contratado, 2. Presentar evidencias o soportes de las actividades realizadas, tales como registros, formatos o material fotográfico, cuando sean requeridos por el CONTRATANTE, 3. Atender las solicitudes y recomendaciones que haga el CONTRATANTE o sus delegados, con la mayor prontitud. 4. Permitir que el CONTRATANTE o un delegado haga visitas a las instalaciones del CONTRATISTA o el sitio que esté desarrollando las actividades. 5. Pago de los aportes al Sistema de Seguridad Social en salud, pensión y riesgos laborales, conforme a la normatividad vigente.

OCTAVA: Obligaciones del CONTRATANTE: Además de las obligaciones propias del contrato de prestación de servicios, el CONTRATANTE se compromete a suministrar al CONTRATISTA la información necesaria para el desarrollo de las actividades objeto del contrato, facilitar la coordinación con el personal del Centro de Bienestar del Adulto Mayor (CBAM) y efectuar el pago de los honorarios en los términos establecidos en el presente contrato.

NOVENA. Supervisión. El CONTRATANTE o su representante supervisará la ejecución del servicio encomendado y podrá formular las observaciones del caso para ser analizadas en conjunto con el CONTRATISTA.

DÉCIMA: Terminación anticipada. Cualquiera de las partes podrá dar por terminado el presente contrato antes del vencimiento del plazo pactado, mediante comunicación escrita dirigida a la otra parte. En todo caso, el CONTRATANTE podrá darlo por terminado de manera unilateral cuando se presenten circunstancias que afecten la ejecución del objeto contractual, por incumplimiento de las obligaciones del CONTRATISTA o por terminación o modificación del convenio que da origen al presente contrato.

DÉCIMA PRIMERA: 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.

DÉCIMA SEGUNDA: Inexistencia de relación laboral. Las partes dejan expresa constancia de que el presente contrato es de naturaleza civil y no genera relación laboral alguna entre el CONTRATANTE y el CONTRATISTA. En consecuencia, el CONTRATISTA actuará con plena autonomía técnica y administrativa en la ejecución de las actividades contratadas y no tendrá derecho al reconocimiento de salarios, prestaciones sociales, indemnizaciones laborales ni demás derechos propios de un contrato de trabajo.

DÉCIMA TERCERA. 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 CUARTA: Solución de conflictos. Se acuerda que, de presentarse un conflicto entre las partes, en el marco del presente contrato, las partes deberán acudir en primera instancia a un centro de conciliación certificado.

DÉCIMA QUINTA: Modificaciones. Toda modificación, variación adición o prórroga del presente contrato, deberá constar por escrito, mediante OTRO SÍ, que suscribirán con la firma ambas partes contratantes.

DÉCIMA SEXTA: Domicilio contractual. Para el presente contrato se establece como domicilio contractual el municipio de Tame.



Dirección: Calle 3 No. 7-28 Barrio El Manguito



Teléfono: 3208639029



gestionsocialfunges@gmail.com

Puerto Rondón – Arauca

DÉCIMA SÉPTIMA: Declaración del CONTRATISTA. El CONTRATISTA declara bajo la gravedad de juramento que conoce la naturaleza jurídica del presente contrato de prestación de servicios y manifiesta que lo celebra con plena autonomía técnica, administrativa y financiera, sin que exista subordinación ni dependencia respecto del CONTRATANTE. En consecuencia, reconoce que no se genera vínculo laboral alguno ni derecho al pago de prestaciones sociales, indemnizaciones o beneficios propios de un contrato de trabajo. Así mismo, declara que asume de manera independiente las obligaciones tributarias, de seguridad social y demás cargas legales derivadas de la ejecución del presente contrato.

Para constancia, se firma en el municipio de Tame, Arauca, a los dieciocho (18) días del mes de febrero de 2026.

EL CONTRATANTE,

EL CONTRATISTA,

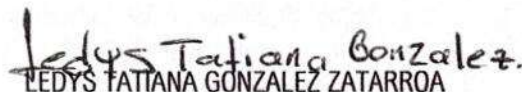


GUSTAVO ALEXIS SARMIENTO

C.C. 96.194.978 expedida en Tame

Representante Legal

FUNDACIÓN GESTIÓN SOCIAL – FUNGES



LEDYS TATIANA GONZALEZ ZATARROA

C.C. 1.116.854.742 expedida en Tame



Dirección: Calle 3 No. 7-28 Barrio El Manguito



Teléfono: 3208639029



gestionsocialfunges@gmail.com

Puerto Rondón – Arauca

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva eps

24 2 2026

I. DATOS DEL TITULAR

1. TIPO DE TITULAR
 A. EMPLEADO DE EMPRESA (X) B. EMPLEADO DE SECTOR PÚBLICO (X) C. COOPERATIVO (X) D. TRABAJADOR POR CUENTA PROPIA (X) E. OTRAS (X)

2. TIPO DE CONTRATO
 A. Contrato de trabajo (X) B. Contrato de prestación de servicios (X) C. Contrato de arrendamiento (X) D. Contrato de prestación de servicios (X) E. Contrato de prestación de servicios (X) F. Contrato de prestación de servicios (X) G. Contrato de prestación de servicios (X) H. Contrato de prestación de servicios (X) I. Contrato de prestación de servicios (X) J. Contrato de prestación de servicios (X) K. Contrato de prestación de servicios (X) L. Contrato de prestación de servicios (X) M. Contrato de prestación de servicios (X) N. Contrato de prestación de servicios (X) O. Contrato de prestación de servicios (X) P. Contrato de prestación de servicios (X) Q. Contrato de prestación de servicios (X) R. Contrato de prestación de servicios (X) S. Contrato de prestación de servicios (X) T. Contrato de prestación de servicios (X) U. Contrato de prestación de servicios (X) V. Contrato de prestación de servicios (X) W. Contrato de prestación de servicios (X) X. Contrato de prestación de servicios (X) Y. Contrato de prestación de servicios (X) Z. Contrato de prestación de servicios (X)

II. DATOS DEL TITULAR

1. NOMBRE DEL TITULAR
 GONZALEZ ZATARROA LEDYS TATIANA

2. TIPO DE DOCUMENTO
 CC - Cédula de Ciudadanía

3. NÚMERO DE DOCUMENTO
 1116854742

4. SEXO
 F (Femenino) X M (Masculino)

5. FECHA DE NACIMIENTO
 27/07/1986

6. TIPO DE NACIONALIDAD
 COLOMBIANO

7. LOCALIDAD DE NACIMIENTO
 ARAUCA

8. TIPO DE NACIONALIDAD
 COLOMBIA

9. TIPO DE NACIONALIDAD
 ARAUCA

10. TIPO DE NACIONALIDAD
 TAME

11. TIPO DE NACIONALIDAD
 2 7 1986

III. DATOS DEL TITULAR

1. NOMBRE DEL TITULAR
 GONZALEZ ZATARROA LEDYS TATIANA

2. TIPO DE DOCUMENTO
 CC - Cédula de Ciudadanía

3. NÚMERO DE DOCUMENTO
 1890000

4. SEXO
 F (Femenino) X M (Masculino)

5. FECHA DE NACIMIENTO
 1890000

6. TIPO DE NACIONALIDAD
 COLOMBIANO

7. LOCALIDAD DE NACIMIENTO
 ARAUCA

8. TIPO DE NACIONALIDAD
 COLOMBIA

9. TIPO DE NACIONALIDAD
 ARAUCA

10. TIPO DE NACIONALIDAD
 TAME

11. TIPO DE NACIONALIDAD
 2 7 1986

IV. DATOS DEL TITULAR

1. NOMBRE DEL TITULAR
 GONZALEZ ZATARROA LEDYS TATIANA

2. TIPO DE DOCUMENTO
 CC - Cédula de Ciudadanía

3. NÚMERO DE DOCUMENTO
 1116854742

4. SEXO
 F (Femenino) X M (Masculino)

5. FECHA DE NACIMIENTO
 1890000

6. TIPO DE NACIONALIDAD
 COLOMBIANO

7. LOCALIDAD DE NACIMIENTO
 ARAUCA

8. TIPO DE NACIONALIDAD
 COLOMBIA

9. TIPO DE NACIONALIDAD
 ARAUCA

10. TIPO DE NACIONALIDAD
 TAME

11. TIPO DE NACIONALIDAD
 2 7 1986

NO.	FECHA DE EMISIÓN	FECHA DE VENCIMIENTO	TIPO DE EMISIÓN	TIPO DE VENCIMIENTO	TIPO DE EMISIÓN	TIPO DE VENCIMIENTO	TIPO DE EMISIÓN	TIPO DE VENCIMIENTO	TIPO DE EMISIÓN	TIPO DE VENCIMIENTO
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										

V. DATOS DEL TITULAR

1. NOMBRE DEL TITULAR
 GONZALEZ ZATARROA LEDYS TATIANA

2. TIPO DE DOCUMENTO
 CC - Cédula de Ciudadanía

3. NÚMERO DE DOCUMENTO
 1116854742

4. SEXO
 F (Femenino) X M (Masculino)

5. FECHA DE NACIMIENTO
 1890000

6. TIPO DE NACIONALIDAD
 COLOMBIANO

7. LOCALIDAD DE NACIMIENTO
 ARAUCA

8. TIPO DE NACIONALIDAD
 COLOMBIA

9. TIPO DE NACIONALIDAD
 ARAUCA

10. TIPO DE NACIONALIDAD
 TAME

11. TIPO DE NACIONALIDAD
 2 7 1986

VI. DATOS DEL TITULAR

1. NOMBRE DEL TITULAR
 GONZALEZ ZATARROA LEDYS TATIANA

2. TIPO DE DOCUMENTO
 CC - Cédula de Ciudadanía

3. NÚMERO DE DOCUMENTO
 1116854742

4. SEXO
 F (Femenino) X M (Masculino)

5. FECHA DE NACIMIENTO
 1890000

6. TIPO DE NACIONALIDAD
 COLOMBIANO

7. LOCALIDAD DE NACIMIENTO
 ARAUCA

8. TIPO DE NACIONALIDAD
 COLOMBIA

9. TIPO DE NACIONALIDAD
 ARAUCA

10. TIPO DE NACIONALIDAD
 TAME

11. TIPO DE NACIONALIDAD
 2 7 1986

VII. DATOS DEL TITULAR

1. NOMBRE DEL TITULAR
 GONZALEZ ZATARROA LEDYS TATIANA

2. TIPO DE DOCUMENTO
 CC - Cédula de Ciudadanía

3. NÚMERO DE DOCUMENTO
 1116854742

4. SEXO
 F (Femenino) X M (Masculino)

5. FECHA DE NACIMIENTO
 1890000

6. TIPO DE NACIONALIDAD
 COLOMBIANO

7. LOCALIDAD DE NACIMIENTO
 ARAUCA

8. TIPO DE NACIONALIDAD
 COLOMBIA

9. TIPO DE NACIONALIDAD
 ARAUCA

10. TIPO DE NACIONALIDAD
 TAME

11. TIPO DE NACIONALIDAD
 2 7 1986

Ledys Gonzalez

nueva eps

VIII. DATOS DEL TITULAR

1. NOMBRE DEL TITULAR
 GONZALEZ ZATARROA LEDYS TATIANA

2. TIPO DE DOCUMENTO
 CC - Cédula de Ciudadanía

3. NÚMERO DE DOCUMENTO
 1116854742

4. SEXO
 F (Femenino) X M (Masculino)

5. FECHA DE NACIMIENTO
 1890000

6. TIPO DE NACIONALIDAD
 COLOMBIANO

7. LOCALIDAD DE NACIMIENTO
 ARAUCA

8. TIPO DE NACIONALIDAD
 COLOMBIA

9. TIPO DE NACIONALIDAD
 ARAUCA

10. TIPO DE NACIONALIDAD
 TAME

11. TIPO DE NACIONALIDAD
 2 7 1986

Recibo por 24 2 2026

**ENTREGA CARTA DE DERECHOS Y DEBERES
Y CARTA DE DESEMPEÑO**



Autorización de mensajes de texto. (Consultar artículo 176 del Código de Comercio)

Yo **LEDYS TATIANA GONZALEZ ZATARROA** (identificada (X) con **CC - Cédula de Ciudadanía** número **1116854742** de **COLOMBIA** declaro que:

1. ¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la carta de derechos y deberes del afiliado y del paciente?	SI <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
2. ¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la carta de desempeño donde se presenta de manera clara su puesto en el ranking?	SI <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
3. ¿Leyó el contenido de la carta de derechos y deberes del afiliado y del paciente?	SI <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
4. ¿Leyó el contenido de la carta de desempeño de la EPS?	SI <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
5. ¿Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información, fue atendido adecuadamente por la EPS?	SI <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

As mismo autorizo a **NUEVA EPS**, para que envíe información al número celular No. _____ y/o correo electrónico: _____

Autorizo la entrega de la carta de Derechos y Deberes del Afiliado y Carta de Desempeño, en formato electrónico. SI No

Consulta la carta de derechos y deberes y la carta de desempeño en el siguiente link: <http://www.nuevaeps.com.co/informacion-de-derechos-deberes> Evitando inconvenientes para ser atendido, muy pronto. SI NO

Condiciones:

Firma: **Ledys Gonzalez** (Firma manifiesta que no sabe o no puede firmar, autoriza a _____)

CC - Cédula: **1116854742** Fecha de Expiración: **24/2/2026**

Dirección: **CRA 20# 12-47** Departamento: **ARAUCA** Municipio: **TAME**

Tel: **3118579104** Departamento: _____ Municipio: _____

Modelo con el cual se expone el historial de afiliación y demás información de este servicio y el cumplimiento de las obligaciones de afiliación en relación con el cumplimiento de los deberes personales de afiliación.

Diligenciamiento de Ciudadanía: _____

Autorizaciones

En virtud de la anterior autorización, autorizo expresamente y conforme a lo dispuesto en los artículos 14 y 15 de la Ley 227 de 1995, a NUEVA EPS S.A. para que sea quien intervenga en todas las etapas de envío, a través de cualquier medio como sea: correo electrónico, correo electrónico y redes sociales, relacionados con los servicios de NUEVA EPS S.A. y/o carta de derechos y deberes.

Autorizo de manera expresa a NUEVA EPS S.A. y/o a la persona natural o jurídica a quien sea asignado, para que recolecte, administre, utilice, haga circular, divulgue y suministre mis datos personales, para acceder a los servicios de la NUEVA EPS S.A. y para el cumplimiento de la carta de derechos y deberes.

• Prohibo la autorización por escrito la supresión del dato, cuando en el tratamiento no se respeten los principios, derechos y garantías institucionales y legales. La revocación y/o supresión procederá cuando la Superintendencia de Industria y Comercio haya ordenado que en el tratamiento de información o en alguno sus contenidos, en condiciones contrarias a esta ley y a la constitución. En cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1272 de 2013 y los demás normas que los modifique, adicionen o complementen, se informará que usted puede acceder la política de tratamiento de los datos personales de NUEVA EPS S.A. a través de los requisitos institucionales que poseemos a su disposición.

SOLO PARA: www.nuevaeps.com

Aviso de privacidad

Hago saber expresamente que NUEVA EPS S.A. me informó sobre los derechos que me asisten con respecto de datos personales:

- Acceder a los datos personales que heya en su objeto de tratamiento conforme lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 y las demás normas que lo modifique, adicionen o complementen.
- Corregir, actualizar y rectificar los datos personales cuando la responsable del tratamiento o el encargado del tratamiento, este designado no podrá ejercer, entre otros datos, en relación con datos personales, incorrectos, incompletos, contradictorios, que induzcan a error, o aquellos datos cuya retención y/o explotación constituya o no haya sido autorizada.
- Solicitar prorroga de la autorización otorgada a responsable del tratamiento, cuando cuando expresamente se aceptó como requisito para el tratamiento, de conformidad con lo previsto en el artículo 10 de la Ley 1581 de 2012.
- Ser informado por el responsable del tratamiento o el encargado del tratamiento, por escrito, con respecto del uso que se le dará a los datos personales.
- Poner fin al tratamiento de información de industria y Comercio queja por adelantado a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 y las demás normas que lo modifique, adicionen o complementen.

Régimen Contributivo:
Línea telefónica: 01 800 984400
Línea de atención al cliente: (01) 307 7822

Régimen Subsidiado:
Línea telefónica: 01 800 98 2000
Línea de atención al cliente: (01) 307 7051

Oficinas de atención al afiliado de NUEVA EPS S.A.
Ciudadante: (601) 419 3000
Dirección Administrativa: Carrera 85A No. 46A - 56 Piso 2

Si es afiliado, la información por usted suministrada en este formato, así como la información en el momento de afiliación y/o demás documentos anexos, serán utilizadas por NUEVA EPS S.A. como responsable del tratamiento de la información únicamente para los fines específicos relacionados con la administración y prestación de servicios en el marco del Plan Obligatorio de Salud de acuerdo con la Ley 1561 de 2012 "Ley de Salud", dicho tratamiento podrá implicar la información, recepción y recepción de los datos y el uso de información o de sus aliados comerciales, para fines administrativos y para la comercialización del servicio de la forma indicada en los Términos y Condiciones de cada uno de sus portales y de la Política de Confidencialidad y Protección de Datos.

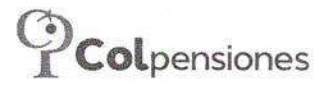
INFORMACIÓN PARA SER DILIGENCIADA POR EL TRABAJADOR INDEPENDIENTE CUYO INGRESO SEA IGUAL O SUPERIOR A 1 SMLMV

ACTIVIDAD ECONOMICA	ADMINISTRACION DE SERVICIOS LABORALES	ADMINISTRACION DE FONDOS DE PENSIONES	INGRESO BASE DE INTEGRACION	POSEE VOUCHER PUNA	SI	AFILIACION RECONOCIDA	SI
4759	SURA	PORVENIR	1890000	NO	X	NO	X
Nombre de Puesto:	Empleado	Empleado	Empleado	Empleado	Empleado	Empleado	Empleado
Fecha de Emisión:	24/2/2026	24/2/2026	24/2/2026	24/2/2026	24/2/2026	24/2/2026	24/2/2026

SOLO DILIGENCIAR SI ES CONTRATADO (Número del Termino INDEPENDIENTE PADRÓN TERCERO)

INFORMACIÓN PARA SER DILIGENCIADA POR LA EPS

Nombre del ASESOR o PROMOTOR	CÓDIGO ASESOR o PROMOTOR	Nombre de OFICINA	BOGOTA
ELSA FLOREZ	A1380	PEPE SIERRA	24 / 2 / 2026



LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

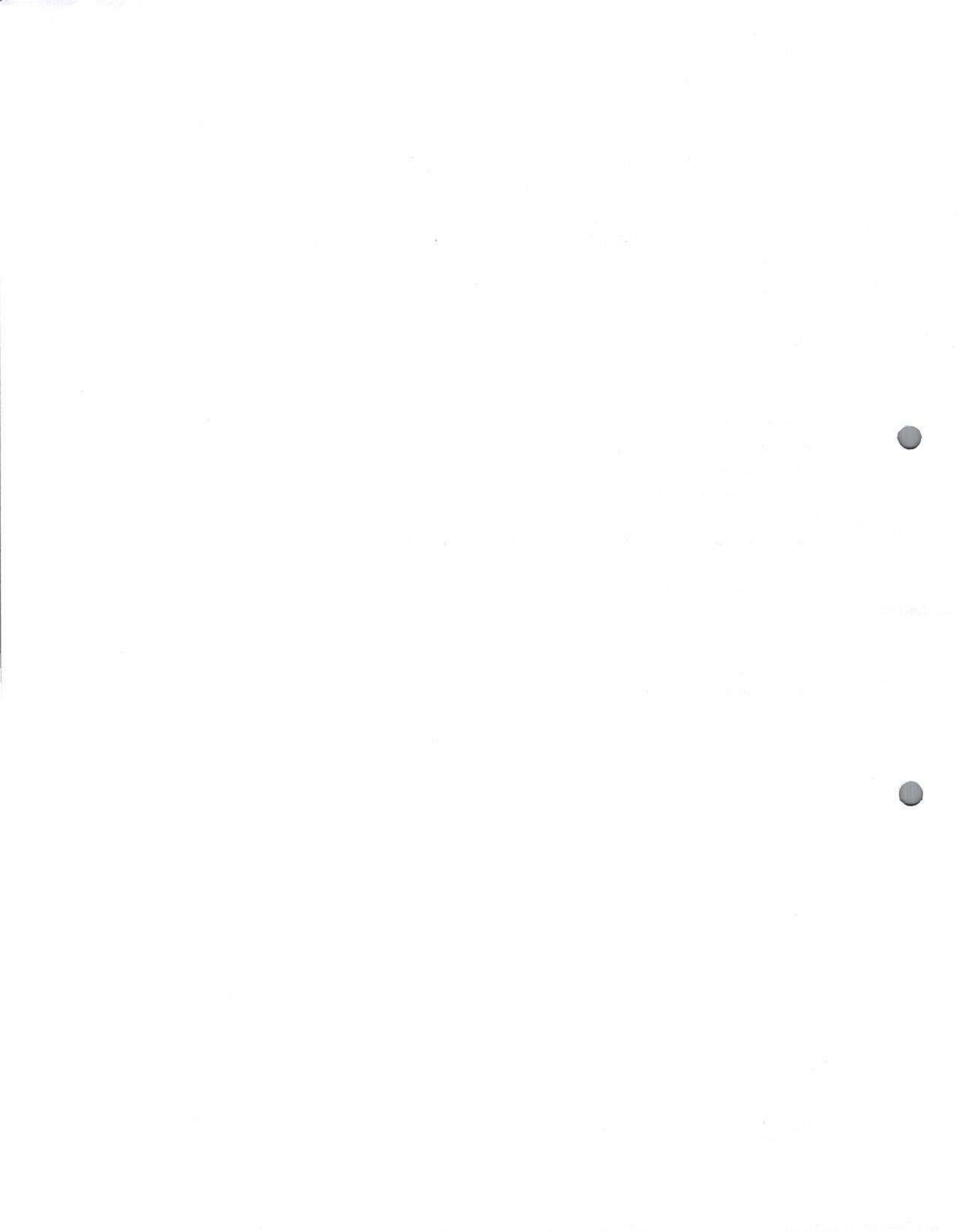
Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a LEDYS TATIANA GONZALEZ ZATARROA identificado/a con documento de identidad Cédula de Ciudadanía número 1116854742, se encuentra afiliado/a desde 02/02/2025 al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones COLPENSIONES.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 23 de febrero de 2026.

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.

V. O. L. A. D. O. SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA





LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

CERTIFICA QUE:

LEDYS TATIANA GONZALES ZATARROA identificado con CC. 1116854742 registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales:

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE			
Nombres y/o Razón	FUNDACION GESTION SOCIAL		
Tipo y Numero de Documento	NI - 900556022		
INFORMACIÓN RELACIÓN LABORAL			
Fecha de inicio de cobertura	2026/03/04	Fecha inicio contrato	2026/02/18
Tipo de vinculación	Independiente con Contrato	Fecha de fin contrato	2026/09/17
Riesgo	1	Código actividad económica	1881001 - Actividades de asistencia social sin alojamiento para personas mayores y discapacitadas, incluye los servicios
Estado afiliación	Activa	Estado del contrato	Activa
Fecha retiro	-		

Esta certificación se expide a los 3 días del mes de marzo 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: **CC03032026L1116854742Z11883796**. Este código es válido por un mes.

Cordialmente,

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

Positiva Compañía de Seguros S.A.:
 Nit. 860.011.153-6 | Línea Gratuita Nacional: (+57) 01-8000-111-170 - Teléfono: +57 (601) 330 7000

Defensor del Consumidor Financiero: Ana María Giraldo (Principal) - Pablo Valencia(Suplente) | defensordecliente@positiva.gov.co | Carrera 10 #97A - 13, Oficina 502. Bogotá | +57 (601) 610 8164 | Lunes a Viernes 8:00 a. m. – 6:00 p. m. | El Defensor, resolverá las quejas o reclamos, actuará como Conciliador ante Positiva.

Más información: <https://www.positiva.gov.co/web/guest/defensoria-del-consumidor>
 Puedes interponer una queja ante Positiva, o el Defensor, o la SFC u otro organismo de

LA ASEGURADORA
 DE TODOS LOS
 COLOMBIANOS

100

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000





FUNDACION GESTION SOCIAL
 Nit 900.556.022-3
 CALLE 3 7 28 URB LOS MANGOS
 Tel: (607) 3208639029
 Tame - Colombia



Documento soporte por compras a
 sujetos no obligados a facturar
 No. DSF 266

Proveedor	LEDYS TATIANA GONZALEZ ZATARROA		
Nit	1.116.854.742-3	Teléfono	(607) 0000000
Dirección	Cra 20 # 12-47	Ciudad	Tame - Colombia

Fecha de compra	Fecha de Vencimiento
2026-04-01	--

Ítem	Descripción	Cantidad	Vr. Unitario	Vr. Total
1	Prestación de servicios como Servicios Generales en el Centro de Bienestar del Adulto Mayor (CBAM) del municipio de Tame, correspondiente al período comprendido entre el 18 de febrero y el 17 de marzo de 2026, en el marco de la ejecución del Convenio de Asociación No. 002 de 2026	1.00	1,890,000.00	1,890,000.00

Valor en Letras:

Un millón ochocientos noventa mil pesos m/cte

Condiciones de Pago:

Efectivo

\$ 1,890,000.00

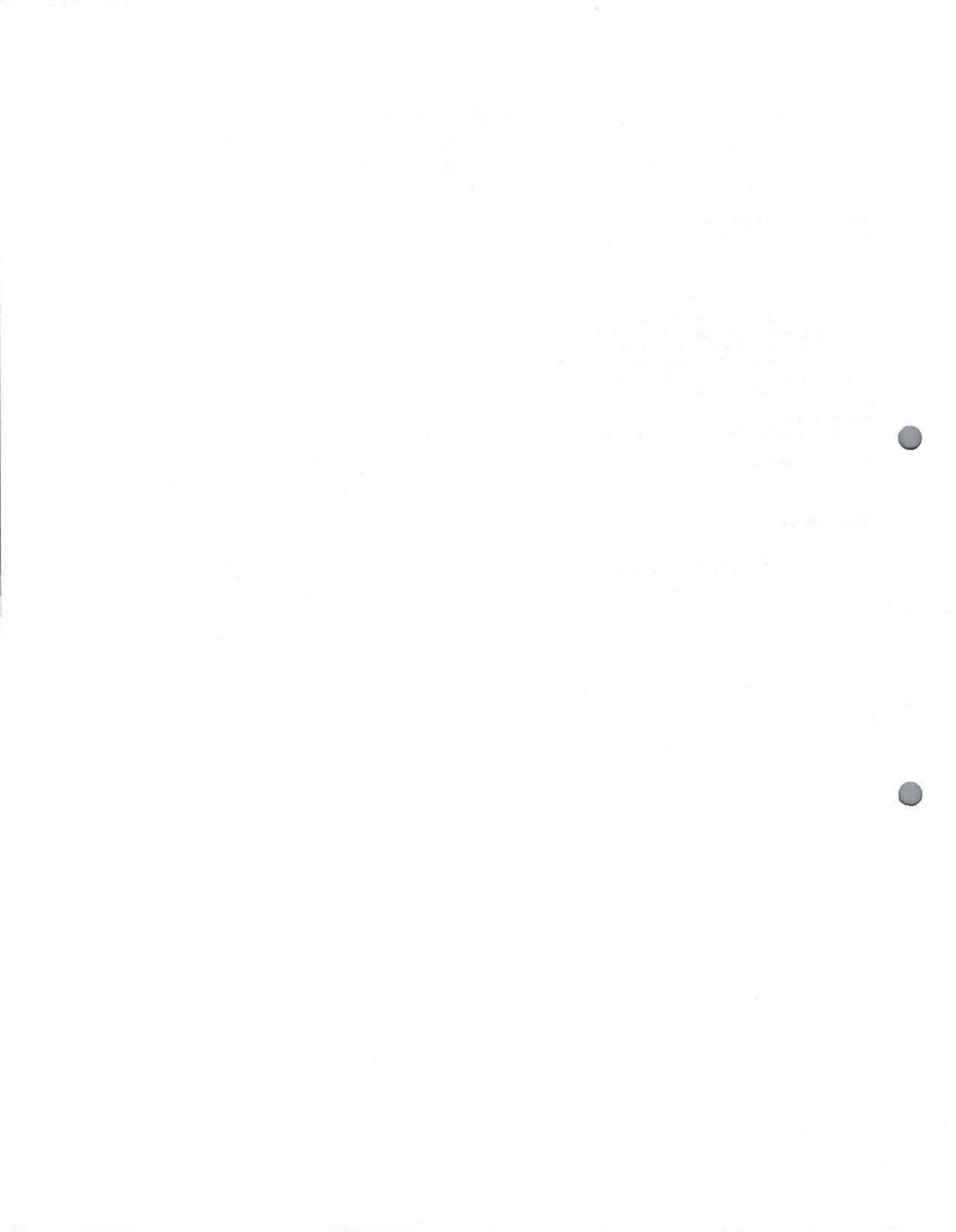
Total Bruto	1,890,000.00
Total a Pagar	1,890,000.00

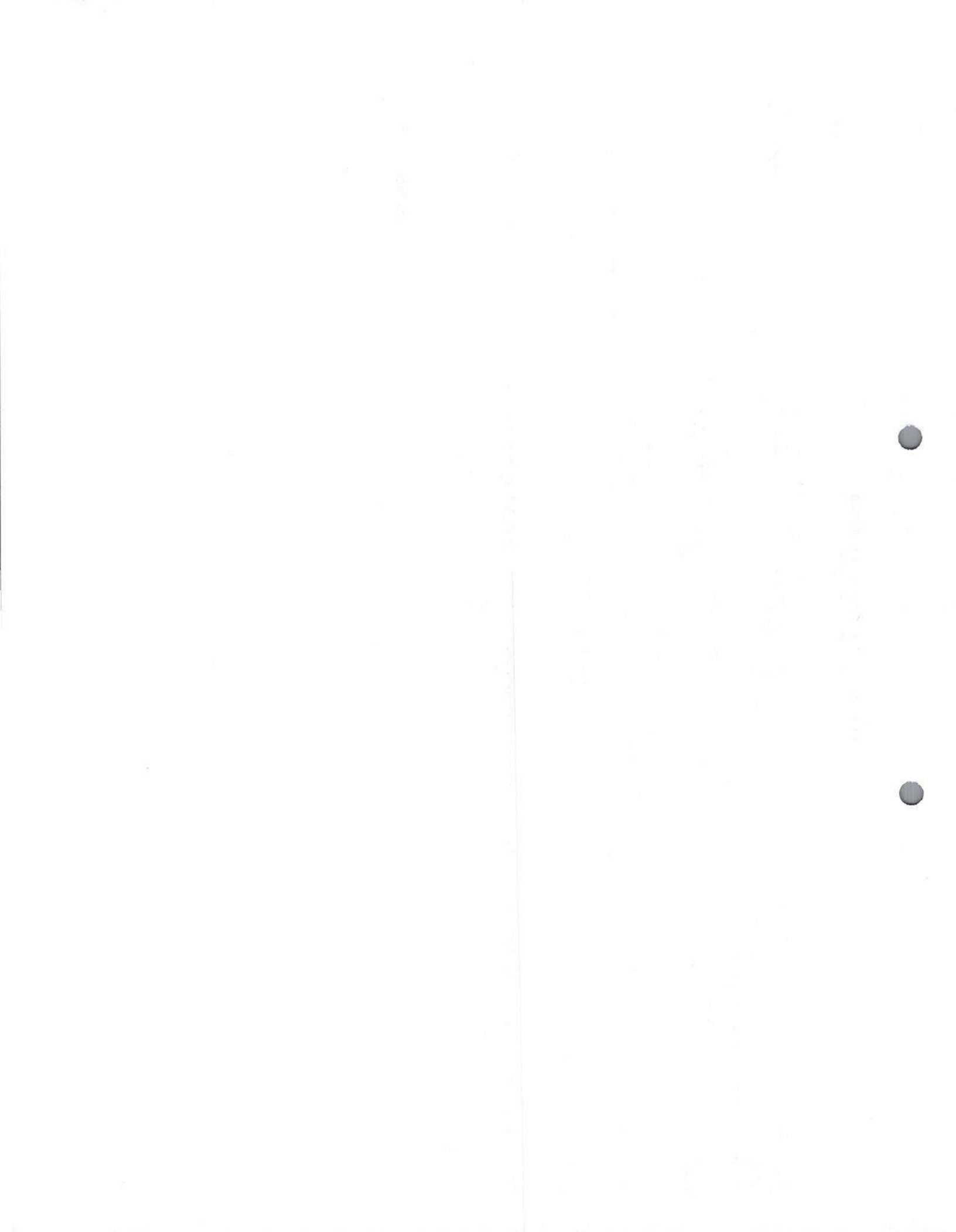
Observaciones:

A este Documento se le aplican las normas relativas del Documento Soporte en adquirentes efectuadas a sujetos no obligados a facturar (Resolución 167 de 30 de diciembre de 2021).
 Número Autorización 18764102291617 aprobado en 20251129 prefijo DSF desde el número 201 al 600 Vigencia: Vigencia: 24 meses.

CUDS: 14552d3d6fc5146fcee8f10ce119773b1f6820acd1eee2fa5272593758162cdbcb86f03f73fce1870ec3f77836ab88

Elaborado por Siigo S.A.S Nit: 830.048.145-8







FUNDACION GESTION SOCIAL
 Nit 900.556.022-3
 CALLE 3 7 28 URB LOS MANGOS
 Tel: (607) 3208639029
 Tame - Colombia



Documento soporte por compras a
 sujetos no obligados a facturar
 No. DSF 280

Proveedor	LEDYS TATIANA GONZALEZ ZATARROA		
Nit	1.116.854.742-3	Teléfono	(607) 0000000
Dirección	Cra 20 # 12-47	Ciudad	Tame - Colombia

Fecha de compra	Fecha de Vencimiento
2026-04-17	--

Ítem	Descripción	Cantidad	Vr. Unitario	Vr. Total
1	Prestación de servicios como Servicios Generales en el Centro de Bienestar del Adulto Mayor (CBAM) del municipio de Tame, correspondiente al período comprendido entre el 18 de marzo y el 17 de abril de 2026, en el marco de la ejecución del Convenio de Asociación No. 002 de 2026	1.00	1,890,000.00	1,890,000.00

Valor en Letras:

Un millón ochocientos noventa mil pesos m/cte

Condiciones de Pago:

Efectivo \$ 1,890,000.00

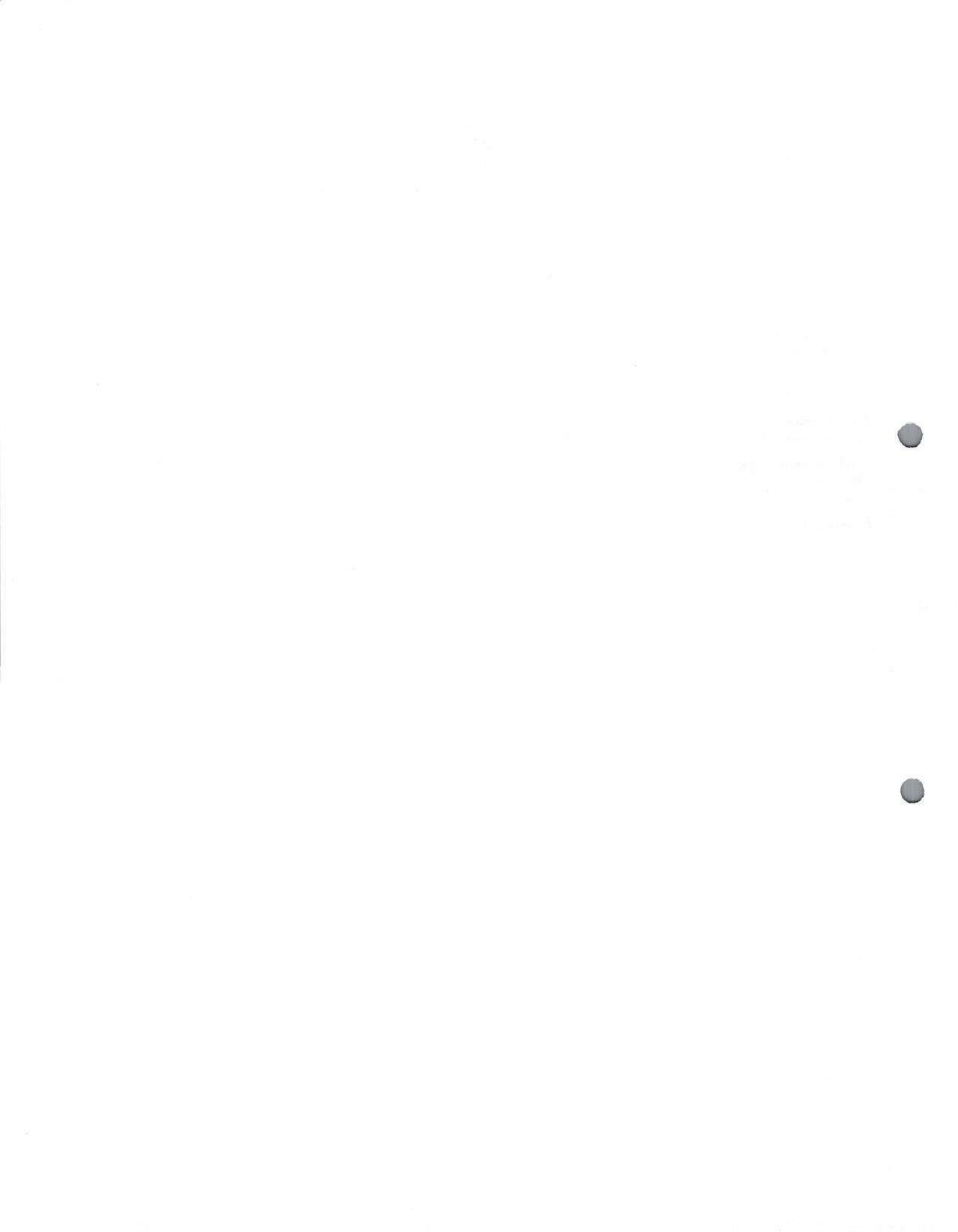
Total Bruto	1,890,000.00
Total a Pagar	1,890,000.00

Observaciones:

A este Documento se le aplican las normas relativas del Documento Soporte en adquirentes efectuadas a sujetos no obligados a facturar (Resolución 167 de 30 de diciembre de 2021).
 Número Autorización 18764102291617 aprobado en 20251129 prefijo DSF desde el número 201 al 600 Vigencia: Vigencia: 24 meses.

CUDS: 36b54f6ccbffb0dc6f289f7f0037ead1b5021203d49a785d6d02c851ea7aa3c4a7752262ff029f9c1e46d4e867d25d6

Elaborado por Siigo S.A.S Nit: 830.048.145-8



PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACION APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE CÉDULA DE CIUDADANÍA: LEVYS TATIANA GONZALEZ ZAVARRA NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 111665472 TIPO IDENTIFICACIÓN: NOMBRE O RAZÓN SOCIAL CIUDAD/DEPARTAMENTO: ARAUCA DIRECCIÓN: CALLE 21A 11-26 TELÉFONO: 394607 TIPO APORTANTE: 02-INDEPENDIENTE CLASE APORTANTE: PRIVADO TIPO EMPRESA: UNICO FORMA DE PRESENTACIÓN: APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA)		DATOS GENERALES DE LA PLANILLA NÚMERO PLANILLA: 1113617414 TIPO DE PLANILLA: PERIODO COTIZACIÓN SALUD FECHA PAGO: 2026/04/09 DÍAS DE MORA: 0 ARAUCA: 669116 INDEPENDIENTES: 2026 MES: marzo AÑO: 2026 NÚMERO AUTORIZACIÓN: 2026/04/09	
--	--	--	--

ADMINISTRADORA NOMBRE: 25-14 COLPENSIONES No. COTIZANTES: 1 COTIZACIÓN: \$ 280.200 EMPLEADOR: APORTES VOLUNTARIOS COTIZANTE: FSP		TOTAL APORTES A PENSION VALOR: \$ 0 PLANILLA: \$ 0 VALOR A FAVOR: \$ 0 LIQUIDACIÓN: \$ 0 MORA: \$ 0 APORTES: \$ 280.200 DESCUENTO: \$ 0 VALOR PAGADO: \$ 280.200	
--	--	---	--

ADMINISTRADORA NOMBRE: EPS CM NUEVA EPS CM No. COTIZANTES: 1 COTIZACIÓN: \$ 0 EMPLEADOR: LICENCIA MANTENIDO COTIZANTE: FSP		TOTAL APORTES A SALUD VALOR: \$ 0 PLANILLA: \$ 0 VALOR A FAVOR: \$ 0 LIQUIDACIÓN: \$ 0 MORA: \$ 0 APORTES: \$ 218.900 DESCUENTO: \$ 0 VALOR PAGADO: \$ 218.900	
--	--	---	--

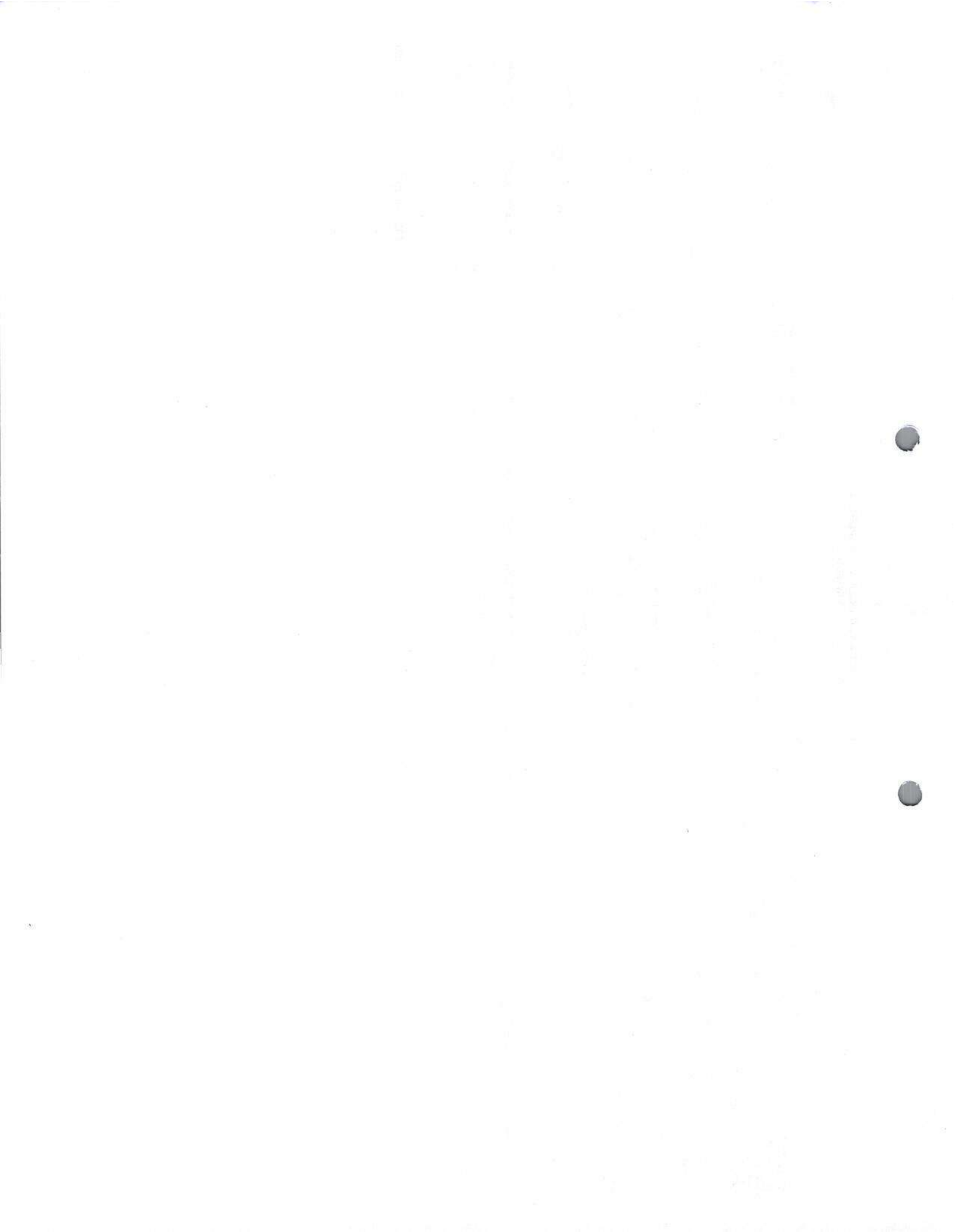
ADMINISTRADORA NOMBRE: 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A No. COTIZANTES: 1 COTIZACIÓN: \$ 0 EMPLEADOR: PAGO A OTROS RIESGOS COTIZANTE: FSP		TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES VALOR: \$ 0 PLANILLA: \$ 0 VALOR A FAVOR: \$ 0 LIQUIDACIÓN: \$ 0 MORA: \$ 0 APORTES: \$ 9.200 DESCUENTO: \$ 0 VALOR PAGADO: \$ 9.200	
---	--	---	--

DATOS DEL COTIZANTE NO. COTIZANTE: 111665472 NOMBRE: LEVYS TATIANA GONZALEZ ZAVARRA TIPO COTIZANTE: 02-INDEPENDIENTE SALARIO: \$ 1.750.905 SALUD: \$ 218.900 RIESGOS PROFESIONALES: \$ 9.200		LIQUIDACION DETALLADA APORTES VALOR A FAVOR: \$ 0 LIQUIDACIÓN: \$ 0 MORA: \$ 0 APORTES: \$ 218.900 DESCUENTO: \$ 0 VALOR PAGADO: \$ 218.900	
---	--	--	--

TOTAL PAGADO: \$ 508.300



hfe





FUNDACION GESTION SOCIAL
 Nit 900.556.022-3
 CALLE 3 7 28 URB LOS MANGOS
 Tel: (607) 3208639029
 Tame - Colombia



Documento soporte por compras a
 sujetos no obligados a facturar
 No. DSF 292

Proveedor	LEDYS TATIANA GONZALEZ ZATARROA		
Nit	1.116.854.742-3	Teléfono	(607) 0000000
Dirección	Cra 20 # 12-47	Ciudad	Tame - Colombia

Fecha de compra	Fecha de Vencimiento
2026-05-19	--

Ítem	Descripción	Cantidad	Vr. Unitario	Vr. Total
1	Prestación de servicios como Servicios Generales en el Centro de Bienestar del Adulto Mayor (CBAM) del municipio de Tame, correspondiente al período comprendido entre el 18 de abril y el 17 de mayo de 2026, en el marco de la ejecución del Convenio de Asociación No. 002 de 2026	1.00	1,890,000.00	1,890,000.00

Valor en Letras:

Un millón ochocientos noventa mil pesos m/cte

Condiciones de Pago:

Efectivo

\$ 1,890,000.00

Total Bruto	1,890,000.00
Total a Pagar	1,890,000.00

Observaciones:

A este Documento se le aplican las normas relativas del Documento Soporte en adquirentes efectuadas a sujetos no obligados a facturar (Resolución 167 de 30 de diciembre de 2021).
 Número Autorización 18764102291617 aprobado en 20251129 prefijo DSF desde el número 201 al 600 Vigencia: Vigencia: 24 meses.

CUDS: 6f22716cb94e5e9668f5c896f597322752c87438b85bcfecfd4c4bb4cf42ee1838cdc36c868eb5240a5252f85a453929

Elaborado por Siigo S.A.S Nit: 830.048.145-8



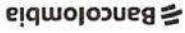
THE UNIVERSITY OF CHICAGO
LIBRARY

Faint, illegible text scattered across the page, likely bleed-through from the reverse side of the document.





PLANILLA INTEGRADA AUTOQUIDADACION APORTES SOPORTE DE PAGO GENERAL



DATOS GENERALES DEL APORTANTE		DATOS GENERALES DE LA PLANILLA	
TIPO IDENTIFICACION:	CEDELA DE CIUDADANIA	TIPO DE PLANILLA:	6018771306
NOMBRE O RAZON SOCIAL:	LEDES TATIANA GONZALEZ ZAVIANCA	PERIODO COTIZACION OTROS:	MES
DIRECCION:	DEPARTAMENTO: ARAUCA	FECHA PAGO (aaaa-mm-aa):	2026/05/06
TELÉFONO:	CALLE 214 11-26	NÚMERO AUTORIZACION:	285158824
CLASE APORTANTE:	INDICADOR ESPECIAL:	INDICADOR ESPECIAL:	INDEPENDIENTES
ACTIVIDAD ECONOMICA:	INDICADOR ESPECIAL:	INDICADOR ESPECIAL:	INDEPENDIENTES
FORMA DE PRESENTACION:	INDICADOR ESPECIAL:	INDICADOR ESPECIAL:	INDEPENDIENTES
TIPO DE PRESENTACION:	INDICADOR ESPECIAL:	INDICADOR ESPECIAL:	INDEPENDIENTES
TIPO DE PRESENTACION:	INDICADOR ESPECIAL:	INDICADOR ESPECIAL:	INDEPENDIENTES
TIPO DE PRESENTACION:	INDICADOR ESPECIAL:	INDICADOR ESPECIAL:	INDEPENDIENTES

SUBTOTALS:		TOTAL APORTES A PENSION	
CÓDIGO:	25-14 COLPENSIONES	APORTES:	\$ 280.200
NOMBRE:		MORA:	\$ 0
ADMINISTRADORA:		FSP:	\$ 0
No. COTIZANTES:	1	COTIZACION:	\$ 0
EMPLEADOR:		SUBSISTENGA:	\$ 0
COTIZACION:	\$ 280.200	SEGURIDAD SOCIAL:	\$ 0
TOTALS:		SALDO A FAVOR:	\$ 0
VALOR PAGADO:	\$ 280.200	PLANILLA:	\$ 0
TOTALS:		VALOR:	\$ 0

SUBTOTALS:		TOTAL APORTES A SALUD	
CÓDIGO:	25-14 NUEVA EPS CM	APORTES:	\$ 218.900
NOMBRE:		MORA:	\$ 0
ADMINISTRADORA:		FSP:	\$ 0
No. COTIZANTES:	1	COTIZACION:	\$ 0
EMPLEADOR:		SUBSISTENGA:	\$ 0
COTIZACION:	\$ 218.900	SEGURIDAD SOCIAL:	\$ 0
TOTALS:		SALDO A FAVOR:	\$ 0
VALOR PAGADO:	\$ 218.900	PLANILLA:	\$ 0
TOTALS:		VALOR:	\$ 0

SUBTOTALS:		TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES	
CÓDIGO:	14-23 POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS S.A	APORTES:	\$ 9.200
NOMBRE:		MORA:	\$ 0
ADMINISTRADORA:		FSP:	\$ 0
No. COTIZANTES:	1	COTIZACION:	\$ 0
EMPLEADOR:		SUBSISTENGA:	\$ 0
COTIZACION:	\$ 9.200	SEGURIDAD SOCIAL:	\$ 0
TOTALS:		SALDO A FAVOR:	\$ 0
VALOR PAGADO:	\$ 9.200	PLANILLA:	\$ 0
TOTALS:		VALOR:	\$ 0

DATOS DEL COTIZANTE		LIQUIDACION DETALLADA APORTES	
NOMBRE:	LEDES TATIANA GONZALEZ ZAVIANCA	APORTES:	\$ 218.900
TIPO IDENTIFICACION:	CEDELA DE CIUDADANIA	MORA:	\$ 0
NOMBRE:	LEDES TATIANA GONZALEZ ZAVIANCA	FSP:	\$ 0
TIPO IDENTIFICACION:	CEDELA DE CIUDADANIA	COTIZACION:	\$ 0
TIPO IDENTIFICACION:	CEDELA DE CIUDADANIA	SUBSISTENGA:	\$ 0
TIPO IDENTIFICACION:	CEDELA DE CIUDADANIA	SEGURIDAD SOCIAL:	\$ 0
TIPO IDENTIFICACION:	CEDELA DE CIUDADANIA	SALDO A FAVOR:	\$ 0
TIPO IDENTIFICACION:	CEDELA DE CIUDADANIA	PLANILLA:	\$ 0
TIPO IDENTIFICACION:	CEDELA DE CIUDADANIA	VALOR:	\$ 0
TIPO IDENTIFICACION:	CEDELA DE CIUDADANIA	TOTALS:	\$ 218.900
TIPO IDENTIFICACION:	CEDELA DE CIUDADANIA	VALOR PAGADO:	\$ 218.900
TIPO IDENTIFICACION:	CEDELA DE CIUDADANIA	TOTALS:	\$ 218.900

TOTAL PAGADO: \$ 508.300

Planilla Pagada

547

[The text in this section is extremely faint and illegible, appearing to be a list of names and possibly dates.]

[Faint text, possibly a signature or a reference.]

1914



SERVICIOS GENERALES No. 3



THE UNIVERSITY OF CHICAGO
DIVISION OF THE PHYSICAL SCIENCES
DEPARTMENT OF CHEMISTRY

1954

RESEARCH REPORT NO. 100

BY



CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS No. 08 DE 2026

CONTRATANTE: FUNDACIÓN GESTIÓN SOCIAL – FUNGES
NIT: 900.556.022-3
REPRESENTANTE LEGAL: GUSTAVO ALEXIS SARMIENTO
C.C.: 96.194.978 expedida en Tame
CONTRATISTA: EMILI DANERIS RIOS CONTRERAS
C.C.: 1.006.440.881 expedida en Tame
OBJETO: Prestación de servicios como Servicios Generales en el Centro de Bienestar del Adulto Mayor (CBAM).
UBICACIÓN: Municipio de Tame – Arauca
VALOR TOTAL: TRECE MILLONES DOSCIENTOS TREINTA MIL PESOS M/CTE (\$13.230.000)
VALOR MENSUAL: UN MILLÓN OCHOCIENTOS NOVENTA MIL PESOS M/CTE (\$1.890.000)
PLAZO: Siete (07) meses
FECHA DE INICIO: 18 de febrero de 2026
FECHA DE TERMINACIÓN: 17 de septiembre de 2026

Entre los suscritos GUSTAVO ALEXIS SARMIENTO, identificado con cédula de ciudadanía No. 96.194.978 expedida en Tame, quien actúa en calidad de Representante Legal de la FUNDACIÓN GESTIÓN SOCIAL – FUNGES, identificada con NIT 900.556.022-3, quien para efectos del presente contrato se denominará EL CONTRATANTE, y por la otra parte EMILI DANERIS RIOS CONTRERAS, identificada con cédula de ciudadanía No. 1.006.440.881 expedida en Tame, quien actúa en nombre propio y para efectos del presente contrato se denominará EL CONTRATISTA, ambos mayores de edad y con capacidad para contratar, han acordado celebrar el presente Contrato de Prestación de Servicios, el cual se registró por las siguientes cláusulas.

CONSIDERACIONES:

Que, para la prestación de servicios como Servicios Generales en el Centro de Bienestar del Adulto Mayor (CBAM) mediante el Convenio de Asociación No. 002 de 2026 cuyo objeto es *"DESARROLLAR EL PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL A LA PERSONA MAYOR DEL MUNICIPIO DE TAME – DEPARTAMENTO DE ARAUCA"* suscrito entre la FUNDACIÓN GESTIÓN SOCIAL - FUNGES y el MUNICIPIO DE TAME, se hace necesaria la contratación de una persona que cumpla con los requisitos exigidos para desempeñar dichas actividades.

Debido a lo anterior, las partes acuerdan celebrar el presente contrato de conformidad con las siguientes cláusulas:

PRIMERA: Objeto del contrato. El CONTRATISTA se obliga para con el CONTRATANTE, de manera independiente y sin que exista subordinación o relación laboral alguna, a prestar sus servicios como Servicios Generales en el Centro de Bienestar del Adulto Mayor (CBAM), realizando actividades de aseo, limpieza, mantenimiento básico y apoyo logístico que contribuyan al adecuado funcionamiento de las instalaciones y al bienestar de los adultos mayores. Como contraprestación, el CONTRATANTE pagará al CONTRATISTA los honorarios establecidos en el presente contrato.

SEGUNDA: Plazo de Ejecución. El término de duración del presente contrato será de siete (07) meses, contados a partir del 18 de febrero de 2026 hasta el 17 de septiembre de 2026, plazo dentro del cual el CONTRATISTA ejecutará las actividades propias del objeto contractual.

TERCERA: Valor. El valor total del presente contrato es la suma de TRECE MILLONES DOSCIENTOS TREINTA MIL PESOS M/CTE (\$13.230.000), suma que será pagada por el CONTRATANTE al CONTRATISTA a título de honorarios, de acuerdo con la forma de pago establecida en el presente contrato y previa certificación de cumplimiento por parte del supervisor.



CUARTA. Forma de Pago. El valor del presente contrato será pagado por el CONTRATANTE al CONTRATISTA mediante siete (07) pagos mensuales vencidos, cada uno por valor de UN MILLÓN OCHOCIENTOS NOVENTA MIL PESOS M/CTE (\$1.890.000), previa verificación del cumplimiento de las actividades contractuales por parte del CONTRATANTE y acreditación del pago de los aportes al Sistema de Seguridad Social Integral conforme a la normatividad vigente.

Parágrafo. Los pagos establecidos en el presente contrato estarán sujetos a la disponibilidad y desembolso efectivo de los recursos provenientes del Convenio de Asociación No. 002 de 2026 suscrito entre la FUNDACIÓN GESTIÓN SOCIAL – FUNGES y el Municipio de Tame.

QUINTA: Seguridad Social. El CONTRATISTA declara que realizará de manera independiente los aportes al Sistema de Seguridad Social Integral en salud, pensión y riesgos laborales, de conformidad con la normatividad vigente en Colombia. Para efectos del pago de los honorarios pactados en el presente contrato, el CONTRATISTA deberá acreditar el pago de dichos aportes correspondientes al período ejecutado.

SEXTA: Subcontratación. El CONTRATISTA no podrá ceder ni subcontratar total o parcialmente la ejecución del objeto del presente contrato sin la autorización previa, expresa y escrita del CONTRATANTE.

Parágrafo. En todo caso, el CONTRATISTA será el único responsable por la correcta ejecución de las actividades contratadas y mantendrá indemne al CONTRATANTE frente a cualquier reclamación, demanda o acción legal que pudiera presentarse con ocasión de la ejecución del presente contrato.

SÉPTIMA: Obligaciones Del Contratista. El CONTRATISTA se obliga a ejecutar el Objeto del Contrato, razón por la cual tendrá las siguientes obligaciones:

1. Realizar la limpieza diaria de pisos, pasillos, habitaciones y áreas comunes del Centro de Bienestar del Adulto Mayor (CBAM).
2. Mantener en adecuado estado de limpieza los muebles, ventanas, baños, sanitarios, lavamanos, espejos y demás instalaciones del centro.
3. Desocupar, lavar y desinfectar las canecas de basura y mantener en orden las áreas asignadas.
4. Realizar la limpieza de paredes, persianas, cortinas y demás elementos del centro, según el cronograma establecido por el coordinador.
5. Clasificar, lavar, secar, planchar y organizar la ropa de los adultos mayores cuando se requiera.
6. Mantener limpia y organizada el área de lavandería y los implementos de trabajo.
7. Apoyar el mantenimiento y limpieza de las zonas verdes al interior del centro.
8. Cumplir con las instrucciones del coordinador y apoyar las actividades necesarias para el buen funcionamiento del Centro de Bienestar del Adulto Mayor (CBAM).
9. Las demás actividades que le sean asignadas por el supervisor del contrato y que sean inherentes al objeto de este.

Parágrafo 1: El CONTRATISTA ejecutará el objeto del presente contrato con plena autonomía técnica, administrativa y operativa, utilizando sus propios medios, recursos y conocimientos, sin que exista subordinación o dependencia respecto de EL CONTRATANTE; en consecuencia, el CONTRATISTA asumirá bajo su exclusiva responsabilidad los riesgos, gastos y obligaciones derivados de la ejecución del contrato.



Parágrafo 2: El CONTRATISTA además de las obligaciones del contrato deberá: 1. Obrar con seriedad y diligencia en el servicio contratado, 2. Presentar evidencias o soportes de las actividades realizadas, tales como registros, formatos o material fotográfico, cuando sean requeridos por el CONTRATANTE, 3. Atender las solicitudes y recomendaciones que haga el CONTRATANTE o sus delegados, con la mayor prontitud. 4. Permitir que el CONTRATANTE o un delegado haga visitas a las instalaciones del CONTRATISTA o el sitio que esté desarrollando las actividades. 5. Pago de los aportes al Sistema de Seguridad Social en salud, pensión y riesgos laborales, conforme a la normatividad vigente.

OCTAVA: Obligaciones del CONTRATANTE: Además de las obligaciones propias del contrato de prestación de servicios, el CONTRATANTE se compromete a suministrar al CONTRATISTA la información necesaria para el desarrollo de las actividades objeto del contrato, facilitar la coordinación con el personal del Centro de Bienestar del Adulto Mayor (CBAM) y efectuar el pago de los honorarios en los términos establecidos en el presente contrato.

NOVENA. Supervisión. El CONTRATANTE o su representante supervisará la ejecución del servicio encomendado y podrá formular las observaciones del caso para ser analizadas en conjunto con el CONTRATISTA.

DÉCIMA: Terminación anticipada. Cualquiera de las partes podrá dar por terminado el presente contrato antes del vencimiento del plazo pactado, mediante comunicación escrita dirigida a la otra parte. En todo caso, el CONTRATANTE podrá darlo por terminado de manera unilateral cuando se presenten circunstancias que afecten la ejecución del objeto contractual, por incumplimiento de las obligaciones del CONTRATISTA o por terminación o modificación del convenio que da origen al presente contrato.

DÉCIMA PRIMERA: 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.

DÉCIMA SEGUNDA: Inexistencia de relación laboral. Las partes dejan expresa constancia de que el presente contrato es de naturaleza civil y no genera relación laboral alguna entre el CONTRATANTE y el CONTRATISTA. En consecuencia, el CONTRATISTA actuará con plena autonomía técnica y administrativa en la ejecución de las actividades contratadas y no tendrá derecho al reconocimiento de salarios, prestaciones sociales, indemnizaciones laborales ni demás derechos propios de un contrato de trabajo.

DÉCIMA TERCERA. 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 CUARTA: Solución de conflictos. Se acuerda que, de presentarse un conflicto entre las partes, en el marco del presente contrato, las partes deberán acudir en primera instancia a un centro de conciliación certificado.

DÉCIMA QUINTA: Modificaciones. Toda modificación, variación adición o prórroga del presente contrato, deberá constar por escrito, mediante OTRO SÍ, que suscribirán con la firma ambas partes contratantes.

DÉCIMA SEXTA: Domicilio contractual. Para el presente contrato se establece como domicilio contractual el municipio de Tame.





FUNDACIÓN GESTIÓN SOCIAL "FUNGES"
GESTIÓN COMPROBADA
NIT. 900556022-3

DÉCIMA SÉPTIMA: Declaración del CONTRATISTA. El CONTRATISTA declara bajo la gravedad de juramento que conoce la naturaleza jurídica del presente contrato de prestación de servicios y manifiesta que lo celebra con plena autonomía técnica, administrativa y financiera, sin que exista subordinación ni dependencia respecto del CONTRATANTE. En consecuencia, reconoce que no se genera vínculo laboral alguno ni derecho al pago de prestaciones sociales, indemnizaciones o beneficios propios de un contrato de trabajo. Así mismo, declara que asume de manera independiente las obligaciones tributarias, de seguridad social y demás cargas legales derivadas de la ejecución del presente contrato.

Para constancia, se firma en el municipio de Tame, Arauca, a los dieciocho (18) días del mes de febrero de 2026.

EL CONTRATANTE,

EL CONTRATISTA,

GUSTAVO ALEXIS SARMIENTO
C.C. 96.194.978 expedida en Tame
Representante Legal
FUNDACIÓN GESTIÓN SOCIAL – FUNGES

EMILI DANERIS RIOS CONTRERAS
C.C. 1.006.440.881 expedida en Tame



Dirección: Calle 3 No. 7-28 Barrio El Manguito



Teléfono: 3208639029



gestionsocialfunges@gmail.com

Puerto Rondón – Arauca

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

Para la atención de servicios de salud POS, el suscrito afiliado se encuentra registrado en la EPS con los siguientes datos.

Información del Cotizante y/o Cabeza de Familia

Tipo Ident.	Número de Ident.	Nombres	Apellidos	Fecha de Afiliación	Departamento	Ciudad	Dirección	Teléfono	Regimen	Estad
CC	1006440881	EMILI DANERIS	RIOS CONTRERAS	13/08/2019 12:00:00 a. m.	ARAUCA	TAME	CL 9 # 8 - 08	3114598532	Contributivo	Activ

Información de los Beneficiarios

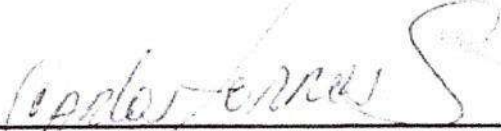
*Parentesco	Número de Ident.	Nombres	Apellidos	Fecha de Afiliación	Departamento	Ciudad	Dirección	Teléfono	Regimen	Estad
HIJO(A)	RC-1157968487	EVELIN SOFIA	VALBUENA RIOS	23/12/2020	ARAUCA	TAME	CL 09 # 08 - 29	3133360447	Contributivo	Activ

Información del Aportante

NIT/CC	Razon Social	Estado	Rango Cotizante	Fecha Vinculacion
1006440881	EMILI DANERIS RIOS CONTRERAS	N		18/02/2026

La presente certificación se expide y firma, a los 10 días del mes de Marzo de 2026, a solicitud del interesado y es válida hasta los 10 días del mes de Abril de 2026

Cordialmente,


CARLOS TORRES SALAZAR
 SUBDIRECTOR DE ASEGURAMIENTO NACIONAL

the

1. The first part of the paper is devoted to a study of the properties of the function $f(x)$ defined by the equation $f(x) = x + f(x^2)$. It is shown that $f(x)$ is a continuous function on the interval $[0, 1]$ and that it is strictly increasing. The function $f(x)$ is also shown to be concave down on the interval $[0, 1]$.

2.

3. The second part of the paper is devoted to a study of the properties of the function $g(x)$ defined by the equation $g(x) = x + g(x^2)$. It is shown that $g(x)$ is a continuous function on the interval $[0, 1]$ and that it is strictly increasing. The function $g(x)$ is also shown to be concave down on the interval $[0, 1]$.

4. The third part of the paper is devoted to a study of the properties of the function $h(x)$ defined by the equation $h(x) = x + h(x^2)$. It is shown that $h(x)$ is a continuous function on the interval $[0, 1]$ and that it is strictly increasing. The function $h(x)$ is also shown to be concave down on the interval $[0, 1]$.

5. The fourth part of the paper is devoted to a study of the properties of the function $k(x)$ defined by the equation $k(x) = x + k(x^2)$. It is shown that $k(x)$ is a continuous function on the interval $[0, 1]$ and that it is strictly increasing. The function $k(x)$ is also shown to be concave down on the interval $[0, 1]$.



**SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS
PORVENIR S.A.**

En su condición de administradora del
FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

EMILI DANERIS RIOS CONTRERAS, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.006.440.881**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 25 de Febrero del 2026.

Cordialmente,

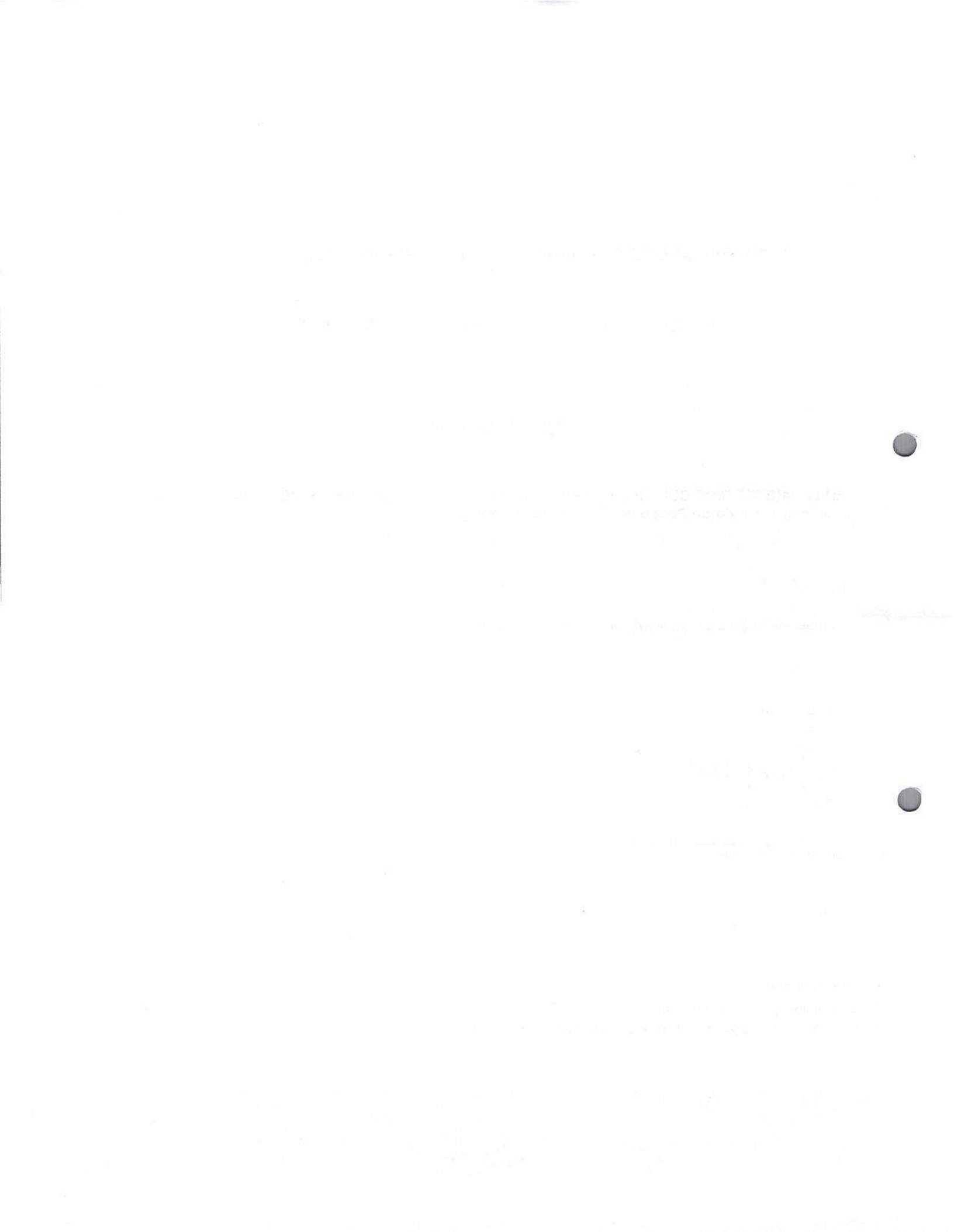


Gerencia de Clientes



Tenga en cuenta:

En este momento de su vida, lo que más le conviene es estar en un fondo privado como Porvenir, ¿por que? porque está acumulando semanas, ahorrando dinero y obteniendo rendimiento.





LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

CERTIFICA QUE:

Emili Daneris Rios Contreras identificado con CC. 1006440881 registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales:

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE			
Nombres y/o Razón	FUNDACION GESTION SOCIAL		
Tipo y Numero de Documento	NI - 900556022		
INFORMACIÓN RELACIÓN LABORAL			
Fecha de inicio de cobertura	2026/03/08	Fecha inicio contrato	2026/02/18
Tipo de vinculación	Independiente con Contrato	Fecha de fin contrato	2026/09/17
Riesgo	1	Código actividad económica	1881001 - Actividades de asistencia social sin alojamiento para personas mayores y discapacitadas, incluye los servicios
Estado afiliación	Activa	Estado del contrato	Activa
Fecha retiro	-		

Esta certificación se expide a los 7 días del mes de marzo 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: **CC07032026E1006440881C12641043**. Este código es válido por un mes.

Cordialmente,

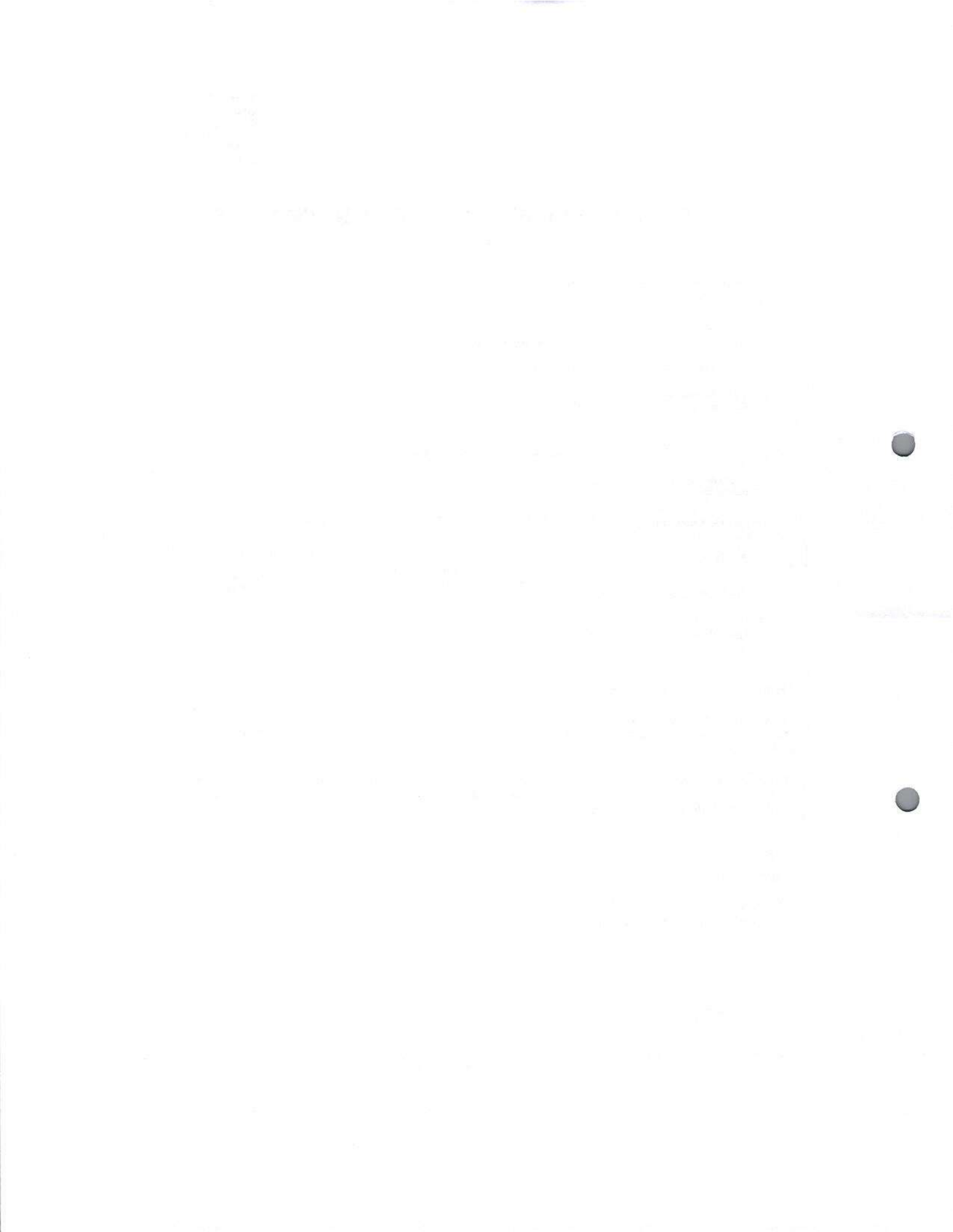
Gerencia de afiliaciones y novedades ARL
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S. A.

Positiva Compañía de Seguros S.A.:
 Nit. 860.011.153-6 | Línea Gratuita Nacional: (+57) 01-8000-111-170 - Teléfono: +57 (601) 330 7000

Defensor del Consumidor Financiero: Ana María Giraldo (Principal) - Pablo Valencia(Suplente) | defensordelcliente@positiva.gov.co | Carrera 10 #97A - 13, Oficina 502. Bogotá | +57 (601) 610 8164 | Lunes a Viernes 8:00 a. m. – 6:00 p. m. | El Defensor, resolverá las quejas o reclamos, actuará como Conciliador ante Positiva.

Más información: <https://www.positiva.gov.co/web/guest/defensoria-del-consumidor>
 Puedes interponer una queja ante Positiva, o el Defensor, o la SFC u otro organismo de

LA ASEGURADORA
 DE TODOS LOS
 COLOMBIANOS





FUNDACION GESTION SOCIAL
 Nit 900.556.022-3
 CALLE 3 7 28 URB LOS MANGOS
 Tel: (607) 3208639029
 Tame - Colombia



Documento soporte por compras a
 sujetos no obligados a facturar
 No. DSF 267

Proveedor	EMILI DANERIS RIOS CONTRERAS		
Nit	1.006.440.881-2	Teléfono	(607) 0000000
Dirección	CLL 9 # 49-01	Ciudad	Tame - Colombia

Fecha de compra	Fecha de Vencimiento
2026-04-01	--

Item	Descripción	Cantidad	Vr. Unitario	Vr. Total
1	Prestación de servicios como Servicios Generales en el Centro de Bienestar del Adulto Mayor (CBAM) del municipio de Tame, correspondiente al período comprendido entre el 18 de febrero y el 17 de marzo de 2026, en el marco de la ejecución del Convenio de Asociación No. 002 de 2026	1.00	1,890,000.00	1,890,000.00

Valor en Letras:

Un millón ochocientos noventa mil pesos m/cte

Condiciones de Pago:

Efectivo

\$ 1,890,000.00

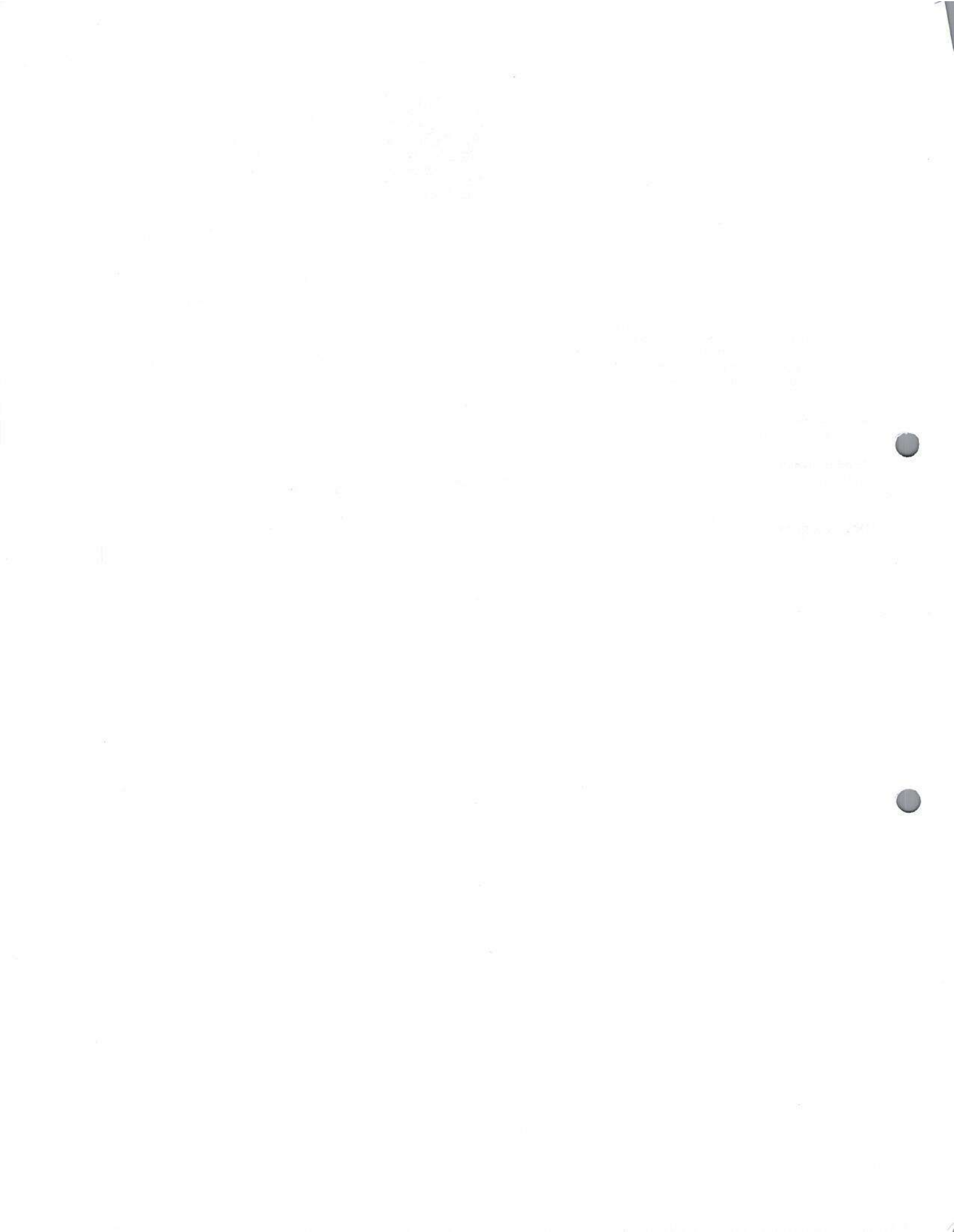
Total Bruto	1,890,000.00
Total a Pagar	1,890,000.00

Observaciones:

A este Documento se le aplican las normas relativas del Documento Soporte en adquirentes efectuadas a sujetos no obligados a facturar (Resolución 167 de 30 de diciembre de 2021).
 Número Autorización 18764102291617 aprobado en 20251129 prefijo DSF desde el número 201 al 600 Vigencia: Vigencia: 24 meses.

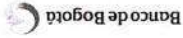
CUDS: c2b195b9efd14f1b1e93d53de9ced451f40ff3adb83c6a0f36e26bc8790ded3f09f6c7613e4a89b6552553b7d986a747

Elaborado por Siigo S.A. S Nit: 830 048 145-8





PLANILLA INTEGRADA AUTO LIQUIDACION APORTES SOPORTE DE PAGO GENERAL



DATOS GENERALES DEL APORTANTE										DATOS GENERALES DE LA PLANILLA									
CÉDULA DE CIUDADANÍA: 1006440881					NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 1006440881					NÚMERO DE PLANILLA: 111340417					TIPO DE PLANILLA: 0				
DIRECCIÓN: CL 9 # 6-49 B. 1 DE MAYO					TELÉFONO: 8456009					FECHA DE EMISIÓN: febrero AÑO 2026					PERIODO COTIZACIÓN SALUD: febrero AÑO 2026				
DEPARTAMENTO: BOGOTÁ					CLASE APORTANTE: 02- INDEPENDIENTE					NÚMERO AUTORIZACIÓN: 2026/03/06					NÚMERO AUTORIZACIÓN: 295129				
ACTIVIDAD ECONÓMICA: PRIVADA					FORMA DE PRESENTACIÓN: DNUO					FECHA PAGO (aaaa.mm.dd):					NÚMERO AUTORIZACIÓN: 2026/03/06				
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENEA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):					OTRAS ACTIVIDADES DE SERVICIOS PERSONALES N.P.														

TOTAL APORTES A PENSION									
CÓDIGO	ADMINISTRADORA	NOMBRE	Nº COTIZANTES	COTIZACIÓN	EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	FSP	TOTALES
230301	POVENIR		1	\$ 121.400					\$ 121.400
VALOR PAGADO \$ 121.400									

TOTAL APORTES A SALUD									
CÓDIGO	ADMINISTRADORA	NOMBRE	Nº COTIZANTES	EMERGENDA	LICENCIA MATERNIDAD	SALDO A FAVOR	LIQUIDACION	MORA	TOTALES
ES024	ES024-COOSALUD ESS		1			\$ 94.900			\$ 94.900
VALOR PAGADO \$ 94.900									

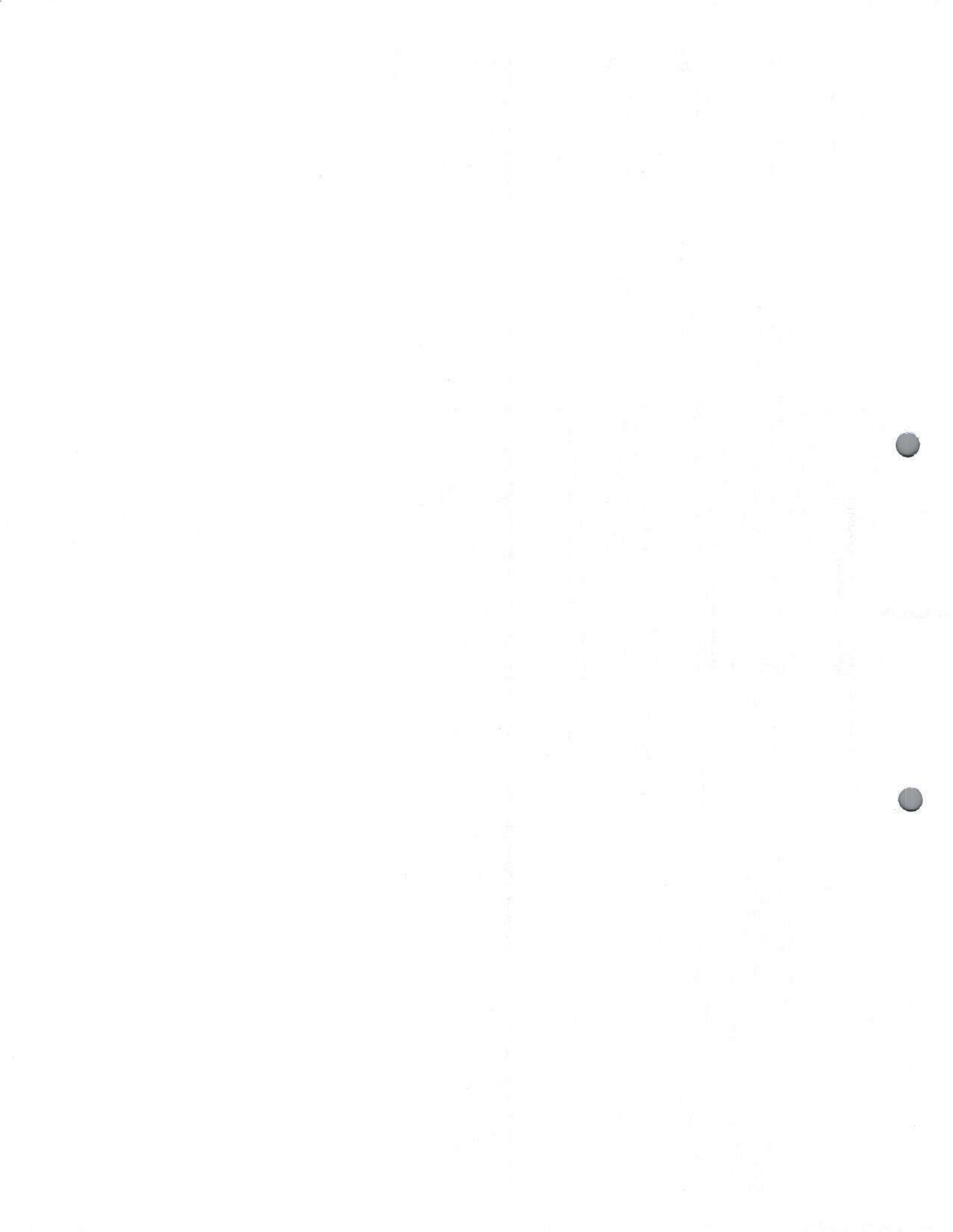
TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES									
CÓDIGO	ADMINISTRADORA	NOMBRE	Nº COTIZANTES	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	LIQUIDACION	TOTALES
14-23	14-23-POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS S.A		1		\$ 0		\$ 4.000		\$ 4.000
VALOR PAGADO \$ 4.000									

LIQUIDACION DETALLADA APORTES									
DATOS DEL COTIZANTE									
NOVEDADES									
PENSION									
APORTES VOLUNTARIOS									
INDICADOR ESPECIAL									
TOTAL APORTES									
ADMINISTRADORA									
SALUD									
VALOR APORTES									
COTIZACION									
LIQUIDACION									
MORA									
TOTALES									

TOTAL PAGADO: \$ 220.300

Planilla Pagada

15E





FUNDACION GESTION SOCIAL
 Nit 900.556.022-3
 CALLE 3 7 28 URB LOS MANGOS
 Tel: (607) 3208639029
 Tame - Colombia



Documento soporte por compras a
 sujetos no obligados a facturar
No. DSF 281

Proveedor	EMILI DANERIS RIOS CONTRERAS		
Nit	1.006.440.881-2	Teléfono	(607) 0000000
Dirección	CLL 9 # 49-01	Ciudad	Tame - Colombia

Fecha de compra	Fecha de Vencimiento
2026-04-17	--

Ítem	Descripción	Cantidad	Vr. Unitario	Vr. Total
1	Prestación de servicios como Servicios Generales en el Centro de Bienestar del Adulto Mayor (CBAM) del municipio de Tame, correspondiente al período comprendido entre el 18 de marzo y el 17 de abril de 2026, en el marco de la ejecución del Convenio de Asociación No. 002 de 2026	1.00	1,890,000.00	1,890,000.00

Elaborado por Siigo S.A.S Nit: 830 048 145-8

Valor en Letras:
 Un millón ochocientos noventa mil pesos m/cte

Condiciones de Pago:
 Efectivo

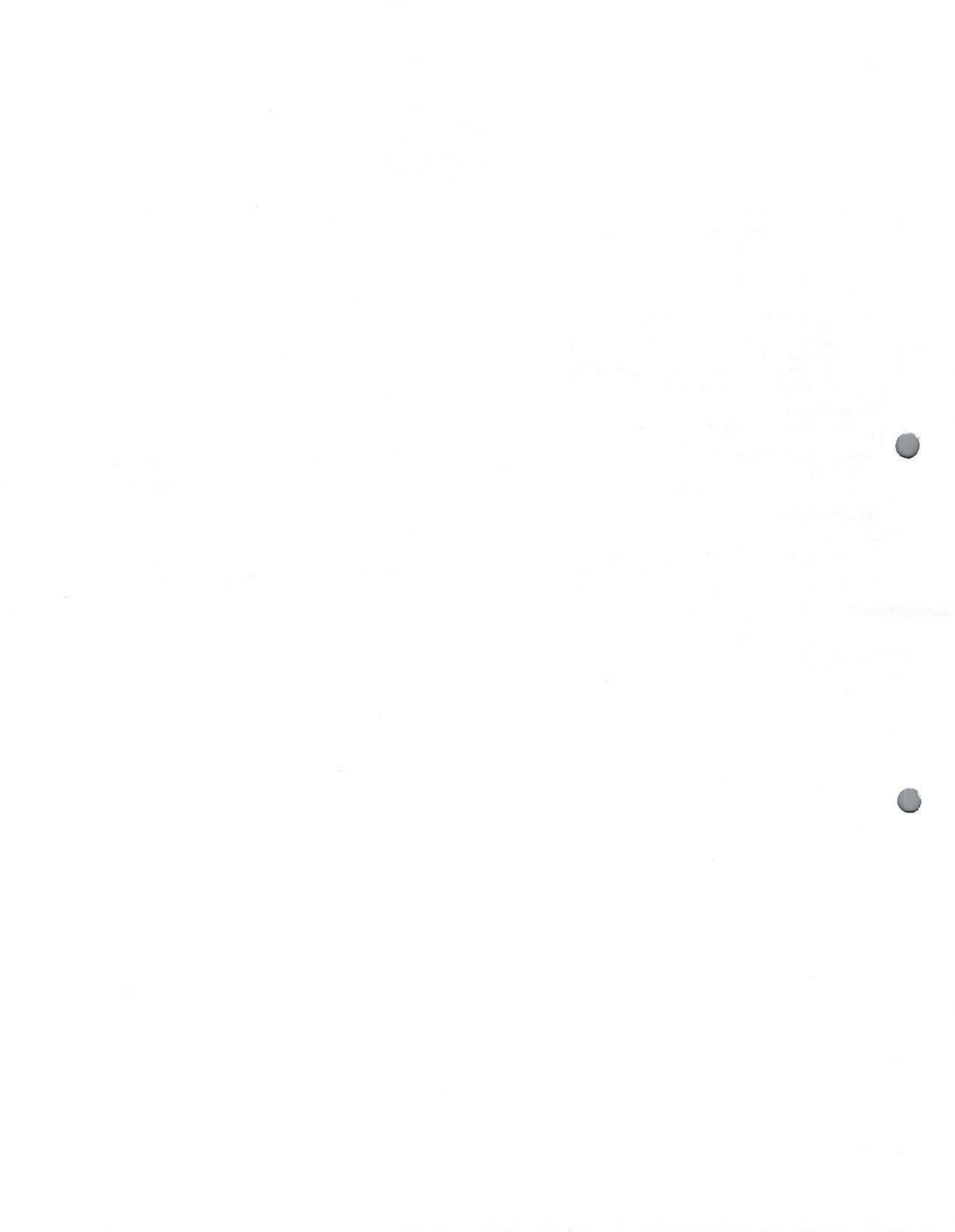
\$ 1,890,000.00

Total Bruto	1,890,000.00
Total a Pagar	1,890,000.00

Observaciones:

A este Documento se le aplican las normas relativas del Documento Soporte en adquirentes efectuadas a sujetos no obligados a facturar (Resolución 167 de 30 de diciembre de 2021).
 Número Autorización 18764102291617 aprobado en 20251129 prefijo DSF desde el número 201 al 600 Vigencia: Vigencia: 24 meses.

CUDS: 815f12de13846f0c555d4e257877c1345aee3d0b5940445da7e2d4d78780b62439f5d8ba3a23ecffa5d026826eea36d5



PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACION APORTES SOPORTE DE PAGO GENERAL

TIPO IDENTIFICACIÓN: NOMBRE O RAZÓN SOCIAL: EMILIO GARCÉS RIOS CONTRATAS CÉDULA DE CIUDADANÍA: NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 10044881		DATOS GENERALES DEL APORTANTE: CLASE APORTANTE: 02- INDEPENDIENTE CLASE APORTANTE ECONÓMICA: PRIVADA UNICO APORTANTE ANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SEENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):	
DATOS GENERALES DE LA PLANILLA: NÚMERO PLANILLA: 1113617422 TIPO DE PLANILLA: FEMBOCO COTIZACIÓN SALUD FECHA PAGO (aaaa-mm-aa): marzo AÑO 2026 NÚMERO AUTORIZACIÓN: 202604-09		DATOS GENERALES DE LA PLANILLA: INDEPENDIENTES: 2026 MES: marzo AÑO 690362	

ADMINISTRADORA: 230301- PORVENIR		ADMINISTRADORA: ESSICA COOSALUD ESS	
NOMBRE:		NOMBRE:	
No. COTIZANTES: 1		No. COTIZANTES: 1	
COTIZACION: \$ 280.200		COTIZACION: \$ 218.900	
EMPLEADOR:		EMPLEADOR:	
APORTES VOLUNTARIOS:		APORTES: \$ 280.200	
LIQUIDACIÓN:		LIQUIDACIÓN:	
VALOR A FAVOR:		VALOR A FAVOR:	
VALOR:		VALOR:	
PLANILLA:		PLANILLA:	
VALOR:		VALOR:	
COTIZACIÓN:		COTIZACIÓN:	
APORTES:		APORTES:	
TOTALES:		TOTALES:	
VALOR PAGADO: \$ 280.200		VALOR PAGADO: \$ 218.900	

ADMINISTRADORA: ESSICA COOSALUD ESS		ADMINISTRADORA: ESSICA COOSALUD ESS	
NOMBRE:		NOMBRE:	
No. COTIZANTES: 1		No. COTIZANTES: 1	
COTIZACION: \$ 218.900		COTIZACION: \$ 218.900	
EMPLEADOR:		EMPLEADOR:	
APORTES VOLUNTARIOS:		APORTES: \$ 218.900	
LIQUIDACIÓN:		LIQUIDACIÓN:	
VALOR A FAVOR:		VALOR A FAVOR:	
VALOR:		VALOR:	
PLANILLA:		PLANILLA:	
VALOR:		VALOR:	
COTIZACIÓN:		COTIZACIÓN:	
APORTES:		APORTES:	
TOTALES:		TOTALES:	
VALOR PAGADO: \$ 218.900		VALOR PAGADO: \$ 218.900	

ADMINISTRADORA: 14-23 POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A		ADMINISTRADORA: 14-23 POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	
NOMBRE:		NOMBRE:	
No. COTIZANTES: 1		No. COTIZANTES: 1	
COTIZACION: \$ 9.200		COTIZACION: \$ 9.200	
EMPLEADOR:		EMPLEADOR:	
APORTES VOLUNTARIOS:		APORTES: \$ 9.200	
LIQUIDACIÓN:		LIQUIDACIÓN:	
VALOR A FAVOR:		VALOR A FAVOR:	
VALOR:		VALOR:	
PLANILLA:		PLANILLA:	
VALOR:		VALOR:	
COTIZACIÓN:		COTIZACIÓN:	
APORTES:		APORTES:	
TOTALES:		TOTALES:	
VALOR PAGADO: \$ 9.200		VALOR PAGADO: \$ 9.200	

ADMINISTRADORA: 10044881 COMPAÑIA DE SEGUROS S.A		ADMINISTRADORA: 10044881 COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	
NOMBRE:		NOMBRE:	
No. COTIZANTES: 1		No. COTIZANTES: 1	
COTIZACION: \$ 280.200		COTIZACION: \$ 280.200	
EMPLEADOR:		EMPLEADOR:	
APORTES VOLUNTARIOS:		APORTES: \$ 280.200	
LIQUIDACIÓN:		LIQUIDACIÓN:	
VALOR A FAVOR:		VALOR A FAVOR:	
VALOR:		VALOR:	
PLANILLA:		PLANILLA:	
VALOR:		VALOR:	
COTIZACIÓN:		COTIZACIÓN:	
APORTES:		APORTES:	
TOTALES:		TOTALES:	
VALOR PAGADO: \$ 280.200		VALOR PAGADO: \$ 280.200	

TOTAL PAGADO: \$ 508.300

Planilla Pagada

753



FUNDACION GESTION SOCIAL
 Nit 900.556.022-3
 CALLE 3 7 28 URB LOS MANGOS
 Tel: (607) 3208639029
 Tame - Colombia



Documento soporte por compras a
 sujetos no obligados a facturar
No. DSF 293

Proveedor	EMILI DANERIS RIOS CONTRERAS		
Nit	1.006.440.881-2	Teléfono	(607) 0000000
Dirección	CLL 9 # 49-01	Ciudad	Tame - Colombia

Fecha de compra	Fecha de Vencimiento
2026-05-19	--

Ítem	Descripción	Cantidad	Vr. Unitario	Vr. Total
1	Prestación de servicios como Servicios Generales en el Centro de Bienestar del Adulto Mayor (CBAM) del municipio de Tame, correspondiente al período comprendido entre el 18 de abril y el 17 de mayo de 2026, en el marco de la ejecución del Convenio de Asociación No. 002 de 2026	1.00	1,890,000.00	1,890,000.00

Elaborado por Siigo S.A.S Nit: 630.048.145-8

Valor en Letras:

Un millón ochocientos noventa mil pesos m/cte

Condiciones de Pago:

Efectivo \$ 1,890,000.00

Total Bruto	1,890,000.00
Total a Pagar	1,890,000.00

Observaciones:

A este Documento se le aplican las normas relativas del Documento Soporte en adquirentes efectuadas a sujetos no obligados a facturar (Resolución 167 de 30 de diciembre de 2021).
 Número Autorización 18764102291617 aprobado en 20251129 prefijo DSF desde el número 201 al 600 Vigencia: 24 meses.

CUDS: cc9e1aa6762aa50c4acb97e701d8384327ad22997f8b78c58e91e426bfb34299729f60aaf09a39b9607bdabba3e6700

1. Introduction

The purpose of this study is to investigate the effects of various factors on the performance of the system.

The study is organized as follows:

Chapter 2 describes the methodology used in the study, including the experimental setup and data collection procedures.

Chapter 3 presents the results of the study, showing the performance metrics and the impact of the different factors.

Chapter 4 discusses the conclusions drawn from the study and provides recommendations for future research.

Finally, Chapter 5 provides a summary of the study and its contributions to the field.

The study is based on a comprehensive literature review and a series of experiments conducted over a period of six months.

The results of the study show that the performance of the system is significantly affected by the different factors, with the most significant impact being observed in the case of the first factor.

The study also shows that the performance of the system is generally higher when the first factor is present, and lower when it is absent.

These findings have important implications for the design and implementation of the system, and provide a basis for further research in this area.

The study is a contribution to the understanding of the factors that affect the performance of the system, and provides a valuable resource for researchers and practitioners alike.

The study is a result of the collaboration between the authors, and we would like to thank them for their support and assistance throughout the project.

The study is a result of the collaboration between the authors, and we would like to thank them for their support and assistance throughout the project.

The study is a result of the collaboration between the authors, and we would like to thank them for their support and assistance throughout the project.

The study is a result of the collaboration between the authors, and we would like to thank them for their support and assistance throughout the project.

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACION APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL



DATOS GENERALES DEL APORTANTE		DATOS GENERALES DE LA PLANILLA	
TIPO IDENTIFICACION:	CELEULA DE CIUDADANIA	TIPO DE PLANILLA:	INDIPENDIENTES
NOMBRE O RAZON SOCIAL:		FECHA DE PAGO:	2026
Ciudad/Departamento:		INDIPENDIENTES:	264897830
DIRECCION:			
Ciudad/Departamento:			
CL 9 # 649 B-1 DE MAYO			
TEL 5950900			
02-INDIPENDIENTE			
GLABE APORTANTE			
PRIVADA			
ACTIVO ECONOMICA:			
UNICO			
FORMA DE PRESENTACION:			
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENIA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			
NO			

ADMINISTRADORA		TOTAL APORTES A PENSION		SUBTOTALS:	
CODIGO	2203201-POVENIN	No. COTIZANTES	1	VALOR PAGO	\$ 280.200
NOMBRE		EMPLEADOR		TOTALES	\$ 280.200
		COTIZACION	\$ 280.200		

ADMINISTRADORA		TOTAL APORTES A SALUD		SUBTOTALS:	
CODIGO	ESSC24-COOSALUD ESS	No. COTIZANTES	1	VALOR PAGO	\$ 218.900
NOMBRE		EMPLEADOR		TOTALES	\$ 218.900
		COTIZACION	\$ 218.900		

ADMINISTRADORA		TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES		SUBTOTALS:	
CODIGO	14-23-POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS S.A	No. COTIZANTES	1	VALOR PAGO	\$ 9.200
NOMBRE		EMPLEADOR		TOTALES	\$ 9.200
		COTIZACION	\$ 9.200		

ADMINISTRADORA		TOTAL APORTES A SALUD		SUBTOTALS:	
CODIGO	1750-905	No. COTIZANTES	1	VALOR PAGO	\$ 508.300
NOMBRE		EMPLEADOR		TOTALES	\$ 508.300
		COTIZACION	\$ 508.300		

TOTAL PAGADO: \$ 508.300



Handwritten text, possibly a date or page number.

Main body of handwritten text, appearing to be a list or series of entries.

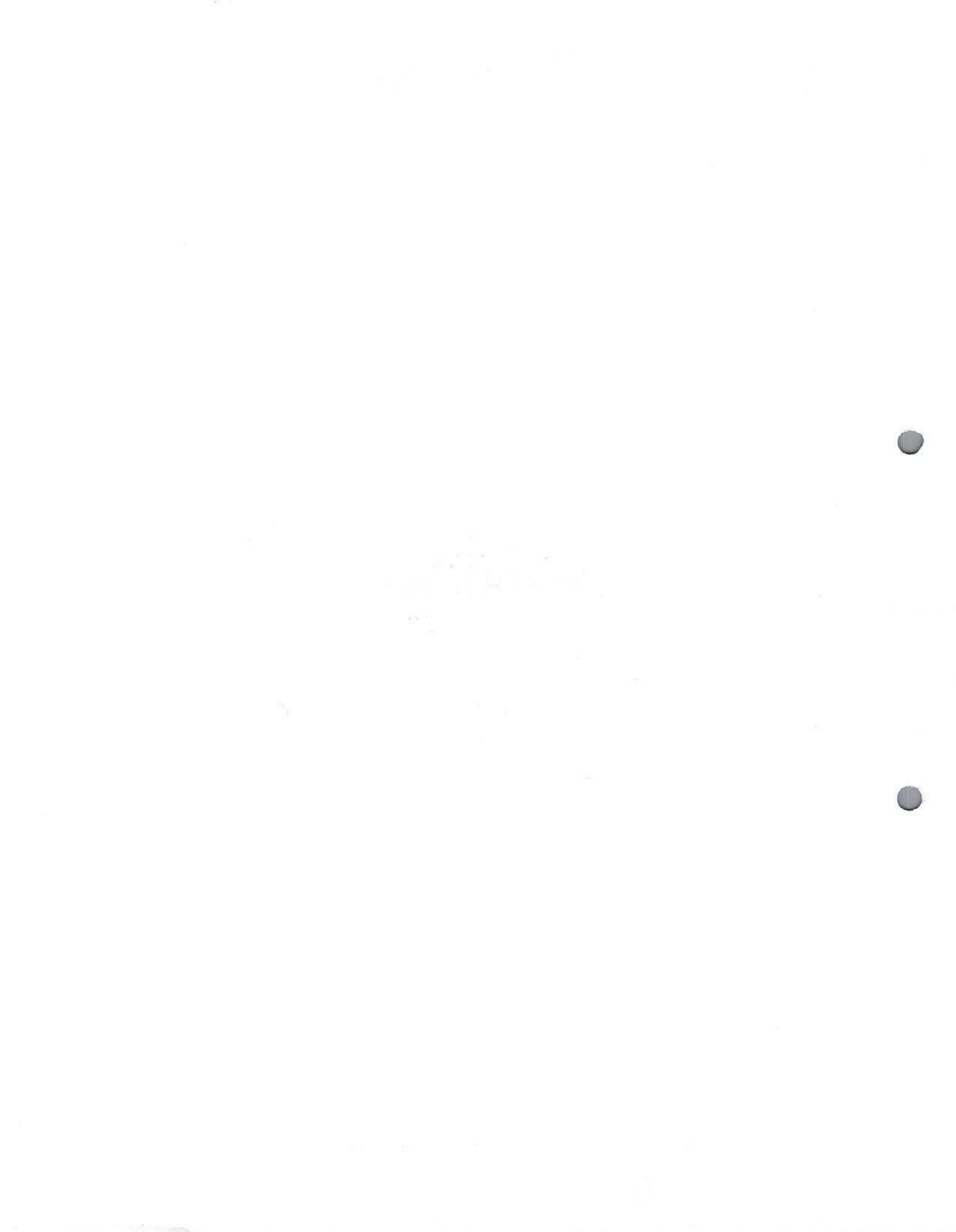
Second main body of handwritten text, continuing the list or entries.

Handwritten text at the bottom of the page, possibly a signature or footer.



CONSERJE No. 1





CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS No. 09 DE 2026

CONTRATANTE: FUNDACIÓN GESTIÓN SOCIAL – FUNGES
NIT: 900.556.022-3
REPRESENTANTE LEGAL: GUSTAVO ALEXIS SARMIENTO
C.C.: 96.194.978 expedida en Tame
CONTRATISTA: RIGOBERTO VAQUIRO CHAGUALA
C.C.: 17.546.862 expedida en Tame
OBJETO: Prestación de servicios como Conserje en el Centro de Bienestar del Adulto Mayor (CBAM).
UBICACIÓN: Municipio de Tame – Arauca
VALOR TOTAL: TRECE MILLONES DOSCIENTOS TREINTA MIL PESOS M/CTE (\$13.230.000)
VALOR MENSUAL: UN MILLÓN OCHOCIENTOS NOVENTA MIL PESOS M/CTE (\$1.890.000)
PLAZO: Siete (07) meses
FECHA DE INICIO: 18 de febrero de 2026
FECHA DE TERMINACIÓN: 17 de septiembre de 2026

Entre los suscritos GUSTAVO ALEXIS SARMIENTO, identificado con cédula de ciudadanía No. 96.194.978 expedida en Tame, quien actúa en calidad de Representante Legal de la FUNDACIÓN GESTIÓN SOCIAL – FUNGES, identificada con NIT 900.556.022-3, quien para efectos del presente contrato se denominará EL CONTRATANTE, y por la otra parte RIGOBERTO VAQUIRO CHAGUALA, identificado con cédula de ciudadanía No. 17.546.862 expedida en Tame, quien actúa en nombre propio y para efectos del presente contrato se denominará EL CONTRATISTA, ambos mayores de edad y con capacidad para contratar, han acordado celebrar el presente Contrato de Prestación de Servicios, el cual se registró por las siguientes cláusulas.

CONSIDERACIONES:

Que, para la prestación de servicios como Conserje en el Centro de Bienestar del Adulto Mayor (CBAM) mediante el Convenio de Asociación No. 002 de 2026 cuyo objeto es *"DESARROLLAR EL PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL A LA PERSONA MAYOR DEL MUNICIPIO DE TAME – DEPARTAMENTO DE ARAUCA"* suscrito entre la FUNDACIÓN GESTIÓN SOCIAL - FUNGES y el MUNICIPIO DE TAME, se hace necesaria la contratación de una persona que cumpla con los requisitos exigidos para desempeñar dichas actividades.

Debido a lo anterior, las partes acuerdan celebrar el presente contrato de conformidad con las siguientes cláusulas:

PRIMERA: Objeto del contrato. El CONTRATISTA se obliga para con el CONTRATANTE, de manera independiente y sin que exista subordinación o relación laboral alguna, a prestar sus servicios como Conserje en el Centro de Bienestar del Adulto Mayor (CBAM), realizando actividades de control de ingreso y salida de visitantes, vigilancia básica de las instalaciones, cuidado de zonas verdes y apoyo en la disposición de residuos, contribuyendo al adecuado funcionamiento del centro y al bienestar de los adultos mayores. Como contraprestación, el CONTRATANTE pagará al CONTRATISTA los honorarios establecidos en el presente contrato.

SEGUNDA: Plazo de Ejecución. El término de duración del presente contrato será de siete (07) meses, contados a partir del 18 de febrero de 2026 hasta el 17 de septiembre de 2026, plazo dentro del cual el CONTRATISTA ejecutará las actividades propias del objeto contractual.



TERCERA: Valor. El valor total del presente contrato es la suma de TRECE MILLONES DOSCIENTOS TREINTA MIL PESOS M/CTE (\$13.230.000), suma que será pagada por el CONTRATANTE al CONTRATISTA a título de honorarios, de acuerdo con la forma de pago establecida en el presente contrato y previa certificación de cumplimiento por parte del supervisor.

CUARTA. Forma de Pago. El valor del presente contrato será pagado por el CONTRATANTE al CONTRATISTA mediante siete (07) pagos mensuales vencidos, cada uno por valor de UN MILLÓN OCHOCIENTOS NOVENTA MIL PESOS M/CTE (\$1.890.000), previa verificación del cumplimiento de las actividades contractuales por parte del CONTRATANTE y acreditación del pago de los aportes al Sistema de Seguridad Social Integral conforme a la normatividad vigente.

Parágrafo. Los pagos establecidos en el presente contrato estarán sujetos a la disponibilidad y desembolso efectivo de los recursos provenientes del Convenio de Asociación No. 002 de 2026 suscrito entre la FUNDACIÓN GESTIÓN SOCIAL – FUNGES y el Municipio de Tame.

QUINTA: Seguridad Social. El CONTRATISTA declara que realizará de manera independiente los aportes al Sistema de Seguridad Social Integral en salud, pensión y riesgos laborales, de conformidad con la normatividad vigente en Colombia. Para efectos del pago de los honorarios pactados en el presente contrato, el CONTRATISTA deberá acreditar el pago de dichos aportes correspondientes al período ejecutado.

SEXTA: Subcontratación. El CONTRATISTA no podrá ceder ni subcontratar total o parcialmente la ejecución del objeto del presente contrato sin la autorización previa, expresa y escrita del CONTRATANTE.

Parágrafo. En todo caso, el CONTRATISTA será el único responsable por la correcta ejecución de las actividades contratadas y mantendrá indemne al CONTRATANTE frente a cualquier reclamación, demanda o acción legal que pudiera presentarse con ocasión de la ejecución del presente contrato.

SÉPTIMA: Obligaciones Del Contratista. El CONTRATISTA se obliga a ejecutar el Objeto del Contrato, razón por la cual tendrá las siguientes obligaciones:

1. Realizar el control del ingreso y egreso de visitantes y del personal que desarrolla actividades en el Centro de Bienestar del Adulto Mayor (CBAM), verificando el documento de identidad y registrando la información correspondiente en el libro de bitácora.
2. Realizar recorridos de control y vigilancia por las instalaciones del CBAM, especialmente en horario nocturno, con el fin de garantizar la seguridad del lugar.
3. Implementar controles para la protección de los bienes del centro, verificando y registrando los elementos o equipos que ingresen o salgan de las instalaciones.
4. Realizar el mantenimiento básico y cuidado de las zonas verdes al interior y exterior del CBAM.
5. Permanecer atento a cualquier novedad relacionada con los adultos mayores, informando oportunamente al personal responsable para garantizar su seguridad y bienestar.
6. Cumplir con el cronograma establecido para la disposición y eliminación de residuos y reciclaje.
7. Informar oportunamente al coordinador o supervisor del contrato cualquier novedad relacionada con la seguridad de las instalaciones o el funcionamiento del centro.
8. Las demás actividades que le sean asignadas por el supervisor del contrato y que sean inherentes al objeto de este.



Parágrafo 1: El CONTRATISTA ejecutará el objeto del presente contrato con plena autonomía técnica, administrativa y operativa, utilizando sus propios medios, recursos y conocimientos, sin que exista subordinación o dependencia respecto de EL CONTRATANTE; en consecuencia, el CONTRATISTA asumirá bajo su exclusiva responsabilidad los riesgos, gastos y obligaciones derivados de la ejecución del contrato.

Parágrafo 2: El CONTRATISTA además de las obligaciones del contrato deberá: 1. Obrar con seriedad y diligencia en el servicio contratado, 2. Presentar evidencias o soportes de las actividades realizadas, tales como registros, formatos o material fotográfico, cuando sean requeridos por el CONTRATANTE, 3. Atender las solicitudes y recomendaciones que haga el CONTRATANTE o sus delegados, con la mayor prontitud. 4. Permitir que el CONTRATANTE o un delegado haga visitas a las instalaciones del CONTRATISTA o el sitio que esté desarrollando las actividades. 5. Pago de los aportes al Sistema de Seguridad Social en salud, pensión y riesgos laborales, conforme a la normatividad vigente.

OCTAVA: Obligaciones del CONTRATANTE: Además de las obligaciones propias del contrato de prestación de servicios, el CONTRATANTE se compromete a suministrar al CONTRATISTA la información necesaria para el desarrollo de las actividades objeto del contrato, facilitar la coordinación con el personal del Centro de Bienestar del Adulto Mayor (CBAM) y efectuar el pago de los honorarios en los términos establecidos en el presente contrato.

NOVENA. Supervisión. El CONTRATANTE o su representante supervisará la ejecución del servicio encomendado y podrá formular las observaciones del caso para ser analizadas en conjunto con el CONTRATISTA.

DÉCIMA: Terminación anticipada. Cualquiera de las partes podrá dar por terminado el presente contrato antes del vencimiento del plazo pactado, mediante comunicación escrita dirigida a la otra parte. En todo caso, el CONTRATANTE podrá darlo por terminado de manera unilateral cuando se presenten circunstancias que afecten la ejecución del objeto contractual, por incumplimiento de las obligaciones del CONTRATISTA o por terminación o modificación del convenio que da origen al presente contrato.

DÉCIMA PRIMERA: 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.

DÉCIMA SEGUNDA: Inexistencia de relación laboral. Las partes dejan expresa constancia de que el presente contrato es de naturaleza civil y no genera relación laboral alguna entre el CONTRATANTE y el CONTRATISTA. En consecuencia, el CONTRATISTA actuará con plena autonomía técnica y administrativa en la ejecución de las actividades contratadas y no tendrá derecho al reconocimiento de salarios, prestaciones sociales, indemnizaciones laborales ni demás derechos propios de un contrato de trabajo.

DÉCIMA TERCERA. 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 CUARTA: Solución de conflictos. Se acuerda que, de presentarse un conflicto entre las partes, en el marco del presente contrato, las partes deberán acudir en primera instancia a un centro de conciliación certificado.

DÉCIMA QUINTA: Modificaciones. Toda modificación, variación adición o prórroga del presente contrato, deberá constar por escrito, mediante OTRO SÍ, que suscribirán con la firma ambas partes contratantes.



Dirección: Calle 3 No. 7-28 Barrio El Manguito



Teléfono: 3208639029



gestionsocialfunges@gmail.com

Puerto Rondón – Arauca

DÉCIMA SEXTA: Domicilio contractual. Para el presente contrato se establece como domicilio contractual el municipio de Tame.

DÉCIMA SÉPTIMA: Declaración del CONTRATISTA. El CONTRATISTA declara bajo la gravedad de juramento que conoce la naturaleza jurídica del presente contrato de prestación de servicios y manifiesta que lo celebra con plena autonomía técnica, administrativa y financiera, sin que exista subordinación ni dependencia respecto del CONTRATANTE. En consecuencia, reconoce que no se genera vínculo laboral alguno ni derecho al pago de prestaciones sociales, indemnizaciones o beneficios propios de un contrato de trabajo. Así mismo, declara que asume de manera independiente las obligaciones tributarias, de seguridad social y demás cargas legales derivadas de la ejecución del presente contrato.

Para constancia, se firma en el municipio de Tame, Arauca, a los dieciocho (18) días del mes de febrero de 2026.

EL CONTRATANTE,

EL CONTRATISTA,


GUSTAVO ALEXIS SARMIENTO
C.C. 96.194.978 expedida en Tame
Representante Legal
FUNDACIÓN GESTIÓN SOCIAL – FUNGES


RIGOBERTO VAQUIRO CHAGUALA
C.C. 17.546.862 expedida en Tame



Dirección: Calle 3 No. 7-28 Barrio El Manguito



Teléfono: 3208639029



gestionsocialfunges@gmail.com

Puerto Rondón – Arauca

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva eps

1. TIPO DE PERSONA: A. Afiliado X B. Beneficiario X C. Afiliado beneficiario X D. Otro X

2. TIPO DE ASESORÍA: A. Asesoría X B. Asesoría X C. Asesoría X D. Otro X

3. TIPO DE ASESORÍA: A. Asesoría X B. Asesoría X C. Asesoría X D. Otro X

4. NOMBRE DEL BENEFICIARIO: VAQUIRO CHAGUALA RIGOBERTO

5. TIPO DE DOCUMENTO: CC - Cédula de Ciudadanía

6. NÚMERO DE DOCUMENTO: 17546862

7. TIPO DE DOCUMENTO: CC - Cédula de Ciudadanía

8. NÚMERO DE DOCUMENTO: 17546862

9. NACIONALIDAD: COLOMBIANO COLOMBIA ARAUCA TAME

10. FECHA DE NACIMIENTO: 27 8 1960

11. TIPO DE DOCUMENTO: 6

12. NÚMERO DE DOCUMENTO: 1890000

13. TIPO DE DOCUMENTO: SURA

14. NÚMERO DE DOCUMENTO: 321217194

15. DIRECCIÓN: CALLE 9 # 14 - 84 Barrio la Esperanza

16. LOCALIDAD: TAME

17. LOCALIDAD: ARAUCA

18. LOCALIDAD: 10855

19. TIPO DE DOCUMENTO: 19

20. NÚMERO DE DOCUMENTO: 10855

21. TIPO DE DOCUMENTO: 21

22. NÚMERO DE DOCUMENTO: 10855

23. TIPO DE DOCUMENTO: 23

24. NÚMERO DE DOCUMENTO: 10855

25. TIPO DE DOCUMENTO: 25

26. NÚMERO DE DOCUMENTO: 10855

27. TIPO DE DOCUMENTO: 27

28. NÚMERO DE DOCUMENTO: 10855

29. TIPO DE DOCUMENTO: 29

30. NÚMERO DE DOCUMENTO: 10855

31. TIPO DE DOCUMENTO: 31

32. NÚMERO DE DOCUMENTO: 10855

33. TIPO DE DOCUMENTO: 33

34. NÚMERO DE DOCUMENTO: 10855

35. TIPO DE DOCUMENTO: 35

36. NÚMERO DE DOCUMENTO: 10855

37. TIPO DE DOCUMENTO: 37

38. NÚMERO DE DOCUMENTO: 10855

39. TIPO DE DOCUMENTO: 39

40. NÚMERO DE DOCUMENTO: 10855

41. TIPO DE DOCUMENTO: 41

42. NÚMERO DE DOCUMENTO: 10855

43. TIPO DE DOCUMENTO: 43

44. NÚMERO DE DOCUMENTO: 10855

45. TIPO DE DOCUMENTO: 45

46. NÚMERO DE DOCUMENTO: 10855

47. TIPO DE DOCUMENTO: 47

48. NÚMERO DE DOCUMENTO: 10855

49. TIPO DE DOCUMENTO: 49

50. NÚMERO DE DOCUMENTO: 10855

51. TIPO DE DOCUMENTO: 51

52. NÚMERO DE DOCUMENTO: 10855

53. TIPO DE DOCUMENTO: 53

54. NÚMERO DE DOCUMENTO: 10855

55. TIPO DE DOCUMENTO: 55

56. NÚMERO DE DOCUMENTO: 10855

57. TIPO DE DOCUMENTO: 57

58. NÚMERO DE DOCUMENTO: 10855

59. TIPO DE DOCUMENTO: 59

60. NÚMERO DE DOCUMENTO: 10855

61. TIPO DE DOCUMENTO: 61

62. NÚMERO DE DOCUMENTO: 10855

63. TIPO DE DOCUMENTO: 63

64. NÚMERO DE DOCUMENTO: 10855

rigoberto vaquiro

nueva eps

Recibido por 24 2 2026



LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

CERTIFICA QUE:

RIGOBERTO VAQUIRO CHAGUALA identificado con CC. 17546862 registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales:

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE			
Nombres y/o Razón	FUNDACION GESTION SOCIAL		
Tipo y Numero de Documento	NI - 900556022		
INFORMACIÓN RELACIÓN LABORAL			
Fecha de inicio de cobertura	2026/03/04	Fecha inicio contrato	2026/02/18
Tipo de vinculación	Independiente con Contrato	Fecha de fin contrato	2026/09/17
Riesgo	1	Código actividad económica	1881001 - Actividades de asistencia social sin alojamiento para personas mayores y discapacitadas, incluye los servicios
Estado afiliación	Activa	Estado del contrato	Activa
Fecha retiro	-		

Esta certificación se expide a los 3 días del mes de marzo 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: **CC03032026R17546862C11932492**. Este código es válido por un mes.

Cordialmente,

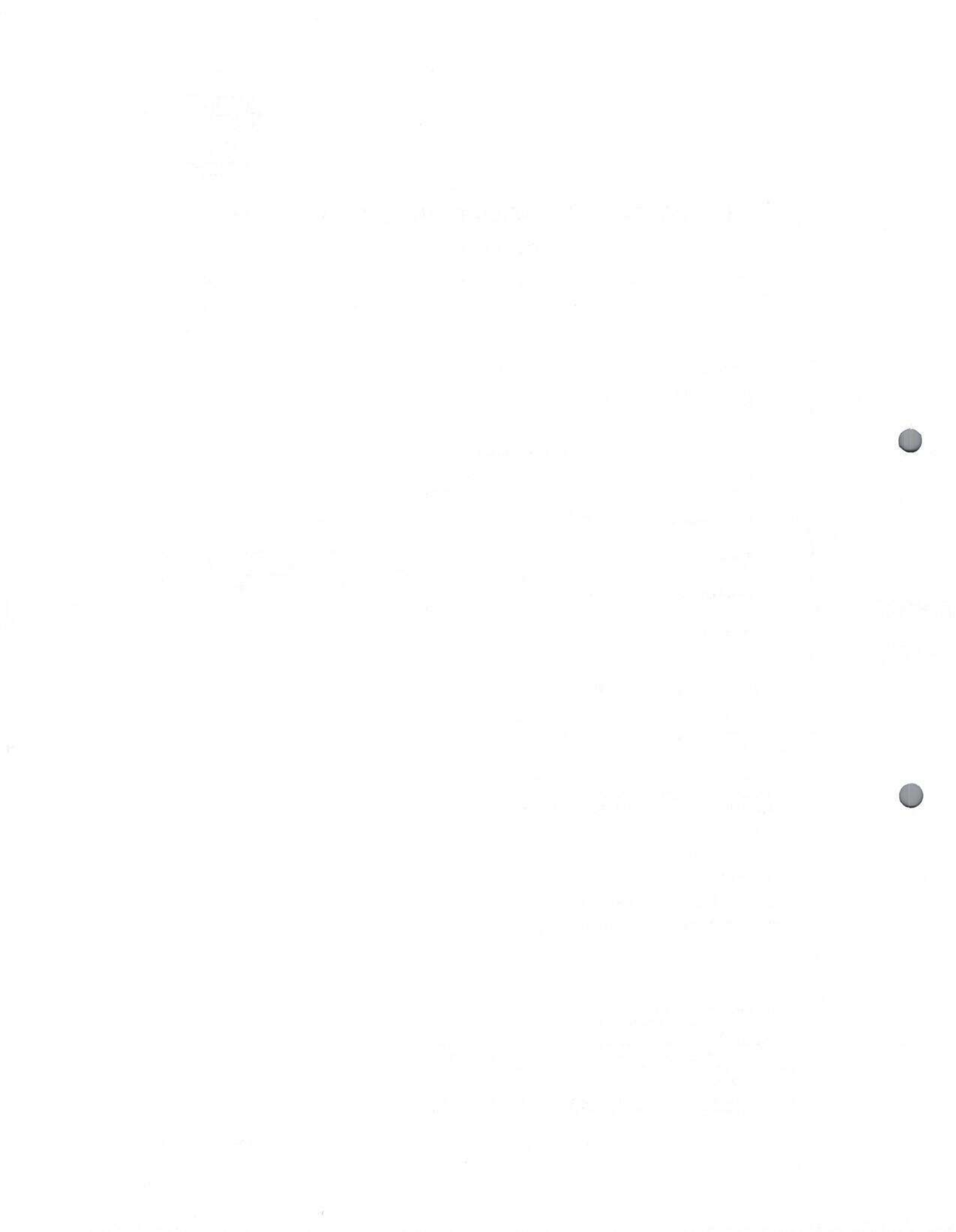
Gerencia de afiliaciones y novedades ARL
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S. A.

Positiva Compañía de Seguros S.A.:
 Nit. 860.011.153-6 | Línea Gratuita Nacional: (+57) 01-8000-111-170 - Teléfono: +57 (601) 330 7000

Defensor del Consumidor Financiero: Ana María Giraldo (Principal) - Pablo Valencia(Suplente) |
 defensordelcliente@positiva.gov.co | Carrera 10 #97A - 13, Oficina 502. Bogotá | +57 (601) 610 8164 |
 Lunes a Viernes 8:00 a. m. - 6:00 p. m. | El Defensor, resolverá las quejas o reclamos, actuará como
 Conciliador ante Positiva.

Más información: <https://www.positiva.gov.co/web/guest/defensoria-del-consumidor>
 Puedes interponer una queja ante Positiva, o el Defensor, o la SFC u otro organismo de

LA ASEGURADORA
 DE TODOS LOS
 COLOMBIANOS



CERTIFICACION

*El suscripto Contador Público **HECTOR JAVIER VAGEON GALVIS** Identificado con cedula de ciudadanía N° 1.116.853.441 de Arauca certifica Que el señor, RIGOBERTO VAQUIRO CHAGUALA, identificado con Cedula de ciudadanía No 17.546.862 expedida en Tame - Arauca, de profesión empleado, con domicilio en la Cll 9 # 14 - 84 barrio Esperanza, Municipio de Tame, departamento de Arauca. Celular 3212171794.*

en el régimen de ahorro individual con solidaridad la norma que regula la exclusión del deber de cotizar a pensión es el artículo 61 de la Ley 100 de 1993, Teniendo en cuenta lo anterior, no se debe efectuar descuento alguno por concepto de aportes a pensión porque ya cumplieron la edad de vejez.

Este documento se expide basado en la ley 100 de 1993 municipio de Tame, el 04 de mayo de 2026.


HECTOR JAVIER VAGEON GALVIS
CONTADOR PÚBLICO
T.P 180344-T

THE UNIVERSITY OF CHICAGO
DEPARTMENT OF CHEMISTRY
5800 S. UNIVERSITY AVENUE
CHICAGO, ILLINOIS 60637

RESEARCH REPORT

BY
JAMES H. HARRIS
AND
ROBERT M. WAYNE

RECEIVED
MAY 15 1963

CHICAGO, ILLINOIS

CHICAGO, ILLINOIS

CHICAGO, ILLINOIS

REPUBLICA DE COLOMBIA
 IDENTIFICACION PERSONAL
 CEDULA DE CIUDADANIA
 1.116.853.441

Nombre: VAGDON GALVIS
 Apellido: HECTOR JAVIER

HECTOR VAGDON



Ministerio de Comercio
 JUNTA CENTRAL DE CONTADORES
 TARJETA PROFESIONAL
 DE CONTADOR PUBLICO

180344-T

HECTOR JAVIER
 VAGDON GALVIS
 C.C. 1116853441

RESOLUCION INS-03/2013 335 FECHA 25/07/2013
 UNIVERSIDAD COLOMBIANA TIVA DE COLOMBIA

Presidente: *Luis Eduardo Poreiro Vargas*
 LUIS EDUARDO POREIRO VARGAS 190968



FECHA DE NACIMIENTO: 30-SEP-1987
TAME
 (ARAUCA)

LUGAR DE NACIMIENTO: 1.72 O+ N
 ESTATURA: 5.6.7m

15-OCT-2005 ARAUCA
 FECHA Y LUGAR DE EMISION

Nombre: LINDA



P:4200100-0010701-04 1116853441-20001200 8891910408 02 10078423

109005

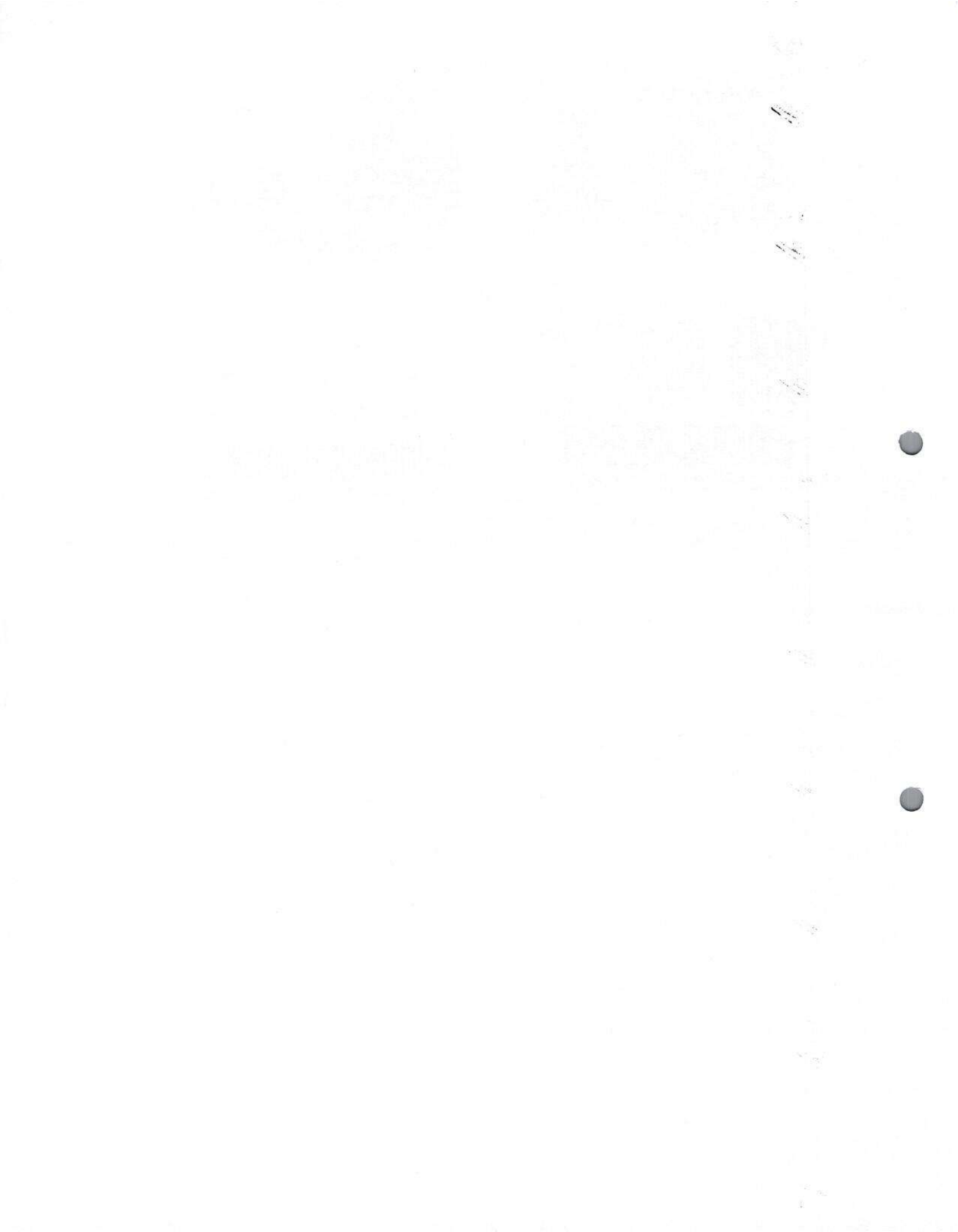
Esta tarjeta es el unico documento que lo acredita como
 CONTADOR PUBLICO de acuerdo con lo establecido en
 el Art. 43 de 1990.

Agradecemos a quien encuentre esta tarjeta comunicarse
 al P.O. BOX 604 de 90 o Revolucion 6 de la UME - Junta Central de
 Contadores a la calle 96 No. 9A - 77 Bogota D.C.



www.ujcc.com

VALIDO PARA FUNCIONAR



UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL

JUNTA CENTRAL DE CONTADORES



Certificado No:

B 0 0 8 4 0 2 9 B E C 5 A 9 F 0

LA REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE COMERCIO, INDUSTRIA Y TURISMO
UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL
JUNTA CENTRAL DE CONTADORES

CERTIFICA A:
QUIEN INTERESE

Que el contador público **HECTOR JAVIER VAGEON GALVIS** identificado con CÉDULA DE CIUDADANÍA No 1116853441 de ARAUCA (ARAUCA) Y Tarjeta Profesional No 180344-T SI tiene vigente su inscripción en la Junta Central de Contadores y desde la fecha de Inscripción.

NO REGISTRA ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS *****

Dado en BOGOTA a los 6 días del mes de Marzo de 2026 con vigencia de (3) Meses, contados a partir de la fecha de su expedición.

Sandra Milena Barrios Pulido
SANDRA MILENA BARRIOS PULIDO
DIRECTOR GENERAL

ESTE CERTIFICADO DIGITAL TIENE PLENA VALIDEZ DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTICULO 2 DE LA LEY 527 DE 1999, DECRETO UNICO REGLAMENTARIO 1074 DE 2015 Y ARTICULO 6 PARAGRAFO 3 DE LA LEY 962 DEL 2005

Para confirmar los datos y veracidad de este certificado, lo puede consultar en la página web www.jcc.gov.co digitando el número del certificado



Faint, illegible text at the top center of the page, possibly a header or title.

Several lines of faint, illegible text in the middle section of the page.

A block of faint, illegible text in the lower middle section of the page.

Another block of faint, illegible text in the lower middle section of the page.

A line of faint, illegible text in the lower middle section of the page.

A block of faint, illegible text in the lower section of the page.

A final line of faint, illegible text at the bottom of the page.



FUNDACION GESTION SOCIAL
 Nit 900.556.022-3
 CALLE 3 7 28 URB LOS MANGOS
 Tel: (607) 3208639029
 Tame - Colombia



Documento soporte por compras a
 sujetos no obligados a facturar
No. DSF 263

Proveedor	RIGOBERTO VAQUIRO CHAGUALA		
NIT	17.546.862-8	Teléfono	(607) 0000000 - Ext. 000
Dirección	Calle 9ª # 14-84	Ciudad	Tame - Colombia

Fecha de compra	Fecha de Vencimiento
2026-04-01	--

Ítem	Descripción	Cantidad	Vr. Unitario	Vr. Total
1	Prestación de los servicios como Conserje en el Centro de Bienestar del Adulto Mayor (CBAM) del Municipio de Tame, correspondiente al período comprendido entre el 18 de febrero y el 17 de marzo de 2026, en el marco de la ejecución del Convenio de Asociación No. 002 de 2026	1.00	1,890,000.00	1,890,000.00

Valor en Letras:

Un millón ochocientos noventa mil pesos m/cte

Condiciones de Pago:

Efectivo \$ 1,890,000.00

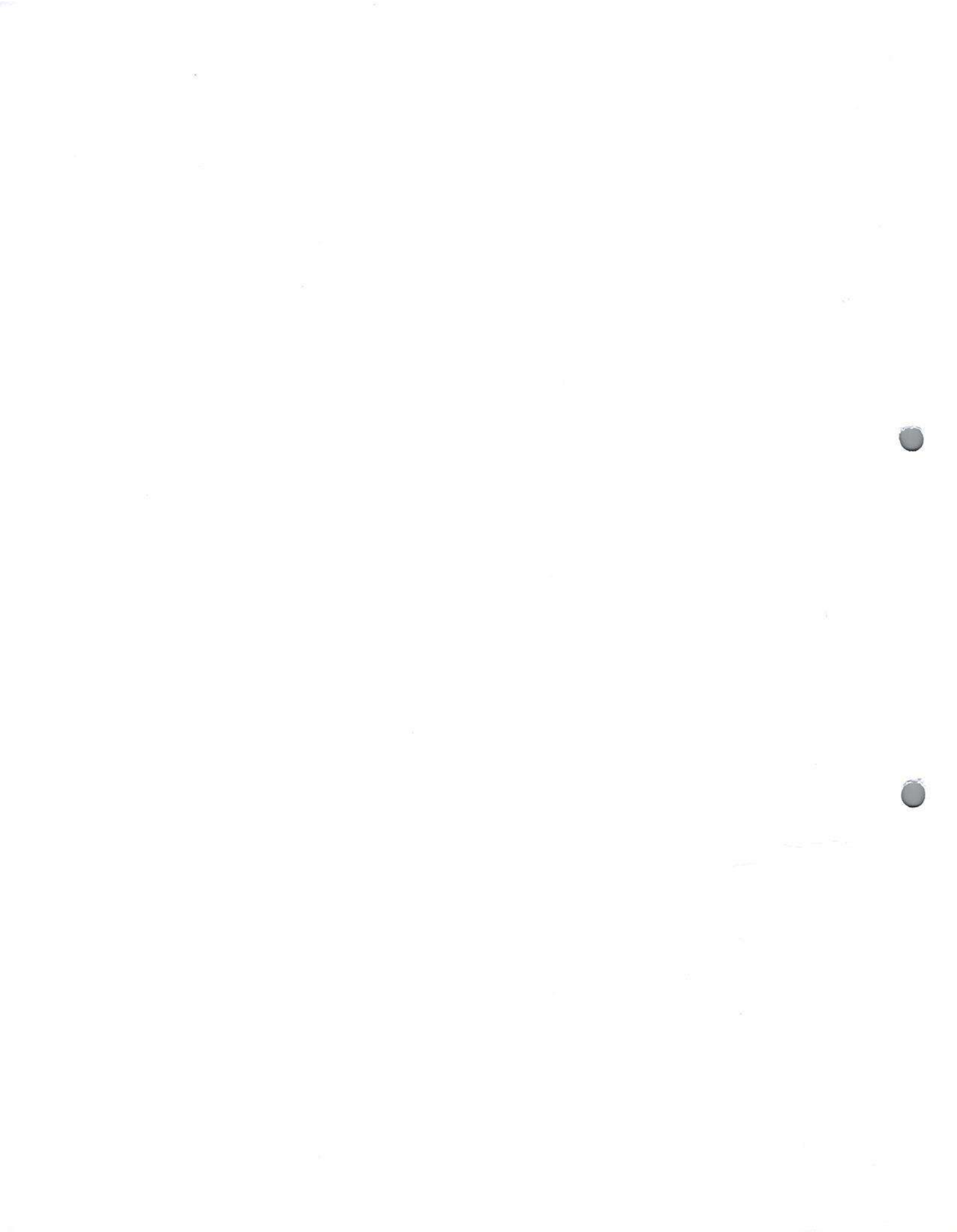
Total Bruto	1,890,000.00
Total a Pagar	1,890,000.00

Observaciones:

A este Documento se le aplican las normas relativas del Documento Soporte en adquirentes efectuadas a sujetos no obligados a facturar (Resolución 167 de 30 de diciembre de 2021).
 Número Autorización 18764102291617 aprobado en 20251129 prefijo DSF desde el número 201 al 600 Vigencia: Vigencia: 24 meses.

CUDS: aa7f0b7bc7fa5030de0b0377ec00b736cf74acdbc0c57658d98c3af4938b9381792f1e53f17e503524aad1aa74b58690

Elaborado por Siigo S.A.S Nit: 830.048.145-8







FUNDACION GESTION SOCIAL
 Nit 900.556.022-3
 CALLE 3 7 28 URB LOS MANGOS
 Tel: (607) 3208639029
 Tame - Colombia



Documento soporte por compras a
 sujetos no obligados a facturar
 No. DSF 277

Proveedor	RIGOBERTO VAQUIRO CHAGUALA		
Nit	17.546.862-8	Teléfono	(607) 0000000 - Ext. 000
Dirección	Calle 9ª # 14-84	Ciudad	Tame - Colombia

Fecha de compra	Fecha de Vencimiento
2026-04-17	--

Item	Descripción	Cantidad	Vr. Unitario	Vr. Total
1	Prestación de los servicios como Conserje en el Centro de Bienestar del Adulto Mayor (CBAM) del Municipio de Tame, correspondiente al período comprendido entre el 18 de marzo y el 17 de abril de 2026, en el marco de la ejecución del Convenio de Asociación No. 002 de 2026	1.00	1,890,000.00	1,890,000.00

Valor en Letras:

Un millón ochocientos noventa mil pesos m/cte

Condiciones de Pago:

Efectivo

\$ 1,890,000.00

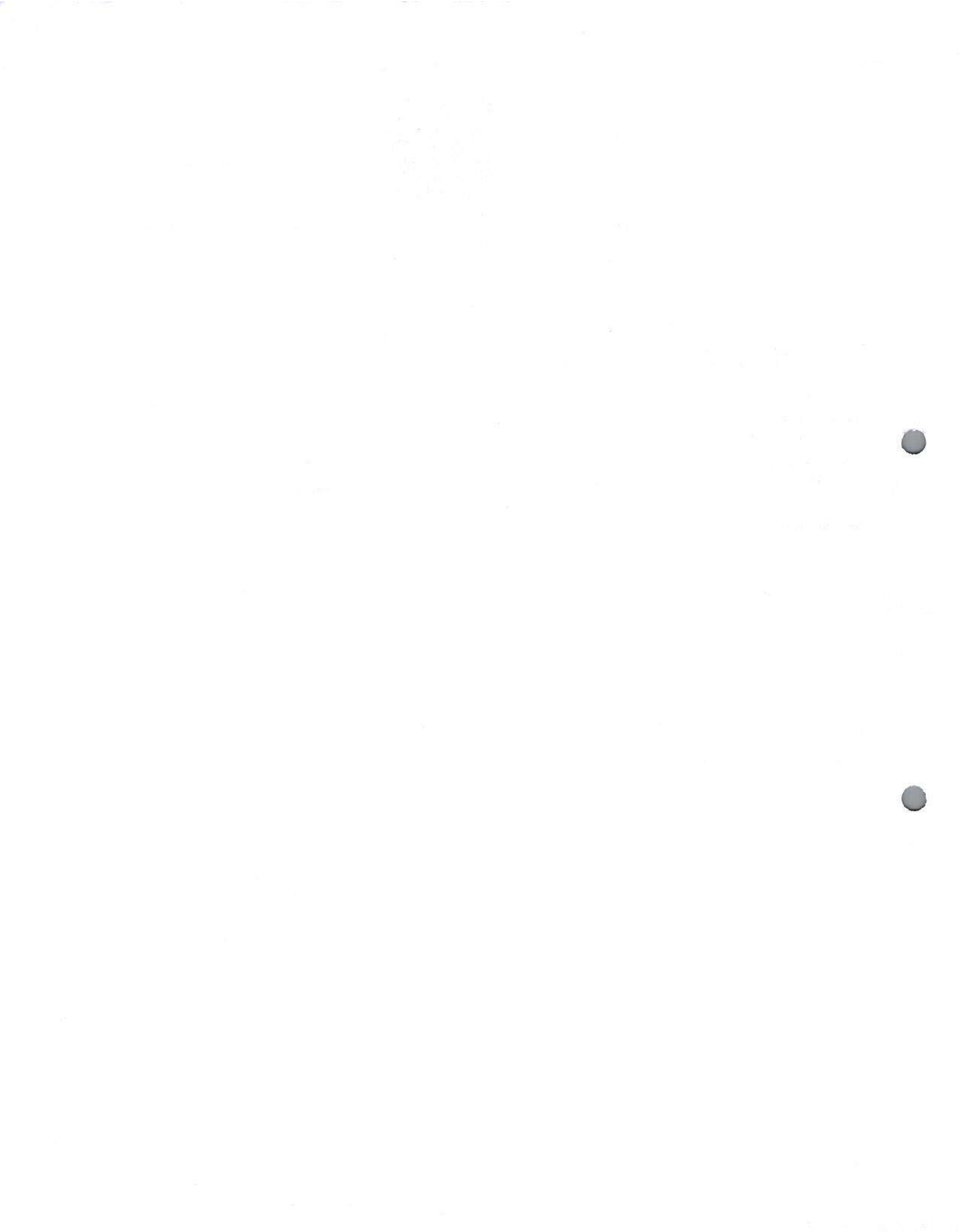
Total Bruto	1,890,000.00
Total a Pagar	1,890,000.00

Observaciones:

A este Documento se le aplican las normas relativas del Documento Soporte en adquirentes efectuadas a sujetos no obligados a facturar (Resolución 167 de 30 de diciembre de 2021).
 Número Autorización 18764102291617 aprobado en 20251129 prefijo DSF desde el número 01 al 600 Vigencia: Vigencia: 24 meses.

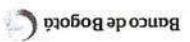
CUDS: adc7c7576c6006120755e0c295f1ac6d0c21797db9320743c14e5bb1de8d145fbc420c285fa1974c95d12ab1fd5a6655

Elaborado por Siigo S.A. S Nit: 830.048.145-8





PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES SOPORTE DE PAGO GENERAL



DATOS GENERALES DEL APORTANTE		DATOS GENERALES DE LA PLANILLA	
TIPO IDENTIFICACIÓN:	17546662	NÚMERO PLANILLA:	1113617430
CÉDULA DE CIUDADANÍA:	17546662	TIPO DE PLANILLA:	0
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:	RIGOBERTO VAQUINO CHAGALDO	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	2025
DIRECCIÓN:		FECHA FIN DE PERIODO AUTORIZACIÓN:	2026/04/09
DIRECCIÓN:		NÚMERO AUTORIZACIÓN:	
TAMÉ:		PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	2026
DEPARTAMENTO:		FECHA FIN DE PERIODO AUTORIZACIÓN:	2026/04/09
TELÉFONO:	CLT 21 11-26	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	2026
CLASE APORTANTE:	02 INDEPENDIENTE	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	2026
ACTIVIDAD ECONÓMICA:	PRIVADA	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	2026
FORMA DE PRESENTACIÓN:	INDIC	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	2026
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENEA E ICER (REFORMA TRIBUTARIA):	NO	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	2026

ADMINISTRADORA		TOTAL APORTES A SALUD	
NOMBRE:	NUEVA EPS CM	LIQUIDACIÓN:	\$ 0
Nº. COTIZANTES:	1	MORA:	\$ 218.900
NÚMERO AUTORIZACIÓN:		APORTES:	\$ 218.900
VALOR AUTORIZACIÓN:	\$ 0	MORA:	\$ 0
VALOR PLANILLA:	\$ 0	DESCUENTO:	\$ 0
VALOR AUTORIZACIÓN:	\$ 0	VALOR PAGADO:	\$ 218.900
VALOR PLANILLA:	\$ 0	TOTALES:	\$ 218.900

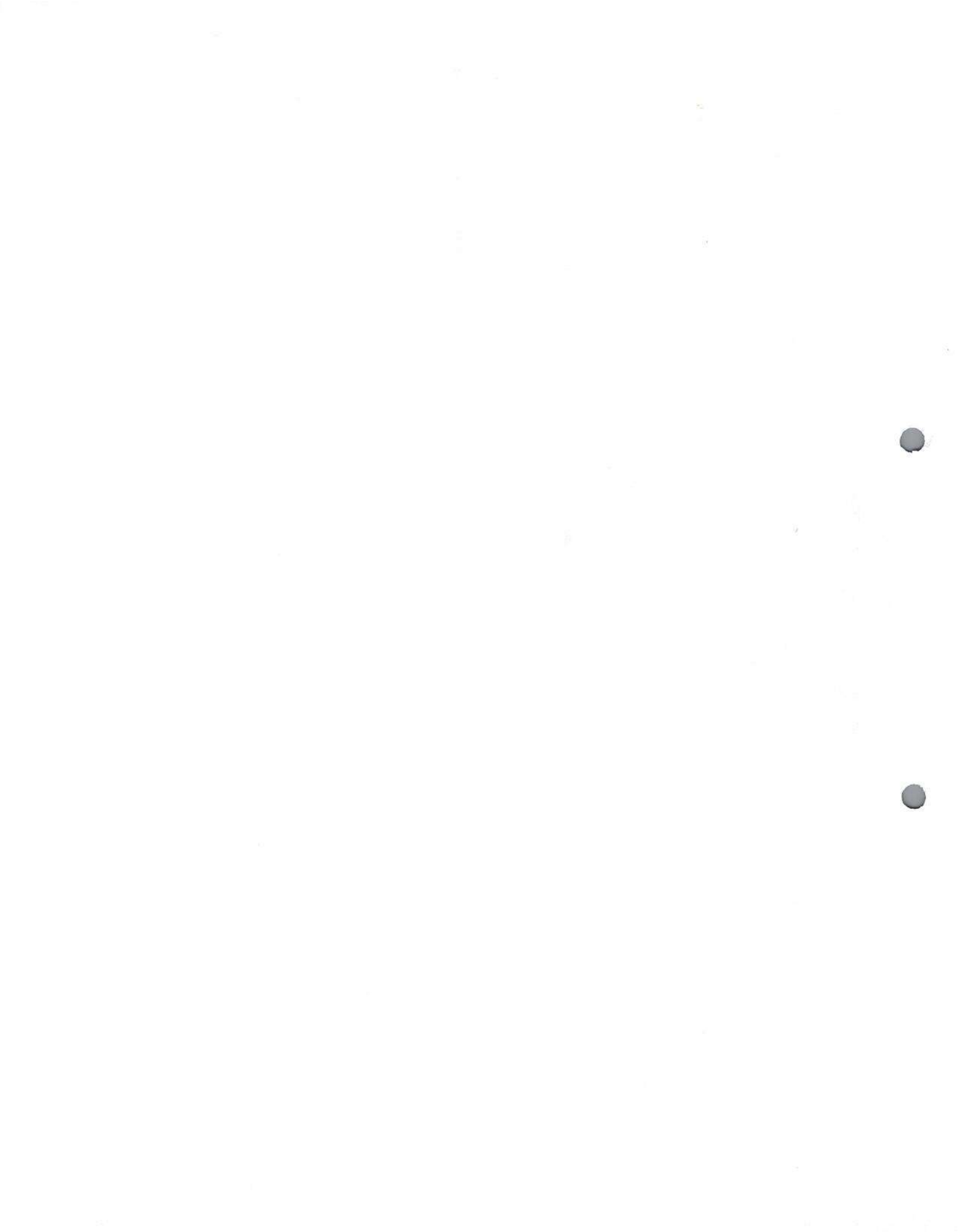
ADMINISTRADORA		TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES	
NOMBRE:	14-23 POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	LIQUIDACIÓN:	\$ 0
Nº. COTIZANTES:	1	APORTES:	\$ 9.200
NÚMERO AUTORIZACIÓN:		MORA:	\$ 9.200
VALOR AUTORIZACIÓN:	\$ 0	DESCUENTO:	\$ 0
VALOR PLANILLA:	\$ 0	VALOR PAGADO:	\$ 9.200
VALOR AUTORIZACIÓN:	\$ 0	TOTALES:	\$ 9.200

TOTAL PAGADO: \$ 228.100

DATOS DEL COTIZANTE		LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES	
Nº. IDENTIFICACIÓN:	17546662	SEGURO SOCIAL:	\$ 0
NOMBRE:	RIGOBERTO VAQUINO CHAGALDO	SALUD:	\$ 218.900
TIPO COTIZANTE:	02 INDEPENDIENTE	APORTES:	\$ 218.900
SALARIO:	\$ 1.750.905	MORA:	\$ 0
TIPO DE PLANILLA:	0	DESCUENTO:	\$ 0
PERIODO COTIZACIÓN:	2025	VALOR PAGADO:	\$ 218.900
FECHA FIN DE PERIODO AUTORIZACIÓN:	2026/04/09	TOTALES:	\$ 218.900



497





FUNDACION GESTION SOCIAL
 Nit 900.556.022-3
 CALLE 3 7 28 URB LOS MANGOS
 Tel: (607) 3208639029
 Tame - Colombia



Documento soporte por compras a
 sujetos no obligados a facturar
 No. DSF 294

Proveedor	RIGOBERTO VAQUIRO CHAGUALA		
Nit	17.546.862-8	Teléfono	(607) 0000000 - Ext. 000
Dirección	Calle 9ª # 14-84	Ciudad	Tame - Colombia

Fecha de compra	Fecha de Vencimiento
2026-05-19	--

Ítem	Descripción	Cantidad	Vr. Unitario	Vr. Total
1	Prestación de los servicios como Conserje en el Centro de Bienestar del Adulto Mayor (CBAM) del Municipio de Tame, correspondiente al período comprendido entre el 18 de abril y el 17 de mayo de 2026, en el marco de la ejecución del Convenio de Asociación No. 002 de 2026	1.00	1,890,000.00	1,890,000.00

Elaborado por Siigo S.A.S Nit: 630.048.145-8

Valor en Letras:

Un millón ochocientos noventa mil pesos m/cte

Condiciones de Pago:

Efectivo

\$ 1,890,000.00

Total Bruto	1,890,000.00
Total a Pagar	1,890,000.00

Observaciones:

A este Documento se le aplican las normas relativas del Documento Soporte en adquirentes efectuadas a sujetos no obligados a facturar (Resolución 167 de 30 de diciembre de 2021).
 Número Autorización 18764102291617 aprobado en 20251129 prefijo DSF desde el número 201 al 600 Vigencia: Vigencia: 24 meses.

CUDS: add4d309631db0dd00a8401e3bfa86e277b9f09e81a0def458ff7d3fe88a95615469c4e5b884172de5ced9f2cc26b200



10/10/10

10/10/10

10/10/10





CONSERJE No. 2



CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS No. 10 DE 2026

CONTRATANTE: FUNDACIÓN GESTIÓN SOCIAL – FUNGES
NIT: 900.556.022-3
REPRESENTANTE LEGAL: GUSTAVO ALEXIS SARMIENTO
C.C.: 96.194.978 expedida en Tame
CONTRATISTA: BRAULIO TARIFA PEREZ
C.C.: 17.548.613 expedida en Tame
OBJETO: Prestación de servicios como Conserje en el Centro de Bienestar del Adulto Mayor (CBAM).
UBICACIÓN: Municipio de Tame – Arauca
VALOR TOTAL: TRECE MILLONES DOSCIENTOS TREINTA MIL PESOS M/CTE (\$13.230.000)
VALOR MENSUAL: UN MILLÓN OCHOCIENTOS NOVENTA MIL PESOS M/CTE (\$1.890.000)
PLAZO: Siete (07) meses
FECHA DE INICIO: 18 de febrero de 2026
FECHA DE TERMINACIÓN: 17 de septiembre de 2026

Entre los suscritos GUSTAVO ALEXIS SARMIENTO, identificado con cédula de ciudadanía No. 96.194.978 expedida en Tame, quien actúa en calidad de Representante Legal de la FUNDACIÓN GESTIÓN SOCIAL – FUNGES, identificada con NIT 900.556.022-3, quien para efectos del presente contrato se denominará EL CONTRATANTE, y por la otra parte BRAULIO TARIFA PEREZ, identificado con cédula de ciudadanía No. 17.548.613 expedida en Tame, quien actúa en nombre propio y para efectos del presente contrato se denominará EL CONTRATISTA, ambos mayores de edad y con capacidad para contratar, han acordado celebrar el presente Contrato de Prestación de Servicios, el cual se registrará por las siguientes cláusulas.

CONSIDERACIONES:

Que, para la prestación de servicios como Conserje en el Centro de Bienestar del Adulto Mayor (CBAM) mediante el Convenio de Asociación No. 002 de 2026 cuyo objeto es "DESARROLLAR EL PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL A LA PERSONA MAYOR DEL MUNICIPIO DE TAME – DEPARTAMENTO DE ARAUCA" suscrito entre la FUNDACIÓN GESTIÓN SOCIAL - FUNGES y el MUNICIPIO DE TAME, se hace necesaria la contratación de una persona que cumpla con los requisitos exigidos para desempeñar dichas actividades.

Debido a lo anterior, las partes acuerdan celebrar el presente contrato de conformidad con las siguientes cláusulas:

PRIMERA: Objeto del contrato. El CONTRATISTA se obliga para con el CONTRATANTE, de manera independiente y sin que exista subordinación o relación laboral alguna, a prestar sus servicios como Conserje en el Centro de Bienestar del Adulto Mayor (CBAM), realizando actividades de control de ingreso y salida de visitantes, vigilancia básica de las instalaciones, cuidado de zonas verdes y apoyo en la disposición de residuos, contribuyendo al adecuado funcionamiento del centro y al bienestar de los adultos mayores. Como contraprestación, el CONTRATANTE pagará al CONTRATISTA los honorarios establecidos en el presente contrato.

SEGUNDA: Plazo de Ejecución. El término de duración del presente contrato será de siete (07) meses, contados a partir del 18 de febrero de 2026 hasta el 17 de septiembre de 2026, plazo dentro del cual el CONTRATISTA ejecutará las actividades propias del objeto contractual.



Dirección: Calle 3 No. 7-28 Barrio El Manguito



Teléfono: 3208639029



gestionalsocialfunges@gmail.com

Puerto Rondón – Arauca

TERCERA: Valor. El valor total del presente contrato es la suma de TRECE MILLONES DOSCIENTOS TREINTA MIL PESOS M/CTE (\$13.230.000), suma que será pagada por el CONTRATANTE al CONTRATISTA a título de honorarios, de acuerdo con la forma de pago establecida en el presente contrato y previa certificación de cumplimiento por parte del supervisor.

CUARTA. Forma de Pago. El valor del presente contrato será pagado por el CONTRATANTE al CONTRATISTA mediante siete (07) pagos mensuales vencidos, cada uno por valor de UN MILLÓN OCHOCIENTOS NOVENTA MIL PESOS M/CTE (\$1.890.000), previa verificación del cumplimiento de las actividades contractuales por parte del CONTRATANTE y acreditación del pago de los aportes al Sistema de Seguridad Social Integral conforme a la normatividad vigente.

Parágrafo. Los pagos establecidos en el presente contrato estarán sujetos a la disponibilidad y desembolso efectivo de los recursos provenientes del Convenio de Asociación No. 002 de 2026 suscrito entre la FUNDACIÓN GESTIÓN SOCIAL – FUNGES y el Municipio de Tame.

QUINTA: Seguridad Social. El CONTRATISTA declara que realizará de manera independiente los aportes al Sistema de Seguridad Social Integral en salud, pensión y riesgos laborales, de conformidad con la normatividad vigente en Colombia. Para efectos del pago de los honorarios pactados en el presente contrato, el CONTRATISTA deberá acreditar el pago de dichos aportes correspondientes al período ejecutado.

SEXTA: Subcontratación. El CONTRATISTA no podrá ceder ni subcontratar total o parcialmente la ejecución del objeto del presente contrato sin la autorización previa, expresa y escrita del CONTRATANTE.

Parágrafo. En todo caso, el CONTRATISTA será el único responsable por la correcta ejecución de las actividades contratadas y mantendrá indemne al CONTRATANTE frente a cualquier reclamación, demanda o acción legal que pudiera presentarse con ocasión de la ejecución del presente contrato.

SÉPTIMA: Obligaciones Del Contratista. El CONTRATISTA se obliga a ejecutar el Objeto del Contrato, razón por la cual tendrá las siguientes obligaciones:

1. Realizar el control del ingreso y egreso de visitantes y del personal que desarrolla actividades en el Centro de Bienestar del Adulto Mayor (CBAM), verificando el documento de identidad y registrando la información correspondiente en el libro de bitácora.
2. Realizar recorridos de control y vigilancia por las instalaciones del CBAM, especialmente en horario nocturno, con el fin de garantizar la seguridad del lugar.
3. Implementar controles para la protección de los bienes del centro, verificando y registrando los elementos o equipos que ingresen o salgan de las instalaciones.
4. Realizar el mantenimiento básico y cuidado de las zonas verdes al interior y exterior del CBAM.
5. Permanecer atento a cualquier novedad relacionada con los adultos mayores, informando oportunamente al personal responsable para garantizar su seguridad y bienestar.
6. Cumplir con el cronograma establecido para la disposición y eliminación de residuos y reciclaje.
7. Informar oportunamente al coordinador o supervisor del contrato cualquier novedad relacionada con la seguridad de las instalaciones o el funcionamiento del centro.
8. Las demás actividades que le sean asignadas por el supervisor del contrato y que sean inherentes al objeto de este.



Parágrafo 1: El CONTRATISTA ejecutará el objeto del presente contrato con plena autonomía técnica, administrativa y operativa, utilizando sus propios medios, recursos y conocimientos, sin que exista subordinación o dependencia respecto de EL CONTRATANTE; en consecuencia, el CONTRATISTA asumirá bajo su exclusiva responsabilidad los riesgos, gastos y obligaciones derivados de la ejecución del contrato.

Parágrafo 2: El CONTRATISTA además de las obligaciones del contrato deberá: 1. Obrar con seriedad y diligencia en el servicio contratado, 2. Presentar evidencias o soportes de las actividades realizadas, tales como registros, formatos o material fotográfico, cuando sean requeridos por el CONTRATANTE, 3. Atender las solicitudes y recomendaciones que haga el CONTRATANTE o sus delegados, con la mayor prontitud. 4. Permitir que el CONTRATANTE o un delegado haga visitas a las instalaciones del CONTRATISTA o el sitio que esté desarrollando las actividades. 5. Pago de los aportes al Sistema de Seguridad Social en salud, pensión y riesgos laborales, conforme a la normatividad vigente.

OCTAVA: Obligaciones del CONTRATANTE: Además de las obligaciones propias del contrato de prestación de servicios, el CONTRATANTE se compromete a suministrar al CONTRATISTA la información necesaria para el desarrollo de las actividades objeto del contrato, facilitar la coordinación con el personal del Centro de Bienestar del Adulto Mayor (CBAM) y efectuar el pago de los honorarios en los términos establecidos en el presente contrato.

NOVENA. Supervisión. El CONTRATANTE o su representante supervisará la ejecución del servicio encomendado y podrá formular las observaciones del caso para ser analizadas en conjunto con el CONTRATISTA.

DÉCIMA: Terminación anticipada. Cualquiera de las partes podrá dar por terminado el presente contrato antes del vencimiento del plazo pactado, mediante comunicación escrita dirigida a la otra parte. En todo caso, el CONTRATANTE podrá darlo por terminado de manera unilateral cuando se presenten circunstancias que afecten la ejecución del objeto contractual, por incumplimiento de las obligaciones del CONTRATISTA o por terminación o modificación del convenio que da origen al presente contrato.

DÉCIMA PRIMERA: 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.

DÉCIMA SEGUNDA: Inexistencia de relación laboral. Las partes dejan expresa constancia de que el presente contrato es de naturaleza civil y no genera relación laboral alguna entre el CONTRATANTE y el CONTRATISTA. En consecuencia, el CONTRATISTA actuará con plena autonomía técnica y administrativa en la ejecución de las actividades contratadas y no tendrá derecho al reconocimiento de salarios, prestaciones sociales, indemnizaciones laborales ni demás derechos propios de un contrato de trabajo.

DÉCIMA TERCERA. 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 CUARTA: Solución de conflictos. Se acuerda que, de presentarse un conflicto entre las partes, en el marco del presente contrato, las partes deberán acudir en primera instancia a un centro de conciliación certificado.

DÉCIMA QUINTA: Modificaciones. Toda modificación, variación adición o prórroga del presente contrato, deberá constar por escrito, mediante OTRO SÍ, que suscribirán con la firma ambas partes contratantes.





FUNDACIÓN GESTIÓN SOCIAL "FUNGES"
GESTIÓN COMPROBADA
NIT. 900556022-3

DÉCIMA SEXTA: Domicilio contractual. Para el presente contrato se establece como domicilio contractual el municipio de Tame.

DÉCIMA SÉPTIMA: Declaración del CONTRATISTA. El CONTRATISTA declara bajo la gravedad de juramento que conoce la naturaleza jurídica del presente contrato de prestación de servicios y manifiesta que lo celebra con plena autonomía técnica, administrativa y financiera, sin que exista subordinación ni dependencia respecto del CONTRATANTE. En consecuencia, reconoce que no se genera vínculo laboral alguno ni derecho al pago de prestaciones sociales, indemnizaciones o beneficios propios de un contrato de trabajo. Así mismo, declara que asume de manera independiente las obligaciones tributarias, de seguridad social y demás cargas legales derivadas de la ejecución del presente contrato.

Para constancia, se firma en el municipio de Tame, Arauca, a los dieciocho (18) días del mes de febrero de 2026.

EL CONTRATANTE,

EL CONTRATISTA,

GUSTAVO ALEXIS SARMIENTO
C.C. 96.194.978 expedida en Tame
Representante Legal
FUNDACIÓN GESTIÓN SOCIAL – FUNGES

BRAULIO TARIFA PEREZ
C.C. 17.548.613 expedida en Tame



Dirección: Calle 3 No. 7-28 Barrio El Manguito



Teléfono: 3208639029



gestionsocialfunges@gmail.com

Puerto Rondón – Arauca

FÓRMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva eps

24 2 2026

1. TIPO DE TRÁMITE
 1.1. TIPO DE TRÁMITE: A. Afiliación B. Modificación C. Cancelación D. Otros
 1.2. TIPO DE TRÁMITE: E. Inicial F. Modificación G. Cancelación H. Otros
 1.3. TIPO DE TRÁMITE: I. Inicial J. Modificación K. Cancelación L. Otros

2. DATOS PERSONALES
 2.1. NOMBRE: PEREZ BRAULIO
 2.2. IDENTIFICACION: CC - Cédula de Ciudadanía
 2.3. IDENTIFICACION: 17548613
 2.4. IDENTIFICACION: ARAUCA
 2.5. IDENTIFICACION: TAME
 2.6. IDENTIFICACION: 15 12 1964

3. DATOS DE CONTACTO
 3.1. DISTRITO: PORVENIR
 3.2. LOCALIDAD: CALLE 15 # 1-14 Barrio Juvenil Araucano
 3.3. TELÉFONO: 1890000
 3.4. CORREO: brauliofeperez1@gmail.com
 3.5. IDENTIFICACION: ARAUCA
 3.6. IDENTIFICACION: 10855

4. DATOS DE IDENTIFICACION DE LA INSTITUCION DE SEGURIDAD SOCIAL - COPIA DE IDENTIFICACION DE LA INSTITUCION DE SEGURIDAD SOCIAL

5. DATOS DE IDENTIFICACION DE LA INSTITUCION DE SEGURIDAD SOCIAL - COPIA DE IDENTIFICACION DE LA INSTITUCION DE SEGURIDAD SOCIAL

6. DATOS DE IDENTIFICACION DE LA INSTITUCION DE SEGURIDAD SOCIAL - COPIA DE IDENTIFICACION DE LA INSTITUCION DE SEGURIDAD SOCIAL

7. DATOS DE IDENTIFICACION DE LA INSTITUCION DE SEGURIDAD SOCIAL - COPIA DE IDENTIFICACION DE LA INSTITUCION DE SEGURIDAD SOCIAL

8. DATOS DE IDENTIFICACION DE LA INSTITUCION DE SEGURIDAD SOCIAL - COPIA DE IDENTIFICACION DE LA INSTITUCION DE SEGURIDAD SOCIAL

9. DATOS DE IDENTIFICACION DE LA INSTITUCION DE SEGURIDAD SOCIAL - COPIA DE IDENTIFICACION DE LA INSTITUCION DE SEGURIDAD SOCIAL

10. DATOS DE IDENTIFICACION DE LA INSTITUCION DE SEGURIDAD SOCIAL - COPIA DE IDENTIFICACION DE LA INSTITUCION DE SEGURIDAD SOCIAL

11. DATOS DE IDENTIFICACION DE LA INSTITUCION DE SEGURIDAD SOCIAL - COPIA DE IDENTIFICACION DE LA INSTITUCION DE SEGURIDAD SOCIAL

12. DATOS DE IDENTIFICACION DE LA INSTITUCION DE SEGURIDAD SOCIAL - COPIA DE IDENTIFICACION DE LA INSTITUCION DE SEGURIDAD SOCIAL

13. DATOS DE IDENTIFICACION DE LA INSTITUCION DE SEGURIDAD SOCIAL - COPIA DE IDENTIFICACION DE LA INSTITUCION DE SEGURIDAD SOCIAL

14. DATOS DE IDENTIFICACION DE LA INSTITUCION DE SEGURIDAD SOCIAL - COPIA DE IDENTIFICACION DE LA INSTITUCION DE SEGURIDAD SOCIAL

15. DATOS DE IDENTIFICACION DE LA INSTITUCION DE SEGURIDAD SOCIAL - COPIA DE IDENTIFICACION DE LA INSTITUCION DE SEGURIDAD SOCIAL

16. DATOS DE IDENTIFICACION DE LA INSTITUCION DE SEGURIDAD SOCIAL - COPIA DE IDENTIFICACION DE LA INSTITUCION DE SEGURIDAD SOCIAL

17. DATOS DE IDENTIFICACION DE LA INSTITUCION DE SEGURIDAD SOCIAL - COPIA DE IDENTIFICACION DE LA INSTITUCION DE SEGURIDAD SOCIAL

18. DATOS DE IDENTIFICACION DE LA INSTITUCION DE SEGURIDAD SOCIAL - COPIA DE IDENTIFICACION DE LA INSTITUCION DE SEGURIDAD SOCIAL

19. DATOS DE IDENTIFICACION DE LA INSTITUCION DE SEGURIDAD SOCIAL - COPIA DE IDENTIFICACION DE LA INSTITUCION DE SEGURIDAD SOCIAL

20. DATOS DE IDENTIFICACION DE LA INSTITUCION DE SEGURIDAD SOCIAL - COPIA DE IDENTIFICACION DE LA INSTITUCION DE SEGURIDAD SOCIAL

Braulio tarifa.

nueva eps

Recibo por 24 2 2026

ENTREGA CARTA DE DERECHOS Y DEBERES Y CARTA DE DESEMPEÑO

nueva
eps

Grupo Saludarma y más
CALLE 150 # 14-13

Autorización de mensajes de texto. (Código interno control número de 2013)

Yo BRAULIO TARIFA PEREZ	identificado (2) con CC - Cédula de Ciudadanía	
Número 17548613 de COLOMBIA	certifico que:	
1. ¿Puede el diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la carta de derechos y deberes del afiliado y del paciente?	SI <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Así, mis representantes a NUEVA EPS, para que envíe información al: operador celular No: _____ y/o correo electrónico: _____ SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Autorizo la entrega de la carta de Derechos y Deberes del Afiliado y carta de Desempeño, en formato electrónico. SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Consulte la carta de derechos y deberes y la carta de desempeño en el sitio Web (Web) www.nuevaeps.com.co/carta-derechos-deberes y/o correo electrónico para ser emagado con el celular. SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
2. ¿Puede el diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la carta de afiliación donde se presenta de manera clara su posición en el ranking?	SI <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
3. ¿Llegó al contenido de la carta de derechos y deberes del afiliado y del paciente?	SI <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
4. ¿Llegó al contenido de la carta de desempeño de la EPS?	SI <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
5. ¿Se hizo alguna duda sobre el contenido de la información fue resuelto adecuadamente por la EPS?	SI <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	

Compromiso

Firma: **Braulio tarifa**
 Tipo ID: CC - Cédula No. ID: **17548613**
 Fecha de Solicitud: **24/2/2026**
 Dirección: **CALLE 15 # 1-14 Barrio Juvenal Araucano**
 Tel.: **3172365181** Municipio: **TAME**
 Departamento: **ARAUCA**

Afiliado manifiesta que no sabe o no puede firmar, autoriza a:

Firma: _____
 Tipo ID: _____ No. ID: _____
 Fecha (dd/mm/aaaa): _____
 Dirección: _____
 Tel.: _____ Municipio: _____
 Departamento: _____

Autorizaciones

En virtud de la anterior autorización, autorizo expresamente y por única vez a los dispositivos en los artículos 14 y 15 de la Ley 1272 de 1995, a NUEVA EPS S.A. para que me envíe información en forma de mensajes de texto, a través de mi número celular, sobre: (1) Información sobre el afiliado afiliado y (2) Información sobre los servicios de NUEVA EPS S.A. y la carta de derechos y deberes.

Autorizo de manera expresa a NUEVA EPS S.A. y a la persona natural o jurídica a quien está encargada para que recolecte, almacene, use, haga circular, actualice y repare mis datos personales para acceder a los servicios de la NUEVA EPS S.A. y para cumplir con la carta de derechos y deberes.

Revisar la autorización y aceptar la aceptación del dato cuando en el tratamiento no se respeten los principios, derechos y garantías constitucionales y legales. La aceptación y/o sujeción procederá cuando la Superintendencia de Industria y Comercio haya determinado que con el tratamiento el responsable o encargado han cumplido en sus obligaciones con la ley y la constitución en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1471 de 2013 y las demás normas que las modifican, adicionan o complementan, lo mismo que que usted puede revocar la política de tratamiento de los datos personales de NUEVA EPS S.A. a través de los siguientes mecanismos que ponemos a su disposición:

Sitio web: www.nuevaeps.com

Aviso de privacidad

Hago constar expresamente que NUEVA EPS S.A. me informó sobre los siguientes derechos que me asisten como titular de datos personales:

- * Acceder a los datos personales que hayan sido objeto de tratamiento conforme a la Ley 1581 de 2012 y a los demás normativos que la modifican, adicionan o complementan.
- * Corrección, actualización y rectificación de los datos personales frente al responsable del tratamiento y al encargado del tratamiento. Este derecho se podrá ejercer ante otros países en relación con datos personales, aplicativos, instrumentos, procedimientos que impliquen a datos y servicios cuyos tratamientos sean expresamente prohibidos o no hayan sido autorizados.
- * Revocar por vía de la autorización otorgada al responsable del tratamiento de los datos cuando expresamente se estipula como requisito para el tratamiento de conformidad con la presente en el artículo 10 de la Ley 1581 de 2012.
- * Ser informado por el responsable del tratamiento o el encargado del tratamiento, previo consentimiento, con respecto del uso que se ha dado a los datos personales.
- * Presentar ante la Superintendencia de Industria y Comercio escrito por escrito a la disposición en la Ley 1581 de 2012 y los demás normativos que la modifican, adicionan o complementan.

Régimen Contributivo:
 Línea Gratúita: 01 8000 954400
 Línea de atención en Bogotá: (601) 307 7022
Régimen Subsidiado:
 Línea Gratúita: 01 8000 95 2000
 Línea de atención en Bogotá: (601) 307 7051
 Oficina de atención al afiliado de NUEVA EPS S.A.
 Ciudad Bolívar: (601) 419 3000
 Dirección Administrativa - Carrera 80 No. 45A - Of. Piso 2

Si se otorga la información por usted suministrada en este formato, así como la otorgada en el formulario de afiliación y/o demás documentos anexos, serán utilizadas por NUEVA EPS S.A. como responsable del tratamiento de la información suministrada para los fines específicos mencionados con la autorización y prestación de servicios de salud de Plan Obligatorio de Salud de acuerdo con la Ley 1581 de 2012 ("Ley de Datos"), dicho instrumento podrá implicar la prestación, modificación y/o suspensión de los datos, y el uso de la información o envío de la misma, a través de canales de tratamiento de información o de sus canales correspondientes, para fines comerciales y para la buena prestación del servicio de la línea otorgada en los términos y condiciones de cada uno de sus portales y de la Política de Confidencialidad y Protección de Datos.

INFORMACIÓN PARA SER DILIGENCIADA POR EL TRABAJADOR INDEPENDIENTE CUYO INGRESO SEA IGUAL O SUPERIOR A 1 SMLMV											
ACTIVIDAD ECONOMICA			ADMINISTRACIÓN DE TIEMPOS LABORALES			ADMINISTRACIÓN DE FONDOS DE PENSIONES			MÓDULO BASE DE COTIZACIÓN		
4769 SURA			PORVENIR			1890000			MÓDULO PROPIA		
									SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
									PROVISIÓN APROPIACION - NO <input checked="" type="checkbox"/>		
									Trabajo por su Cuenta <input checked="" type="checkbox"/>		
									Módulo Cotización		
									24/2/2026		
									Módulo Control		
SÓLO DILIGENCIAR SI ES COTIZANTE INDEPENDIENTE PAGO POR TERCERO											
INFORMACIÓN PARA SER DILIGENCIADA POR LA EPS											
Nombre del ASESOR o PROMOTOR				CÓDIGO ASESOR o PROMOTOR				Nombre de OFICINA			
ELSA FLOREZ				A1380				BOGOTA			
								24/2/2026			



LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

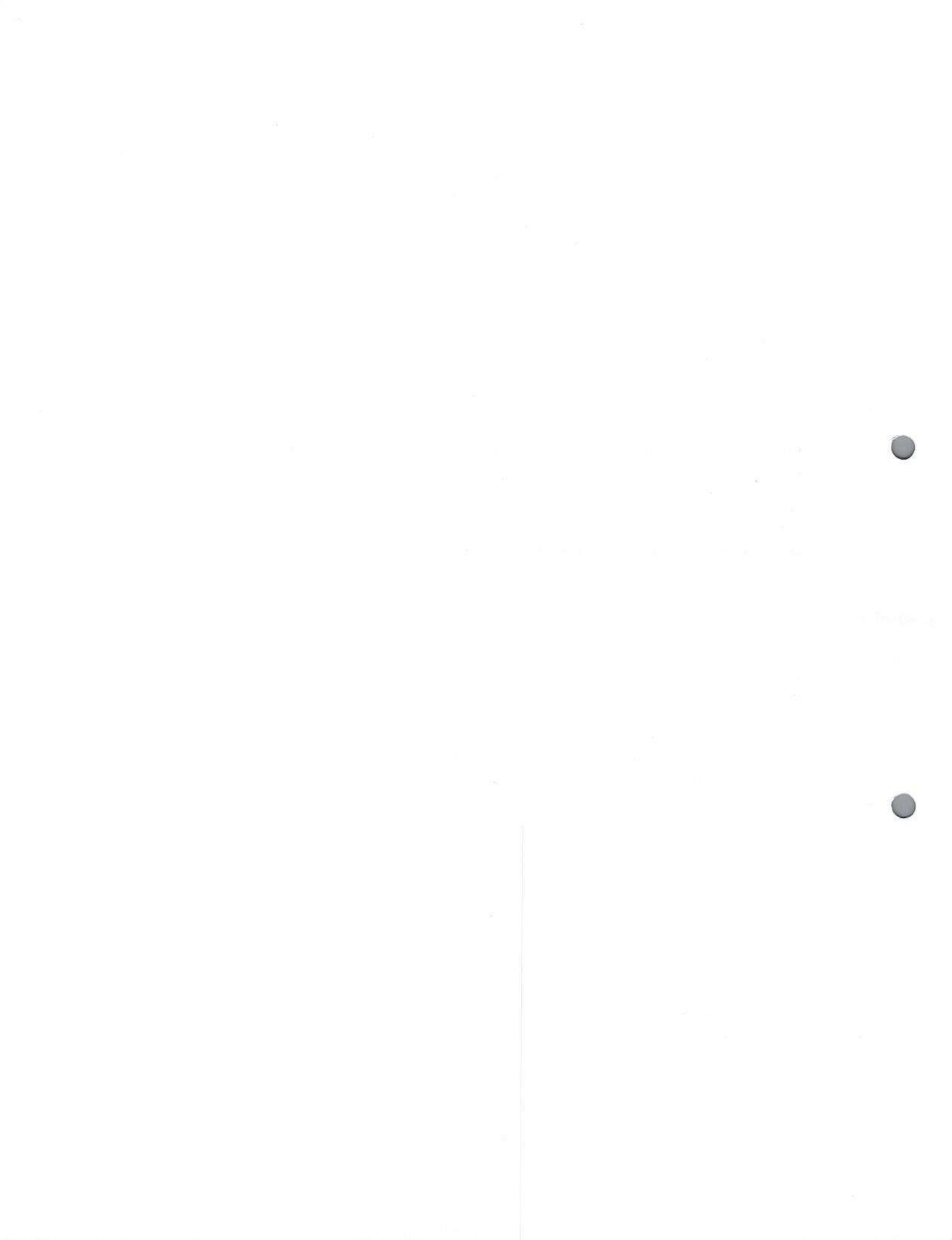
Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **BRAULIO TARIFA PEREZ** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía número 17548613**, se encuentra afiliado/a desde **22/08/2012** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 23 de febrero de 2026.

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.

VERIFICACIÓN DE LA AUTENTICIDAD DE LA FIRMA
V. U. C. E. L. L. A. S. C. SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA





LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

CERTIFICA QUE:

BRAULIO TARIFA PEREZ identificado con CC. 17548613 registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales:

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE			
Nombres y/o Razón	FUNDACION GESTION SOCIAL		
Tipo y Numero de Documento	NI - 900556022		
INFORMACIÓN RELACIÓN LABORAL			
Fecha de inicio de cobertura	2026/03/03	Fecha inicio contrato	2026/02/18
Tipo de vinculación	Independiente con Contrato	Fecha de fin contrato	2026/09/17
Riesgo	1	Código actividad económica	1881001 - Actividades de asistencia social sin alojamiento para personas mayores y discapacitadas, incluye los servicios
Estado afiliación	Activa	Estado del contrato	Activa
Fecha retiro	-		

Esta certificación se expide a los 2 días del mes de marzo 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: **CC02032026B17548613P11801843**. Este código es válido por un mes.

Cordialmente,

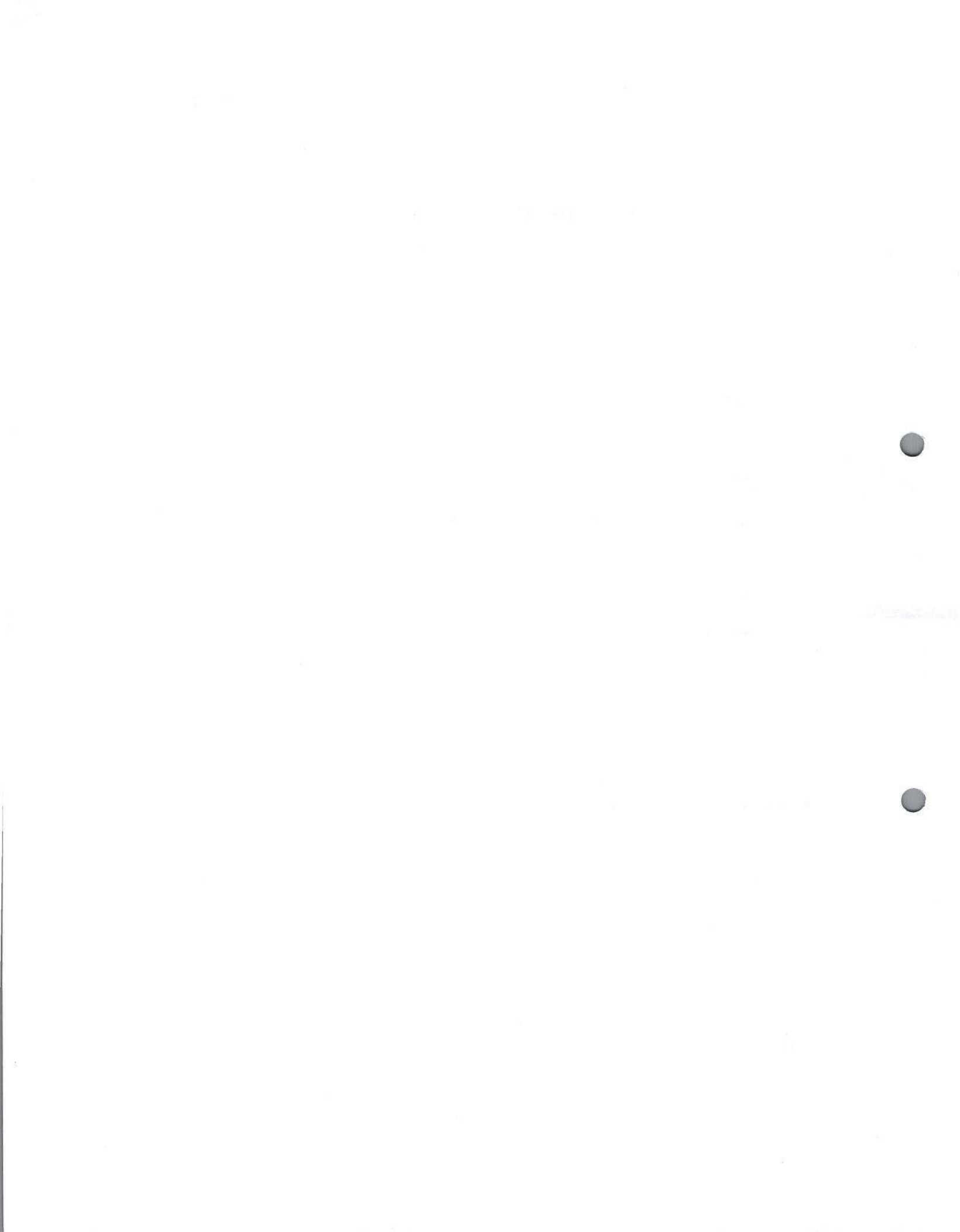
Gerencia de afiliaciones y novedades ARL
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S. A.

Positiva Compañía de Seguros S.A.:
 Nit. 860.011.153-6 | Línea Gratuita Nacional: (+57) 01-8000-111-170 - Teléfono: +57 (601) 330 7000

Defensor del Consumidor Financiero: Ana María Giraldo (Principal) - Pablo Valencia(Suplente) | defensordelcliente@positiva.gov.co | Carrera 10 #97A - 13, Oficina 502. Bogotá | +57 (601) 610 8164 | Lunes a Viernes 8:00 a. m. – 6:00 p. m. | El Defensor, resolverá las quejas o reclamos, actuará como Conciliador ante Positiva.

Más información: <https://www.positiva.gov.co/web/guest/defensoria-del-consumidor>
 Puedes interponer una queja ante Positiva, o el Defensor, o la SFC u otro organismo de

LA ASEGURADORA
 DE TODOS LOS
 COLOMBIANOS





FUNDACION GESTION SOCIAL
 Nit 900.556.022-3
 CALLE 3 7 28 URB LOS MANGOS
 Tel: (607) 3208639029
 Tame - Colombia



Documento soporte por compras a
 sujetos no obligados a facturar
 No. DSF 262

Proveedor	BRAULIO TARIFA PEREZ		
Nit	17.548.613-1	Teléfono	(607) 0000000
Dirección	Calle 15 a No 1-14	Ciudad	Tame - Colombia

Fecha de compra	Fecha de Vencimiento
2026-04-01	--

Ítem	Descripción	Cantidad	Vr. Unitario	Vr. Total
1	Prestación de los servicios como Conserje en el Centro de Bienestar del Adulto Mayor (CBAM) del Municipio de Tame, correspondiente al período comprendido entre el 18 de febrero y el 17 de marzo de 2026, en el marco de la ejecución del Convenio de Asociación No. 002 de 2026	1.00	1,890,000.00	1,890,000.00

Valor en Letras:

Un millón ochocientos noventa mil pesos m/cte

Condiciones de Pago:

Efectivo

\$ 1,890,000.00

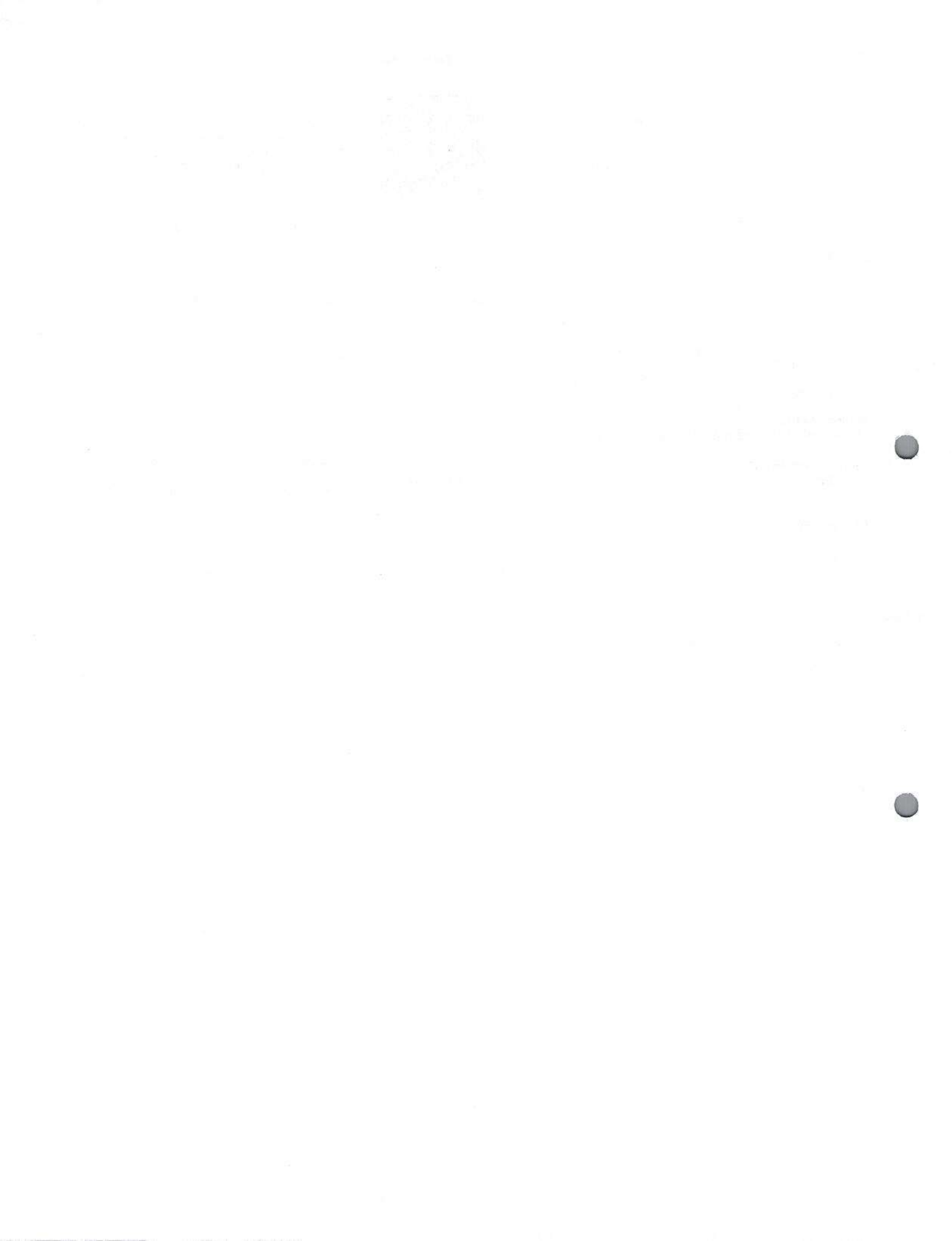
Total Bruto	1,890,000.00
Total a Pagar	1,890,000.00

Observaciones:

A este Documento se le aplican las normas relativas del Documento Soporte en adquirentes efectuadas a sujetos no obligados a facturar (Resolución 167 de 30 de diciembre de 2021).
 Número Autorización 18764102291617 aprobado en 20251129 prefijo DSF desde el número 201 al 600 Vigencia: Vigencia: 24 meses.

CUDS: 55b9e637a79ee34277c35384dcb3971fc0a5800578423025586cd11374538521f89b6d6c111424f4bd84fe6b21b0e87

Elaborado por Siigo S.A. Nit: 830.048.145-8







FUNDACION GESTION SOCIAL
 Nit 900.556.022-3
 CALLE 3 7 28 URB LOS MANGOS
 Tel: (607) 3208639029
 Tame - Colombia



Documento soporte por compras a
 sujetos no obligados a facturar
No. DSF 276

Proveedor	BRAULIO TARIFA PEREZ		
Nit	17.548.613-1	Teléfono	(607) 0000000
Dirección	Calle 15 a No 1-14	Ciudad	Tame - Colombia

Fecha de compra	Fecha de Vencimiento
2026-04-17	--

Item	Descripción	Cantidad	Vr. Unitario	Vr. Total
1	Prestación de los servicios como Conserje en el Centro de Bienestar del Adulto Mayor (CBAM) del Municipio de Tame, correspondiente al período comprendido entre el 18 de marzo y el 17 de abril de 2026, en el marco de la ejecución del Convenio de Asociación No. 002 de 2026	1.00	1,890,000.00	1,890,000.00

Valor en Letras:

Un millón ochocientos noventa mil pesos m/cte

Condiciones de Pago:

Efectivo \$ 1,890,000.00

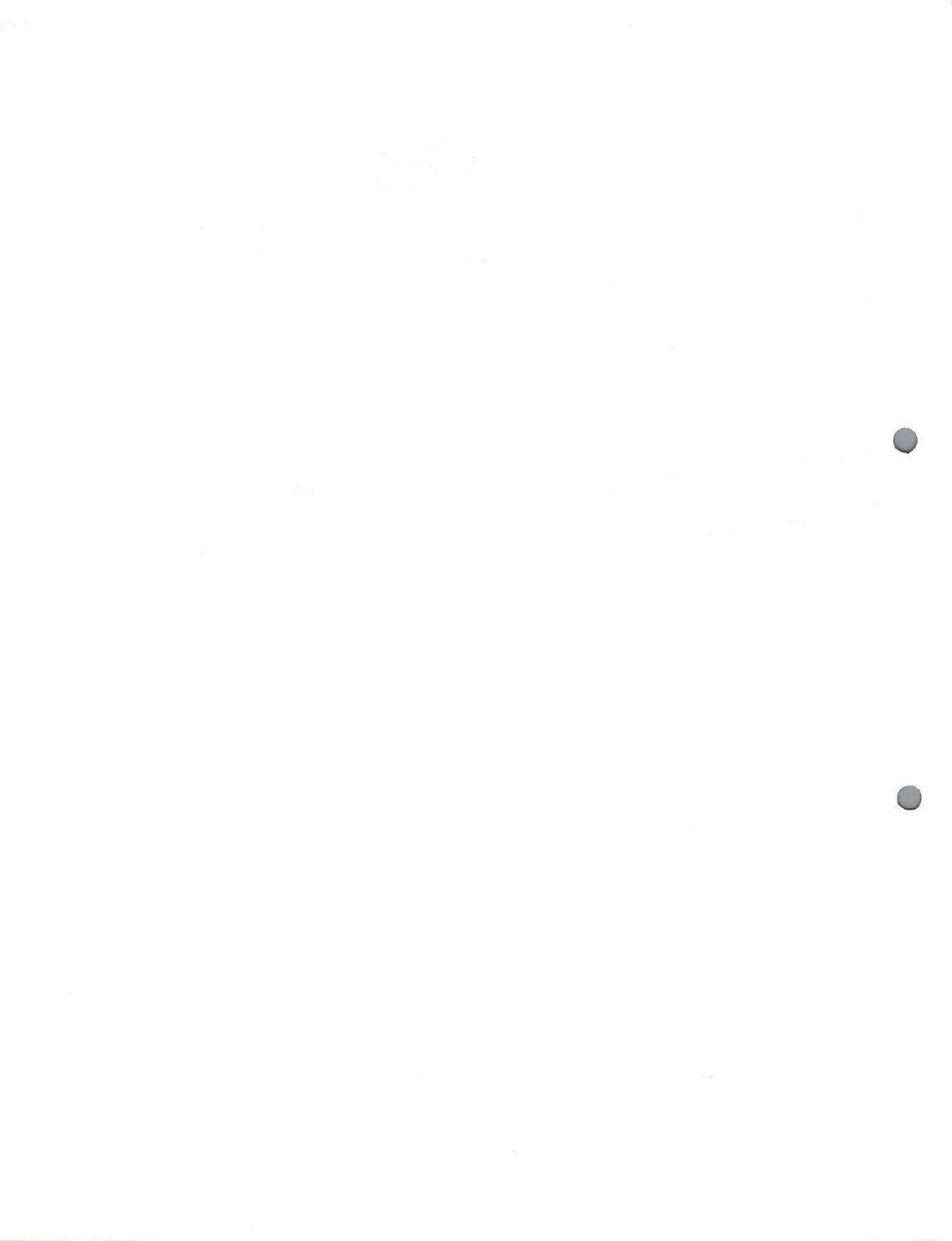
Total Bruto	1,890,000.00
Total a Pagar	1,890,000.00

Observaciones:

A este Documento se le aplican las normas relativas del Documento Soporte en adquisidores efectuadas a sujetos no obligados a facturar (Resolución 167 de 30 de diciembre de 2021).
 Número Autorización 18764102291617 aprobado en 20251129 prefijo DSF desde el número 201 al 600 Vigencia: Vigencia: 24 meses.

CUDS: 77f7628e8d1bbabd6cdb1dbd2180e6c540300b829e335aa047cd49fd467a9cb472ecb56d2f4f4feed8fc0c6a23b3660

Elaborado por Siigo S.A. S Nit: 830 048 145-8







FUNDACION GESTION SOCIAL
 Nit 900.556.022-3
 CALLE 3 7 28 URB LOS MANGOS
 Tel: (607) 3208639029
 Tame - Colombia



Documento soporte por compras a
 sujetos no obligados a facturar
 No. DSF 295

Proveedor	BRAULIO TARIFA PEREZ		
Nit	17.548.613-1	Teléfono	(607) 0000000
Dirección	Calle 15 a No 1-14	Ciudad	Tame - Colombia

Fecha de compra	Fecha de Vencimiento
2026-05-19	--

Ítem	Descripción	Cantidad	Vr. Unitario	Vr. Total
1	Prestación de los servicios como Conserje en el Centro de Bienestar del Adulto Mayor (CBAM) del Municipio de Tame, correspondiente al período comprendido entre el 18 de abril y el 17 de mayo de 2026, en el marco de la ejecución del Convenio de Asociación No. 002 de 2026	1.00	1,890,000.00	1,890,000.00

Valor en Letras:

Un millón ochocientos noventa mil pesos m/cte

Condiciones de Pago:

Efectivo \$ 1,890,000.00

Total Bruto	1,890,000.00
Total a Pagar	1,890,000.00

Observaciones:

A este Documento se le aplican las normas relativas del Documento Soporte en adquirentes efectuadas a sujetos no obligados a facturar (Resolución 167 de 30 de diciembre de 2021).
 Número Autorización 18764102291617 aprobado en 20251129 prefijo DSF desde el número 201 al 600 Vigencia: 24 meses.

CUDS: eb2b18efc0456b7cbd39391bdb73ad33745d2bdc250f5c61efd02f83a22eb231d55614d3cc2f275fb6645ed0d3bd93de

Elaborado por Siigo S.A.S Nit: 830.048.145-8



Faint, illegible text scattered across the page, possibly bleed-through from the reverse side or extremely low-contrast print.



1000

1000

1000

1000

1000

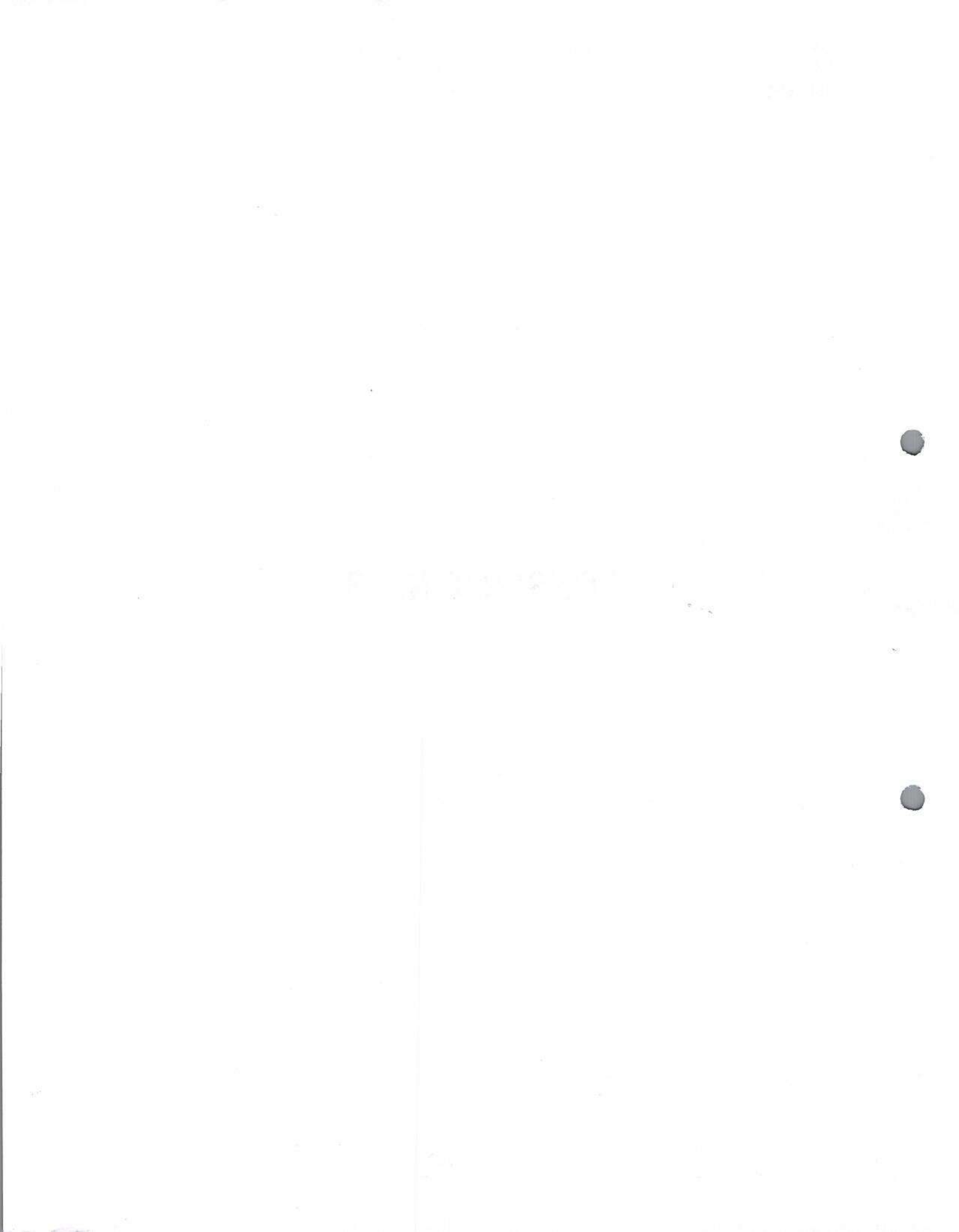
1000





CONSERJE No. 3





CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS No. 11 DE 2026

CONTRATANTE: FUNDACIÓN GESTIÓN SOCIAL – FUNGES
NIT: 900.556.022-3
REPRESENTANTE LEGAL: GUSTAVO ALEXIS SARMIENTO
C.C.: 96.194.978 expedida en Tame
CONTRATISTA: JUAN ALBERTO SIERRA
P.P.T.: 6.378.182 expedido en Bogotá D.C.
OBJETO: Prestación de servicios como Conserje en el Centro de Bienestar del Adulto Mayor (CBAM).
UBICACIÓN: Municipio de Tame – Arauca
VALOR TOTAL: TRECE MILLONES DOSCIENTOS TREINTA MIL PESOS M/CTE (\$13.230.000)
VALOR MENSUAL: UN MILLÓN OCHOCIENTOS NOVENTA MIL PESOS M/CTE (\$1.890.000)
PLAZO: Siete (07) meses
FECHA DE INICIO: 18 de febrero de 2026
FECHA DE TERMINACIÓN: 17 de septiembre de 2026

Entre los suscritos GUSTAVO ALEXIS SARMIENTO, identificado con cédula de ciudadanía No. 96.194.978 expedida en Tame, quien actúa en calidad de Representante Legal de la FUNDACIÓN GESTIÓN SOCIAL – FUNGES, identificada con NIT 900.556.022-3, quien para efectos del presente contrato se denominará EL CONTRATANTE, y por la otra parte JUAN ALBERTO SIERRA, identificado con Permiso por protección temporal P.P.T No. 6.378.182 expedido en Bogotá D.C., quien actúa en nombre propio y para efectos del presente contrato se denominará EL CONTRATISTA, ambos mayores de edad y con capacidad para contratar, han acordado celebrar el presente Contrato de Prestación de Servicios, el cual se registrará por las siguientes cláusulas.

CONSIDERACIONES:

Que, para la prestación de servicios como Conserje en el Centro de Bienestar del Adulto Mayor (CBAM) mediante el Convenio de Asociación No. 002 de 2026 cuyo objeto es *"DESARROLLAR EL PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL A LA PERSONA MAYOR DEL MUNICIPIO DE TAME – DEPARTAMENTO DE ARAUCA"* suscrito entre la FUNDACIÓN GESTIÓN SOCIAL – FUNGES y el MUNICIPIO DE TAME, se hace necesaria la contratación de una persona que cumpla con los requisitos exigidos para desempeñar dichas actividades.

Debido a lo anterior, las partes acuerdan celebrar el presente contrato de conformidad con las siguientes cláusulas:

PRIMERA: Objeto del contrato. El CONTRATISTA se obliga para con el CONTRATANTE, de manera independiente y sin que exista subordinación o relación laboral alguna, a prestar sus servicios como Conserje en el Centro de Bienestar del Adulto Mayor (CBAM), realizando actividades de control de ingreso y salida de visitantes, vigilancia básica de las instalaciones, cuidado de zonas verdes y apoyo en la disposición de residuos, contribuyendo al adecuado funcionamiento del centro y al bienestar de los adultos mayores. Como contraprestación, el CONTRATANTE pagará al CONTRATISTA los honorarios establecidos en el presente contrato.

SEGUNDA: Plazo de Ejecución. El término de duración del presente contrato será de siete (07) meses, contados a partir del 18 de febrero de 2026 hasta el 17 de septiembre de 2026, plazo dentro del cual el CONTRATISTA ejecutará las actividades propias del objeto contractual.



Dirección: Calle 3 No. 7-28 Barrio El Manguito



Teléfono: 3208639029



gestionsocialfunges@gmail.com

Puerto Rondón – Arauca

TERCERA: Valor. El valor total del presente contrato es la suma de TRECE MILLONES DOSCIENTOS TREINTA MIL PESOS M/CTE (\$13.230.000), suma que será pagada por el CONTRATANTE al CONTRATISTA a título de honorarios, de acuerdo con la forma de pago establecida en el presente contrato y previa certificación de cumplimiento por parte del supervisor.

CUARTA. Forma de Pago. El valor del presente contrato será pagado por el CONTRATANTE al CONTRATISTA mediante siete (07) pagos mensuales vencidos, cada uno por valor de UN MILLÓN OCHOCIENTOS NOVENTA MIL PESOS M/CTE (\$1.890.000), previa verificación del cumplimiento de las actividades contractuales por parte del CONTRATANTE y acreditación del pago de los aportes al Sistema de Seguridad Social Integral conforme a la normatividad vigente.

Parágrafo. Los pagos establecidos en el presente contrato estarán sujetos a la disponibilidad y desembolso efectivo de los recursos provenientes del Convenio de Asociación No. 002 de 2026 suscrito entre la FUNDACIÓN GESTIÓN SOCIAL – FUNGES y el Municipio de Tame.

QUINTA: Seguridad Social. El CONTRATISTA declara que realizará de manera independiente los aportes al Sistema de Seguridad Social Integral en salud, pensión y riesgos laborales, de conformidad con la normatividad vigente en Colombia. Para efectos del pago de los honorarios pactados en el presente contrato, el CONTRATISTA deberá acreditar el pago de dichos aportes correspondientes al período ejecutado.

SEXTA: Subcontratación. El CONTRATISTA no podrá ceder ni subcontratar total o parcialmente la ejecución del objeto del presente contrato sin la autorización previa, expresa y escrita del CONTRATANTE.

Parágrafo. En todo caso, el CONTRATISTA será el único responsable por la correcta ejecución de las actividades contratadas y mantendrá indemne al CONTRATANTE frente a cualquier reclamación, demanda o acción legal que pudiera presentarse con ocasión de la ejecución del presente contrato.

SÉPTIMA: Obligaciones Del Contratista. El CONTRATISTA se obliga a ejecutar el Objeto del Contrato, razón por la cual tendrá las siguientes obligaciones:

1. Realizar el control del ingreso y egreso de visitantes y del personal que desarrolla actividades en el Centro de Bienestar del Adulto Mayor (CBAM), verificando el documento de identidad y registrando la información correspondiente en el libro de bitácora.
2. Realizar recorridos de control y vigilancia por las instalaciones del CBAM, especialmente en horario nocturno, con el fin de garantizar la seguridad del lugar.
3. Implementar controles para la protección de los bienes del centro, verificando y registrando los elementos o equipos que ingresen o salgan de las instalaciones.
4. Realizar el mantenimiento básico y cuidado de las zonas verdes al interior y exterior del CBAM.
5. Permanecer atento a cualquier novedad relacionada con los adultos mayores, informando oportunamente al personal responsable para garantizar su seguridad y bienestar.
6. Cumplir con el cronograma establecido para la disposición y eliminación de residuos y reciclaje.
7. Informar oportunamente al coordinador o supervisor del contrato cualquier novedad relacionada con la seguridad de las instalaciones o el funcionamiento del centro.
8. Las demás actividades que le sean asignadas por el supervisor del contrato y que sean inherentes al objeto de este.



Parágrafo 1: El CONTRATISTA ejecutará el objeto del presente contrato con plena autonomía técnica, administrativa y operativa, utilizando sus propios medios, recursos y conocimientos, sin que exista subordinación o dependencia respecto de EL CONTRATANTE; en consecuencia, el CONTRATISTA asumirá bajo su exclusiva responsabilidad los riesgos, gastos y obligaciones derivados de la ejecución del contrato.

Parágrafo 2: El CONTRATISTA además de las obligaciones del contrato deberá: 1. Obrar con seriedad y diligencia en el servicio contratado, 2. Presentar evidencias o soportes de las actividades realizadas, tales como registros, formatos o material fotográfico, cuando sean requeridos por el CONTRATANTE, 3. Atender las solicitudes y recomendaciones que haga el CONTRATANTE o sus delegados, con la mayor prontitud. 4. Permitir que el CONTRATANTE o un delegado haga visitas a las instalaciones del CONTRATISTA o el sitio que esté desarrollando las actividades. 5. Pago de los aportes al Sistema de Seguridad Social en salud, pensión y riesgos laborales, conforme a la normatividad vigente.

OCTAVA: Obligaciones del CONTRATANTE: Además de las obligaciones propias del contrato de prestación de servicios, el CONTRATANTE se compromete a suministrar al CONTRATISTA la información necesaria para el desarrollo de las actividades objeto del contrato, facilitar la coordinación con el personal del Centro de Bienestar del Adulto Mayor (CBAM) y efectuar el pago de los honorarios en los términos establecidos en el presente contrato.

NOVENA. Supervisión. El CONTRATANTE o su representante supervisará la ejecución del servicio encomendado y podrá formular las observaciones del caso para ser analizadas en conjunto con el CONTRATISTA.

DÉCIMA: Terminación anticipada. Cualquiera de las partes podrá dar por terminado el presente contrato antes del vencimiento del plazo pactado, mediante comunicación escrita dirigida a la otra parte. En todo caso, el CONTRATANTE podrá darlo por terminado de manera unilateral cuando se presenten circunstancias que afecten la ejecución del objeto contractual, por incumplimiento de las obligaciones del CONTRATISTA o por terminación o modificación del convenio que da origen al presente contrato.

DÉCIMA PRIMERA: 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.

DÉCIMA SEGUNDA: Inexistencia de relación laboral. Las partes dejan expresa constancia de que el presente contrato es de naturaleza civil y no genera relación laboral alguna entre el CONTRATANTE y el CONTRATISTA. En consecuencia, el CONTRATISTA actuará con plena autonomía técnica y administrativa en la ejecución de las actividades contratadas y no tendrá derecho al reconocimiento de salarios, prestaciones sociales, indemnizaciones laborales ni demás derechos propios de un contrato de trabajo.

DÉCIMA TERCERA. 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 CUARTA: Solución de conflictos. Se acuerda que, de presentarse un conflicto entre las partes, en el marco del presente contrato, las partes deberán acudir en primera instancia a un centro de conciliación certificado.

DÉCIMA QUINTA: Modificaciones. Toda modificación, variación adición o prórroga del presente contrato, deberá constar por escrito, mediante OTRO SÍ, que suscribirán con la firma ambas partes contratantes.



DÉCIMA SEXTA: Domicilio contractual. Para el presente contrato se establece como domicilio contractual el municipio de Tame.


DÉCIMA SÉPTIMA: Declaración del CONTRATISTA. El CONTRATISTA declara bajo la gravedad de juramento que conoce la naturaleza jurídica del presente contrato de prestación de servicios y manifiesta que lo celebra con plena autonomía técnica, administrativa y financiera, sin que exista subordinación ni dependencia respecto del CONTRATANTE. En consecuencia, reconoce que no se genera vínculo laboral alguno ni derecho al pago de prestaciones sociales, indemnizaciones o beneficios propios de un contrato de trabajo. Así mismo, declara que asume de manera independiente las obligaciones tributarias, de seguridad social y demás cargas legales derivadas de la ejecución del presente contrato.

Para constancia, se firma en el municipio de Tame, Arauca, a los dieciocho (18) días del mes de febrero de 2026.

EL CONTRATANTE,

EL CONTRATISTA,


GUSTAVO ALEXIS SARMIENTO
C.C. 96.194.978 expedida en Tame
Representante Legal
FUNDACIÓN GESTIÓN SOCIAL – FUNGES


JUAN ALBERTO SIERRA
P.P.T.: 6.378.182 expedido en Bogotá D.C.



Dirección: Calle 3 No. 7-28 Barrio El Manguito



Teléfono: 3208639029



gestionsocialfunges@gmail.com

Puerto Rondón – Arauca



190016612

(Lea las instrucciones que se encuentran al respaldo antes de diligenciar este formulario)

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite A. Afiliación B. Reporte de Novedades <input checked="" type="checkbox"/>		2. Tipo de Afiliación A. Individual <input checked="" type="checkbox"/> Cobizante o Cabeza de Familia Beneficiario o Afiliado adicional B. Colectiva C. Institucional D. De Oficio		3. Régimen A. Contributivo <input checked="" type="checkbox"/> B. Subsidiado		4. Contribución solidaria Si No	
5. Tipo de Afiliado A. Cotizante <input checked="" type="checkbox"/> B. Cabeza de Familia C. Beneficiario D. Afiliado adicional		6. Tipo de Cotizante A. Dependiente B. Independiente <input checked="" type="checkbox"/> C. Pensionado		7. Código (a registrar por la EPS)			

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

8. Apellidos y nombres Primer Apellido: SIERRA Segundo Apellido: _____ Primer Nombre: Juan Segundo Nombre: Alberto		9. Tipo de documento de Identidad: PPT		10. Número del documento de Identidad: 6378782		11. Sexo biológico Femenino Masculino <input checked="" type="checkbox"/>		12. Sexo identificación F M X T NB Otro		13. Nacionalidad Cual: Venezolano	
14. Lugar de nacimiento País: Venezuela Departamento: _____ Municipio: _____		15. Fecha de nacimiento 10/21/1900									

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

16. Etnia		17. Comunidad		18. Discapacidad Si No <input checked="" type="checkbox"/> Categoría de discapacidad		19. Tiene encuesta SISBEN Si No		20. Clasificación SISBEN Nivel Grupo		21. Grupo de población especial	
22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL Positiva		23. Administradora de Pensiones Porvenir		24. Ingreso base de cotización - IBC 1.750.905		25. Tarifa Contribución Solidaria					
26. Residencia Dirección: Cra 20 # 16-43 El cielo											
Teléfono Celular: 311 8318036		Correo Electrónico: juanalberto9916@gmail.com									
Departamento: Araura		Municipio / Distrito: TAME		Localidad / Comuna		Zona: Cabecera Municipal <input checked="" type="checkbox"/> Rural: Disperso Centro Poblado Resto Rural					

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos Básicos de Identificación del Conyuge 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 Femenino Masculino		31. Sexo identificación F M T NB Otro		32. Nacionalidad Cual: _____	
33. Lugar de nacimiento País: _____ Departamento: _____ Municipio: _____		34. Fecha de nacimiento									

Datos Básicos de Identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

A. Afiliado	35. Apellidos y nombres		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
	Primer Apellido	Segundo Apellido						País	Departamento	Municipio	
B1											
B2											
B3											
B4											
B5											

Datos complementarios del Beneficiario

A. Afiliado	43. Parentesco	44. Etnia	45. Comunidad	46. Grupo de población especial	47. Tiene encuesta SISBEN	48. Clasificación SISBEN	49. Discapacidad	50. Incapacidad permanente	
								Si No	Si No
B1									
B2									
B3									
B4									
B5									

51. Datos de residencia

A. Afiliado	Departamento	Municipio / Distrito	Zona				Teléfono fijo y/o celular	52. Valor de la UPC del afiliado adicional a marzo de 2019
			Cabecera Municipal	Centro Poblado	Rural Disperso	Resto Rural		
B1								
B2								
B3								
B4								
B5								

A. Afiliado	Dirección	Localidad / Comuna	Correo Electrónico
B2			
B3			
B4			
B5			

61 Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS

64 Código de la IPS (a registrar por la EPS)

C
B1
B2
B3
B4
B5

11211

747295

63 Nombre o razón social

66 Tipo documento de identificación

67 Número del documento de identificación

68 Tipo de aportante o pagador de Pensiones (a registrar por la EPS)

69 Ubicación

Carrera (Calle principal)

Departamento

Municipio (Ciudad)

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. Transferencia 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 adaptación de condiciones para seguir cotizando
- 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. Ingresos a Contribución Solidaria
- 21. Retiro de Contribuciones Solidarias

II DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61 Datos básicos de identificación

Primer Apellido

Segundo Apellido

Primer Nombre

Segundo Nombre

Sierra

Juan

Alberto

Tipo de documento de identidad

Número del documento de identidad

62 Sexo biológico

63 Sexo identificación

64 Fecha de nacimiento

PPT

6328789

Femenino Masculino

M X T NI Oros

02/10/1981

65 EPS anterior

66 Fecha de novedad

67 Motivo de traslado

Código

68 Caja de compensación Familiar o pagador de pensiones

11/02/2016

- 16. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales
- 17. Declaración de la no adquisición de afiliación al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción
- 18. Declaración de ventosidad de hijos de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que respaldan la condición de beneficiario
- 19. Declaración de la inscripción del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud
- 20. Actualización 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
- 21. Actualización 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 vigentes y a los registros públicos que por sus funciones lo requieren
- 22. Actualización para que la EPS reporte los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales de acuerdo con lo previsto en la Ley 1021 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013
- 23. Actualización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular (como mensajes de texto)
- 24. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes
- 25. Aceptación de la cotización con el grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, según la encuesta del Sistema Vigente

III CASOS 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

Primer Apellido

Segundo Apellido

Primer Nombre

Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad No. de documento de identidad

69 El cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplice o afiliado adicional

70 Aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de Oficio

Juan Alberto Sierra

- 26. Anexo copia del documento de identidad
- 27. Copia del documento de equivalencia permanente emitido por la autoridad competente
- 28. Copia del registro cuando existiere en la escritura pública, acta de matrimonio o sentencia judicial que declare la unión marital
- 29. Copia de la cédula de registro civil que declare el status de tercer padre que declare la existencia de hijos y/o hijos putativos de filiación y/o filiación putativa que declare la existencia de hijos putativos
- 30. Copia del certificado de adopción o acta de embargo del menor
- 31. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia
- 32. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad o el embargo de deudas de los padres o la declaración judicial por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres
- 33. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud numeral 4 y 5 del artículo 2173 del Decreto 769 de 2016
- 34. Certificación de verificación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- 35. Copia del acto administrativo o resolución de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se declare la afiliación de Oficio

IV DATOS DE LA ENTIDAD TERRITORIAL O INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL

71 Identificación de la Entidad Territorial

Código del municipio

Código del departamento

72 Nombre de la Institución

V DATOS DEL FUNCIONARIO DE LA ENTIDAD TERRITORIAL O DE LA INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL

73 Apellidos y nombres

Primer Apellido

Segundo Apellido

Primer Nombre

Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad

Número del documento de identidad

74 Firma del funcionario

75 Fecha de validación

OBSERVACIONES

Recuerda que con la firma del funcionario el afiliado manifiesta la veracidad de la información de identificación y nombre del Ejecutivo Comercial
Nomicatellero 116830916

EPS Sanitas S.A.S.
Oficina TAME
28 FEB 2016
RECIBIDO

Original: EPS -1a Copia: EMPLEADOR- 2a Copia: AFILIADO -



SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A
En condición de administradora del
FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR
NIT 800.144.331 - 3

CERTIFICA QUE:

JUAN ALBERTO SIERRA, identificado(a) con permiso de proteccion temporal 6.378.182, se encuentra afiliado(a) al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR desde el 16 de julio de 2024.

La presente certificación se expide el 25 de Febrero del 2026.

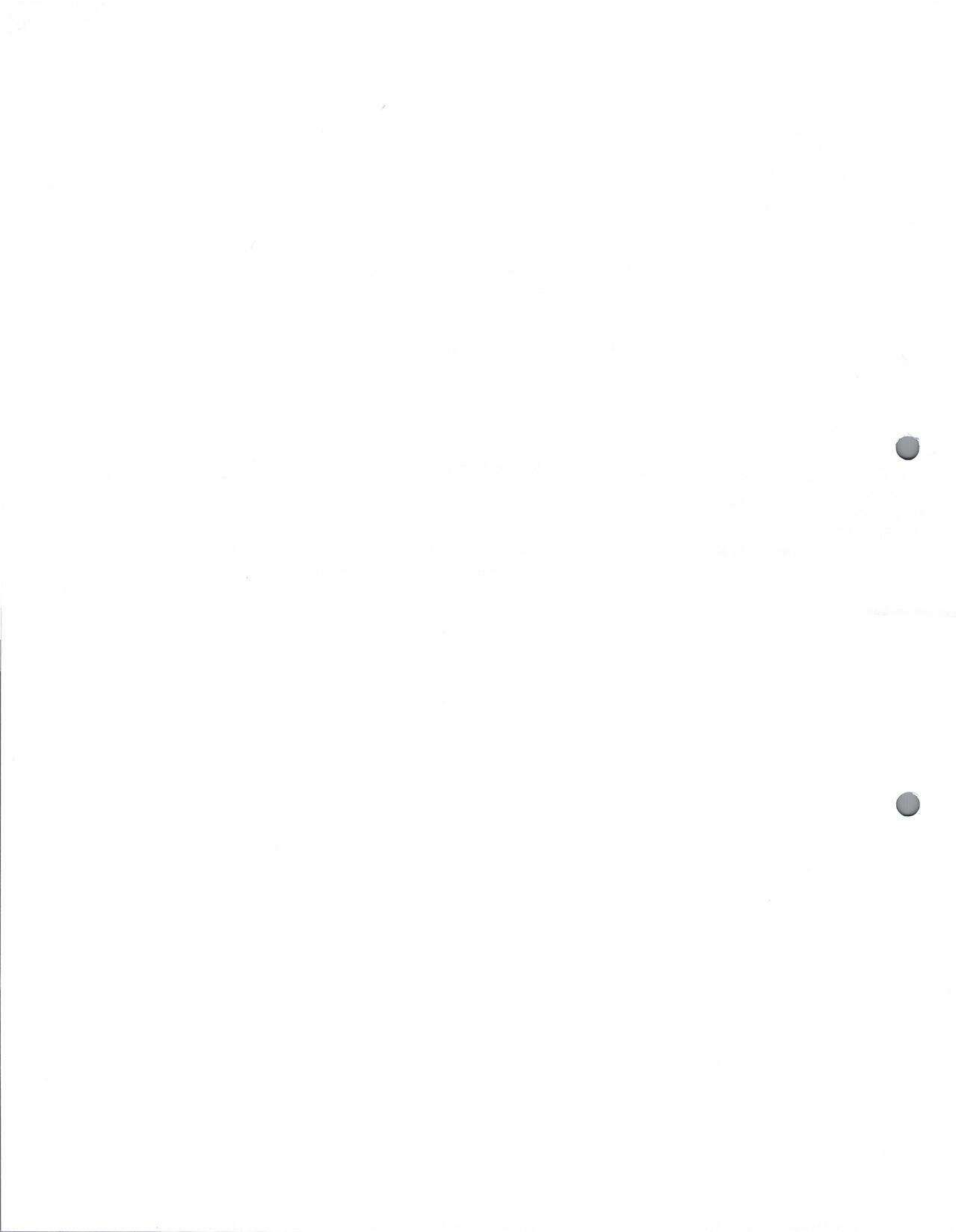
Cordialmente,

Gerente de Clientes

En Porvenir nos transformamos pensando en tu comodidad, por esto, ponemos a tu disposición los canales digitales para que consultes y obtengas la información de tus productos.



App Porvenir | www.porvenir.com.co





LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

CERTIFICA QUE:

JUAN ALBERTO SIERRA identificado con PT. 6378182 registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales:

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE			
Nombres y/o Razón	FUNDACION GESTION SOCIAL		
Tipo y Numero de Documento	NI - 900556022		
INFORMACIÓN RELACIÓN LABORAL			
Fecha de inicio de cobertura	2026/02/18	Fecha inicio contrato	2026/02/18
Tipo de vinculación	Independiente con Contrato	Fecha de fin contrato	2026/09/17
Riesgo	1	Código actividad económica	1881001 - Actividades de asistencia social sin alojamiento para personas mayores y discapacitadas, incluye los servicios
Estado afiliación	Activa	Estado del contrato	Activa
Fecha retiro	-		

Esta certificación se expide a los 7 días del mes de marzo 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: **PT07032026N6378182A12637732**. Este código es válido por un mes.

Cordialmente,

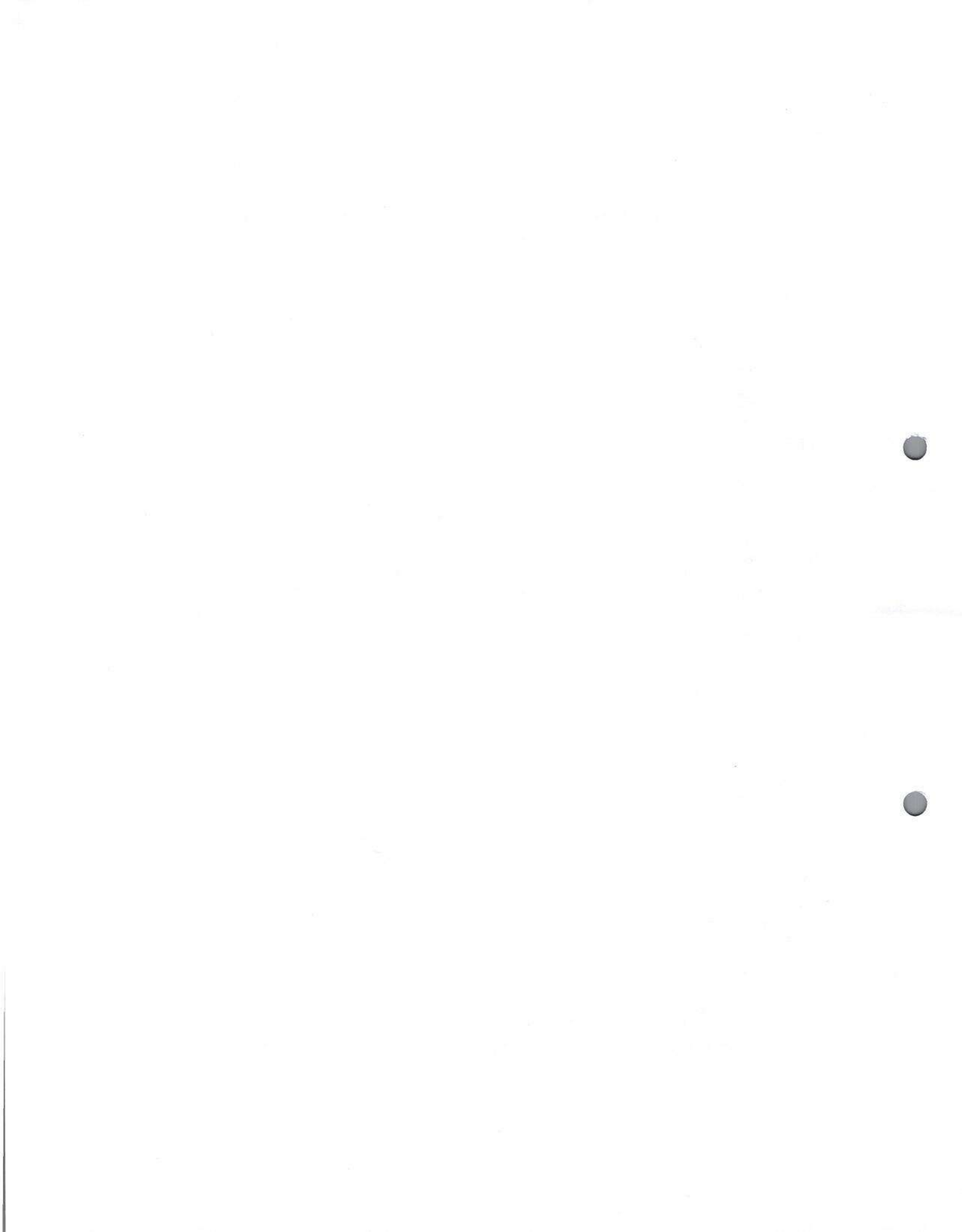
Gerencia de afiliaciones y novedades ARL
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S. A.

Positiva Compañía de Seguros S.A.:
 Nit. 860.011.153-6 | Línea Gratuita Nacional: (+57) 01-8000-111-170 - Teléfono: +57 (601) 330 7000

Defensor del Consumidor Financiero: Ana María Giraldo (Principal) - Pablo Valencia(Suplente) |
 defensorcliente@positiva.gov.co | Carrera 10 #97A - 13, Oficina 502, Bogotá | +57 (601) 610 8164 |
 Lunes a Viernes 8:00 a. m. - 6:00 p. m. | El Defensor, resolverá las quejas o reclamos, actuará como
 Conciliador ante Positiva.

Más información: <https://www.positiva.gov.co/web/guest/defensoria-del-consumidor>
 Puedes interponer una queja ante Positiva, o el Defensor, o la SFC u otro organismo de

LA ASEGURADORA
 DE TODOS LOS
 COLOMBIANOS





FUNDACION GESTION SOCIAL
 Nit 900.556.022-3
 CALLE 3 7 28 URB LOS MANGOS
 Tel: (607) 3208639029
 Tame - Colombia



Documento soporte por compras a
 sujetos no obligados a facturar
 No. DSF 264

Proveedor	JUAN ALBERTO SIERRA		
Nit	700.471.939-1	Teléfono	(607) 0000000
Dirección	Cra 20 # 16-43	Ciudad	Tame - Colombia

Fecha de compra	Fecha de Vencimiento
2026-04-01	--

Ítem	Descripción	Cantidad	Vr. Unitario	Vr. Total
1	Prestación de los servicios como Conserje en el Centro de Bienestar del Adulto Mayor (CBAM) del Municipio de Tame, correspondiente al período comprendido entre el 18 de febrero y el 17 de marzo de 2026, en el marco de la ejecución del Convenio de Asociación No. 002 de 2026	1.00	1,890,000.00	1,890,000.00

Valor en Letras:

Un millón ochocientos noventa mil pesos m/cte

Condiciones de Pago:

Efectivo \$ 1,890,000.00

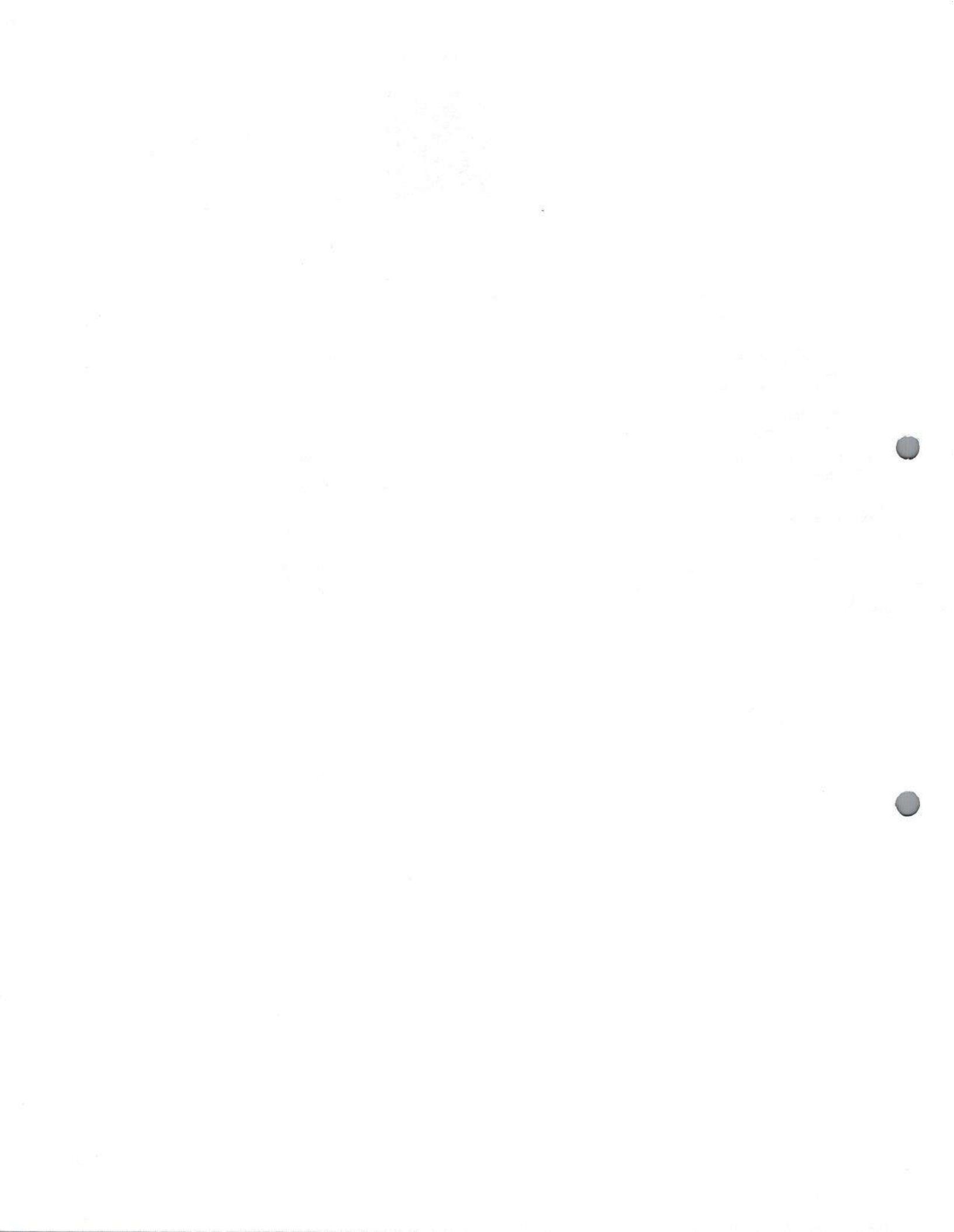
Total Bruto	1,890,000.00
Total a Pagar	1,890,000.00

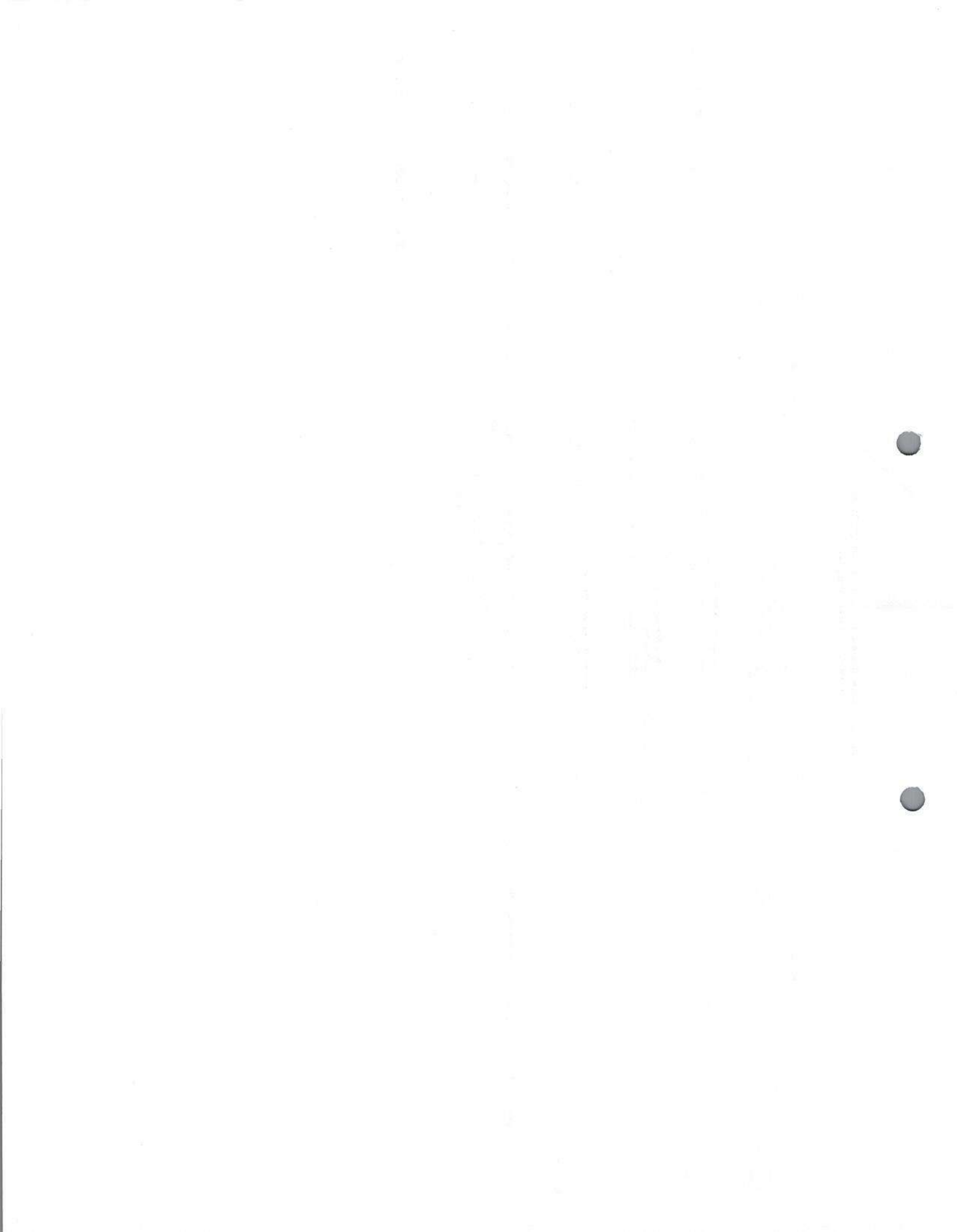
Observaciones:

A este Documento se le aplican las normas relativas del Documento Soporte en adquirentes efectuadas a sujetos no obligados a facturar (Resolución 167 de 30 de diciembre de 2021).
 Número Autorización 18764102291617 aprobado en 20251129 prefijo DSF desde el número 201 al 600 Vigencia: Vigencia: 24 meses.

CUDS: 9e0dace55f6ae5a5bc864ee91cb56f1bbec92d0aee8348b7cef1a28b08947ccf0b5316a8627669d3daa3a93c3ae84c74

Elaborado por Siigo S.A. S Nit: 830.048.145-8







FUNDACION GESTION SOCIAL
 Nit 900.556.022-3
 CALLE 3 7 28 URB LOS MANGOS
 Tel: (607) 3208639029
 Tame - Colombia



Documento soporte por compras a
 sujetos no obligados a facturar
 No. DSF 278

Proveedor	JUAN ALBERTO SIERRA		
Nit	700.471.939-1	Teléfono	(607) 0000000
Dirección	Cra 20 # 16-43	Ciudad	Tame - Colombia

Fecha de compra	Fecha de Vencimiento
2026-04-17	--

Item	Descripción	Cantidad	Vr. Unitario	Vr. Total
1	Prestación de los servicios como Conserje en el Centro de Bienestar del Adulto Mayor (CBAM) del Municipio de Tame, correspondiente al período comprendido entre el 18 de marzo y el 17 de abril de 2026, en el marco de la ejecución del Convenio de Asociación No. 002 de 2026	1.00	1,890,000.00	1,890,000.00

Valor en Letras:

Un millón ochocientos noventa mil pesos m/cte

Condiciones de Pago:

Efectivo

\$ 1,890,000.00

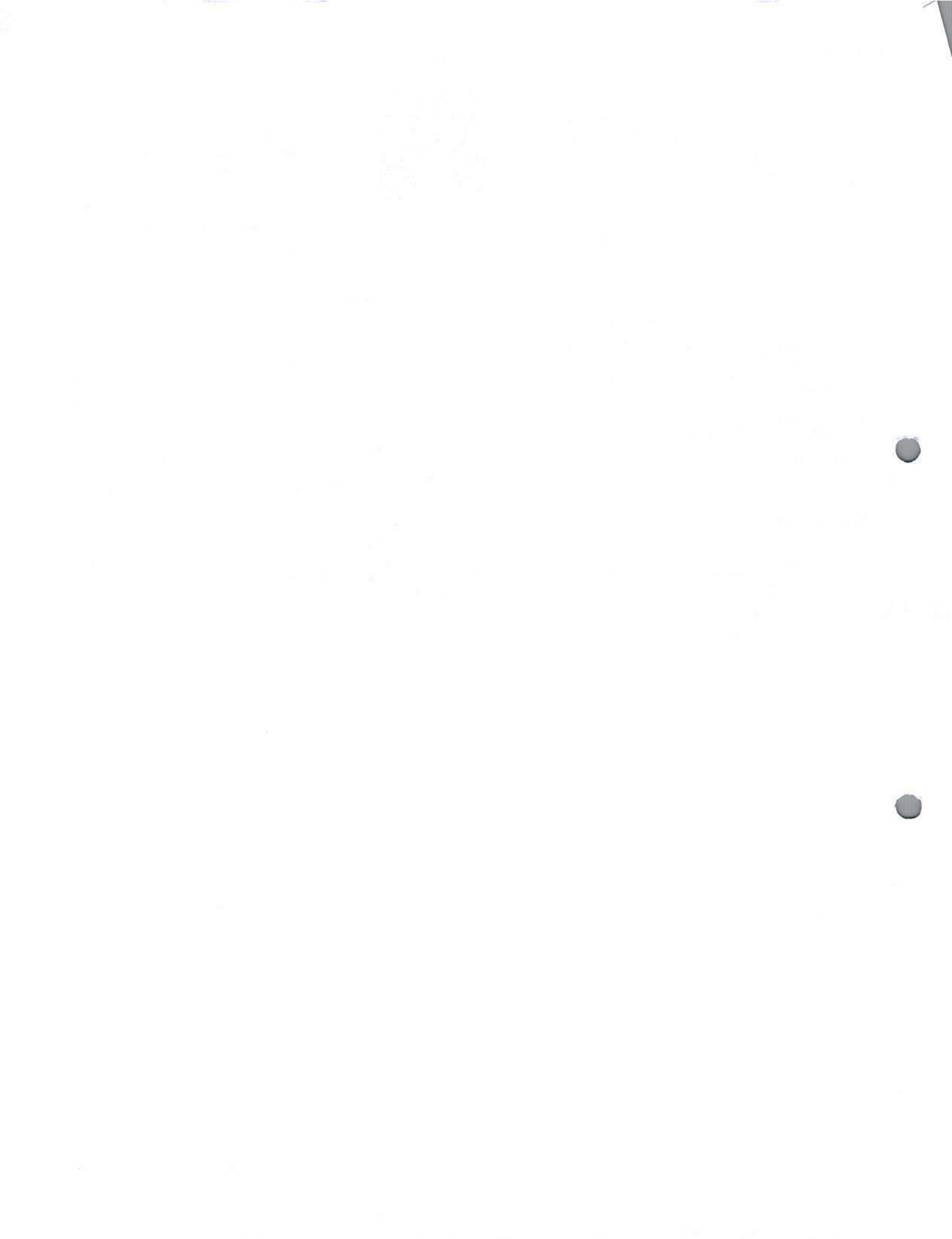
Total Bruto	1,890,000.00
Total a Pagar	1,890,000.00

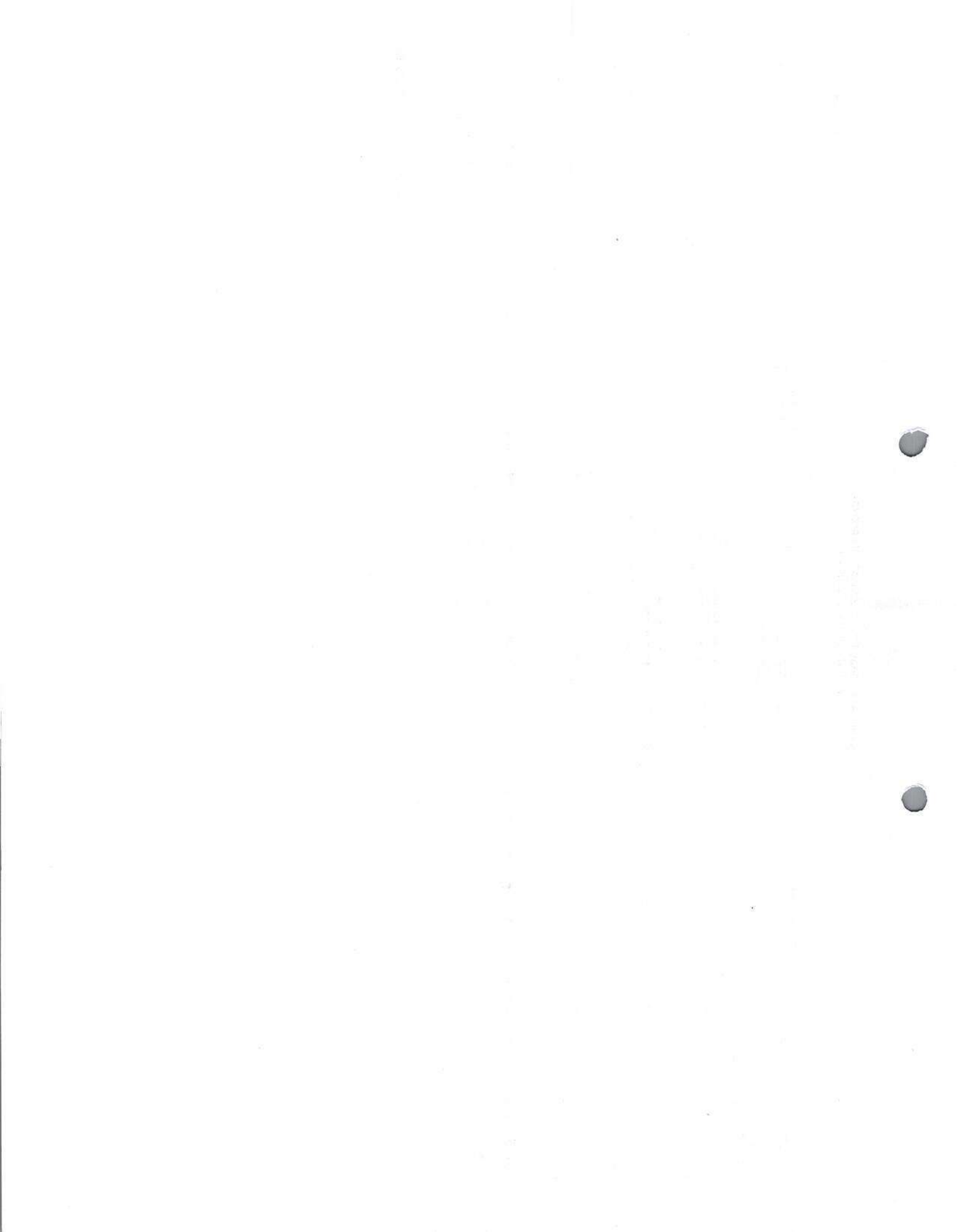
Observaciones:

A este Documento se le aplican las normas relativas del Documento Soporte en adquisidores efectuadas a sujetos no obligados a facturar (Resolución 167 de 30 de diciembre de 2021).
 Número Autorización 18764102291617 aprobado en 20251129 prefijo DSF desde el número 201 al 600 Vigencia: Vigencia: 24 meses.

CUDS: a5db26965807a67790e136a1365e0630a336d43b9e25a817562623b661c4389fe03cc5fdb7c7c506ec6175506c065fb

Elaborado por Siigo S.A.S Nit: 830.048.145-8







FUNDACION GESTION SOCIAL
Nit 900.556.022-3
CALLE 3 7 28 URB LOS MANGOS
Tel: (607) 3208639029
Tame - Colombia



Documento soporte por compras a
sujetos no obligados a facturar
No. DSF 296

Proveedor	JUAN ALBERTO SIERRA		
Nit	700.471.939-1	Teléfono	(607) 0000000
Dirección	Cra 20 # 16-43	Ciudad	Tame - Colombia

Fecha de compra	Fecha de Vencimiento
2026-05-19	--

Ítem	Descripción	Cantidad	Vr. Unitario	Vr. Total
1	Prestación de los servicios como Conserje en el Centro de Bienestar del Adulto Mayor (CBAM) del Municipio de Tame, correspondiente al período comprendido entre el 18 de abril y el 17 de mayo de 2026, en el marco de la ejecución del Convenio de Asociación No. 002 de 2026	1.00	1,890,000.00	1,890,000.00

Valor en Letras:

Un millón ochocientos noventa mil pesos m/cte

Condiciones de Pago:

Efectivo

\$ 1,890,000.00

Total Bruto	1,890,000.00
Total a Pagar	1,890,000.00

Observaciones:

A este Documento se le aplican las normas relativas del Documento Soporte en adquirentes efectuadas a sujetos no obligados a facturar (Resolución 167 de 30 de diciembre de 2021).
Número Autorización 18764102291617 aprobado en 20251129 prefijo DSF desde el número 201 al 600 Vigencia: 24 meses.

CUDS: 67b85a93b2ee0a4479361ba8ea121999cc2f9f00d6a7c1fc6da26a9f36cef8a80baa3e5795f0bb5d5459fe6f14460653

Elaborado por Siigo S.A.S Nit: 830.048.145-8



Handwritten text, possibly a date or reference number, located in the upper right quadrant.

Handwritten text, possibly a title or subject line, located in the upper right quadrant.

Handwritten text, possibly a section header, located in the upper right quadrant.

Main body of handwritten text, appearing to be a list or a series of notes, located in the upper right quadrant.

Handwritten text, possibly a signature or a specific note, located in the upper right quadrant.

Handwritten text, possibly a date or reference, located in the upper right quadrant.

Handwritten text, possibly a signature or a specific note, located in the upper right quadrant.

Handwritten text, possibly a date or reference, located in the center of the page.



PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACION APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL



Formulario de datos generales del aportante y de la planilla, incluyendo información personal, laboral y de contacto.

Table with 10 columns: ADMINISTRADORA, CODIGO, NOMBRE, No. COTIZANTES, COTIZACION, VALOR, PLANILLA, LIQUIDACION, APORTES, MORA, VALOR PAGADO.

Table with 10 columns: ADMINISTRADORA, CODIGO, NOMBRE, No. COTIZANTES, COTIZACION, VALOR, PLANILLA, LIQUIDACION, APORTES, MORA, VALOR PAGADO.

Table with 10 columns: ADMINISTRADORA, CODIGO, NOMBRE, No. COTIZANTES, COTIZACION, VALOR, PLANILLA, LIQUIDACION, APORTES, MORA, VALOR PAGADO.

Main table with 20 columns: N. IDENTIFICACION, NOMBRES, TIPO DE COTIZACION, SALARIO BASICO, TIPO DE SALARIO, TIPO DE CONTRATO, NO. DE COTIZACION, TIPO DE CONTRATO, TIPO DE CONTRATO, TIPO DE CONTRATO, TIPO DE CONTRATO, TIPO DE CONTRATO, TIPO DE CONTRATO, TIPO DE CONTRATO, TIPO DE CONTRATO, TIPO DE CONTRATO, TIPO DE CONTRATO, TIPO DE CONTRATO, TIPO DE CONTRATO, TIPO DE CONTRATO, TIPO DE CONTRATO.

TOTAL PAGADO: \$ 508.300

Planilla Pagada

266

