

Obligación Presupuestal Comprobante

Usuario Solicitante: MHIadino FERNANDO LADINO MIRANDA
Unidad 6 Subunidad: 16-01-02-058 UNIDAD PRESTADORA DE SALUD BOGOTA
Ejecutora Solicitante: Ejecutora 75523
Fecha y Hora Sistema: 2025-06-12 7:35 a. m.

REGISTRO PRESUPUESTAL DE OBLIGACION

Table with columns: Numero, Vigencia Presupuestal, Valor Inicial, Valor Deducciones, Valor Neto, Fecha Registro, Estado, Valor Total Operaciones, Valor Neto, Valor Operaciones, Valor Actual, Valor IVA, Valor Nro. Cdp, Nro. Compromiso, Saldo x Ordenar, Valor x Ordenar, Nro. Cdp, Comprobante Contable.

TERCERO

Table with columns: Identificacion, Numero, Tipo, Fecha, Medio de Pago, Estado, Tipo, Fecha de Registro, Cuenta Bancaria, Documento Soporte.

ITEM PARA AFECTACION DE GASTO

Table with columns: Dependencia, Situac., Recurso, Fuente, Fecha Operacion, Valor Inicial, Valor Operacion, Valor Actual, Saldo x Ordenar.

Objeto: //PERIODO FACTURADO 30 DIAS DE MARZO DE 2025//

Table with columns: Dependencia de Afectacion de PAC, Posicion del Catalogo de PAC, Fecha de Pago, Estado, Valor a Pagar, Posiciones del Catalogo para Pago no Presupuestal, Nombre Beneficiario, Base Gravable, Valor Deducion, Valor Operacion, Valor Actual, Saldo x Ordenar.

PS 7 FERNANDO LADINO MIRANDA
Responsable Central de Cuentas UPRES BOGOTA

PS 17 NOHORA ESTHER VELASQUEZ MENA
Contadora UPRES BOGOTA

MY MARIO ALEXANDER BRAVO POPAYAN
Jefe Administrativo UPRES BOGOTA

TC. IVONNE JOHANNA HERNANDEZ RODRIGUEZ
Jefe Unidad Prestadora de Salud Bogota

Página: 1 de 2
Código: 2BS-FR-0021
Fecha: 12-03-2021
Versión: 5

ELABORACIÓN, EJECUCIÓN Y LIQUIDACIÓN DE CONTRATOS



POLICÍA NACIONAL

Radicado GECOP No. _____

151725

Grado
Nombres y apellidos del funcionario a quien se tramita la cuenta
Cargo del funcionario

TURNO No. 428 (Consecutivo Anual)

No. SISCO: _____
No. CONTRATO: 09-7-20226-25
VALOR PAGO: \$ 10.337.287.10
VALOR QUE SE AMORTIZARÁ CON EL PAGO A TRAMITAR: _____
No. FACTURA (S) O CUENTA DE COBRO: FTA 37

No. REGISTRO QUIPU (aplica para DISAN): _____
FECHA DE RECIBIDO: 01/04/2025
NUMERO DE RADICADO SIF: _____
CONTRATISTA: Totiano del Pilar
NIT DEL CONTRATISTA: 52.346.324.

DOCUMENTOS PARA EL TRÁMITE DE CUENTAS

- 1. EL CONTRATISTA REALIZÓ EL ENDOSO DE LA FACTURA O CUENTA DE COBRO SI _____ NO _____
- 2. EL CONTRATISTA SOLICITÓ LA CESIÓN DE DERECHOS ECONÓMICOS DEL CONTRATO SI _____ NO _____
- 3. LA CESIÓN DE DERECHOS ECONOMICOS DEL CONTRATO ESTÁ AUTORIZADA POR EL ORDENADOR DEL GASTO SI _____ NO _____

ENDOSADA A: (RELACIONAR NOMBRE, NIT Y CUENTA BANCARIA DEL TERCERO CESIONARIO BENEFICARIO DEL PAGO) _____ CUENTA BANCARIA: _____

4. NÚMERO DEL REGISTRO PRESUPUESTAL DEL CONTRATO QUE SOPORTA EL TRÁMITE DE PAGO (REGISTRADO EN SECOP) _____

5. CONSTANCIA DE RECIBIDO EXPEDIDA POR EL SUPERVISOR/COORDINADOR/INTERVENTOR DEL CONTRATO A SATISFACCIÓN (ORIGINAL)

6. FACTURA ORIGINAL:

7. CERTIFICACIÓN DE APORTES PARAFISCALES VIGENTE, DE FECHA: _____

8. NÚMERO DE PEDIDO SAP DEL SERVICIO Y/O BIEN: _____

8.1 NÚMERO DE ENTRADA QUIPU DEL BIEN (APLICA PARA DISAN): _____

9. APROBACIÓN DE GARANTÍA, CONTRATO, ADICIÓN O PRÓRROGA -PUBLICADA EN SECOP

10. CONTRATO, ADICIONES, PRÓRROGAS Y/O MODIFICACIONES. PUBLICADOS EN SECOP

11. COPIA FIEL DEL ORIGINAL DEL PAGO DE INDUSTRIA Y CONSTRUCCIÓN FIC, CONTRATOS DE OBRA.

12. ENDOSO DE FACTURAS Y/O CESIÓN DE DERECHOS ECONÓMICOS. PUBLICADO EN SECOP

13. CERTIFICACIÓN BANCARIA DEL CESIONARIO DEL ENDOSO Y/O CESIÓN DE DERECHOS, PUBLICADA EN SECOP.

14. DOCUMENTOS QUE ACREDITAN EL CUMPLIMIENTO DE PAGO APORTES SALUD Y PENSIÓN, REMUNERACIÓN SERVICIOS (ORIGINAL). PARÁGRAFO 1 ARTÍCULO 4 DEL DECRETO 2271 DEL 18 DE JUNIO DE 2009,

14/03

OBSERVACIONES: _____
LA CUENTA BANCARIA DEL BENEFICIARIO DEL PAGO SE ENCUENTRA ACTIVA EN SIF SI _____ NO _____

FIRMA
POSTFIRMA (GRADO, APELLIDOS Y NOMBRES DEL FUNCIONARIO QUE TRAMITA LA CUENTA)
CARGO Y UNIDAD

ELABORACIÓN, EJECUCIÓN Y LIQUIDACIÓN DE CONTRATOS

PLANILLA ASIGNACIÓN TURNO-TRÁMITE DE CUENTAS

POLICÍA NACIONAL



ESTE CAMPO APLICA SÓLO PARA LOS CASOS EN QUE SE REALIZA LA DEVOLUCIÓN DE LA FACTURACIÓN O CUENTA DE COBRO

REQUIERE LA ANULACIÓN DEL TURNO.


SI NO

FIRMA _____

POSTRIMA (GRADO, APELLIDOS Y NOMBRES) DEL FUNCIONARIO QUE REALIZA LA DEVOLUCIÓN: _____

MOTIVO DEVOLUCIÓN: _____

FECHA DE DEVOLUCIÓN: _____
Nro. RADICADO COMUNICACIÓN OFICIAL DEVOLUCIÓN: _____


Página 1 de 2	PROCESO ADQUIRIR BIENES Y SERVICIOS	 POLICIA NACIONAL
Código: 2BS-FR-0045		
Fecha: 12-03-2021		
Versión: 3		
CONSTANCIA RECIBO A SATISFACCIÓN DE BIENES O SERVICIOS		

Ciudad y fecha:	Bogotá, D.C. Abril 01 de 2025																							
Unidad:	UNIDAD PRESTADORA DE SALUD BOGOTÁ																							
Tipo de contrato	Tipo de contrato		Marque el tipo de contrato																					
	Orden de compra																							
	Contrato de obra																							
	Contrato de consultoría																							
	Contrato de prestación de servicios		X																					
	Contrato de compraventa																							
	Contrato de suministro																							
Contrato interadministrativo																								
Contrato /aceptación de oferta u orden de compra No.	97-7-20226-25																							
Constancia de recibido No.	01																							
Contratista:	TATIANA DEL PILAR AGUAS LEAL																							
NIT del contratista:	52.346.324																							
Objeto del contrato o aceptación de oferta:	PRESTACIÓN SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO ESPECIALISTA II EN MEDICINA INTERNA																							
Instrumento de agregación y número del Acuerdo Marco de Precios (aplica sólo para órdenes de compra):	NO APLICA																							
Valor del contrato / aceptación de oferta u orden de compra:	\$ 59.070.212.00 Total																							
Plazo de ejecución:	10/03/2025 AL 09/07/2025																							
Fecha de vencimiento (aplica solo para órdenes de compra)	NO APLICA																							
Lugar de ejecución y/o entrega	Calle 51 No 90-07 sur Bosa Porvenir en la Clínica de la Policía Sede Sur																							
Incumplimiento del plazo de ejecución Si <u>NO</u> X	NO																							
Nombre del supervisor/coordinador del contrato y cargo que desempeña:	ST. HECTOR JOSE GRIMALDO PRETEL Jefe Grupo Asistencial Clínica de la Policía Sede Sur																							
Fecha de entrega certificada:	Del 10 al 30 de Marzo de 2025																							
Valor que se está certificando con la presente constancia de recibido de la vigencia (2025)	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>Vigencia</th> <th>Unidad</th> <th>Recurso</th> <th>Descripción de bienes o servicios recibidos</th> <th>Valor Recibido</th> <th>Valor Facturado</th> <th>Valor a amortizar y/o descontar</th> <th>Valor a pagar</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">2025</td> <td style="text-align: center;">UPRES BOGOTÁ</td> <td style="text-align: center;">16</td> <td style="text-align: center;">PRESTACIÓN DE SERVICIO MEDICO INTERNISTA</td> <td style="text-align: right;">\$10.337.287.10</td> <td style="text-align: right;">\$10.337.287.10</td> <td style="text-align: right;">\$0</td> <td style="text-align: right;">\$10.337.287.10</td> </tr> </tbody> </table>								Vigencia	Unidad	Recurso	Descripción de bienes o servicios recibidos	Valor Recibido	Valor Facturado	Valor a amortizar y/o descontar	Valor a pagar	2025	UPRES BOGOTÁ	16	PRESTACIÓN DE SERVICIO MEDICO INTERNISTA	\$10.337.287.10	\$10.337.287.10	\$0	\$10.337.287.10
	Vigencia	Unidad	Recurso	Descripción de bienes o servicios recibidos	Valor Recibido	Valor Facturado	Valor a amortizar y/o descontar	Valor a pagar																
2025	UPRES BOGOTÁ	16	PRESTACIÓN DE SERVICIO MEDICO INTERNISTA	\$10.337.287.10	\$10.337.287.10	\$0	\$10.337.287.10																	
<p>Cuando se estén certificando valores recibidos de adiciones del contrato, se deberán relacionar por cuadro separado del principal, cada uno.</p> <p>Para las órdenes de compra en trámite de incumplimiento, el supervisor deberá indicar el % de descuento aplicado y el valor total que incluya el descuento. Anexar soportes del trámite de incumplimiento de Colombia Compra Eficiente.</p>																								
Acta de recepción de bienes	NO APLICA																							

No. factura	Fecha factura	Valor factura	Nota crédito o débito	Valor neto
FTA 37	01 de Abril de 2025	\$10.337.287.10		\$10.337.287.10
Valor total bienes y/o servicios recibidos				\$10.337.287.10

CONCEPTO DE CUMPLIMIENTO: Informe de actividades mensual las actividades se prestaron dentro del plazo de ejecución, Cumpliendo con las especificaciones técnicas y condiciones estipuladas en el contrato, pago de los aportes al sistema general de seguridad social, avala el pago de la cuenta de cobro No FTA-37 de fecha Abril 01 de 2025.

Por medio de la presente constancia de recibo a satisfacción y en mi condición de supervisor acredito el cumplimiento de las obligaciones del contratista y certifico que los bienes y servicios relacionados cumplen con las especificaciones técnicas contratadas.

Página 2 de 2	PROCESO ADQUIRIR BIENES Y SERVICIOS	 POLICIA NACIONAL
Código: 2BS-FR-0045		
Fecha: 12-03-2021	CONSTANCIA RECIBO A SATISFACCIÓN DE BIENES O SERVICIOS	
Versión: 3		

No.	Obligación Contractual o especificación técnica	CUMPLIO	Observaciones y Evidencias
1	Prescribir actividades y procedimientos médicos y medicamentos cuando en ejercicio de su profesión lo requiera por lo cual deba deberá acogerse a la Resolución N° 438 del 28 de noviembre de 2017, el Acuerdo 052 de 01/04/2013 del Consejo Superior de Salud de las Fuerzas Militares y de Policía Nacional y a las guías de manejo establecidas y que se establezcan en la Dirección de Sanidad policial cuando a ello haya lugar	SI	NINGUNA
2	Atender consulta de medicina agendadas por Contac Center y SISAP, en la atención a los usuarios del subsistema de salud de Sanidad de la Policía Nacional, observar y escuchar al paciente o familiar sobre cambios en la salud ya sean positivos o negativos presentados, Evaluar exámenes de laboratorio, radiografías, tratamientos e indicaciones médicas, Realizar examen físico (como toma de tensión, auscultación, palpación y peso), y explicar al paciente el estilo de vida saludable	SI	NINGUNA
3	Diagnosticar pacientes con enfermedades que afectan a diferentes órganos, realizar revisiones periódicas a los pacientes que necesiten de esta especialidad	SI	NINGUNA
4	Asistencia a adultos mayores con patologías como diabetes, insuficiencia cardiaca, entre otros	SI	NINGUNA
5	Verificar y asegurar la continuidad en la ruta de atención del usuario y así mismo realizar monitoreo de las actividades del programa de promoción de la salud y prevención de la enfermedad	SI	NINGUNA
6	Realizar examen físico, análisis de la sintomatología, signos y los exámenes que ordenen debe hacerse de acuerdo a las guías de manejo y protocolos, según conocimiento médico-científico y criterio profesional en la especialidad	SI	NINGUNA
7	Realizar interconsulta y remitir pacientes a otras especialidades cuando se requiera de acuerdo a las normas del sistema de remisión de paciente, dejando los registros en la historia clínica	SI	NINGUNA
8	Realizar el correcto diligenciamiento de las historias en cumplimiento con las exigencias legales y éticas artículos ARTÍCULO 3: CARACTERIZACION DE LA HISOTRIA CLINICA. Define: Racionalidad científica: para efectos de la presente resolución, es la aplicación de criterios científicos en el diligenciamiento y registro de las acciones en salud brindadas a un usuario, de modo que evidencie en forma lógica, clara y completa, el procedimiento que se realice ante las investigaciones de condiciones de la salud del paciente, diagnóstico y plan de manejo". ARTICULO 5: GENERALIDADES "la historia clínica debe diligenciarse en forma clara, legible". C Realizar la medición de acuerdo al código de diagnóstico y/o congruencia según los datos registrados en la historia clínica	SI	NINGUNA

NOTA: para la radicación de la constancia de recibo a satisfacción, el supervisor deberá acompañarla, con el informe de supervisión correspondiente al periodo o la entrega certificada, junto con la publicación de la factura por parte del contratista en el SECOP II – Plan de pagos.
Observación:

FIRMA DE SUPERVISOR



ST. HECTOR JOSE GRIMALDO PRETEL
 Jefe Grupo Asistencial Clínica de la Policía Sede Sur
 Supervisor contrato No 97-7-20226-25

CUENTA DE COBRO N° 01

Bogotá D.C., Abril 01 de 2025.

UNIDAD PRESTADORA DE SALUD BOGOTÁ

NIT. 901.361.596-4

DEBE A:

TATIANA DEL PILAR AGUAS LEAL identificado con Cédula de Ciudadanía No. 52.346.324 expedida en Bogotá, la suma de \$ 10.337.287.10 por concepto de las actividades desempeñadas del 10 al 30 de marzo del presente año, de acuerdo al objeto y obligaciones pactadas en el contrato de prestaciones de servicios No. 97-7-20226-25 suscrito con la Unidad Prestadora de Salud Bogotá para prestar mis servicios como Médico Internista

Favor consignar en la cuenta Ahorros N° 912-703381-22 del Banco Bancolombia de acuerdo con el contrato estipulado.

Atentamente,



TATIANA DEL PILAR AGUAS LEAL

C.C 52.346.324

Teléfono 3007544883

Bogotá D.C., Abril 01 de 2025.

Señores:

Unidad Prestadora de Salud Bogotá

Dirección de Sanidad

Policía Nacional

Ciudad.

Yo, TATIANA DEL PILAR AGUAS LEAL identificado con cédula de ciudadanía No 52.346.324 expedida en Bogotá para los efectos previstos en la Ley 1607 de 2012 y el Decreto reglamentario 0099 de 2013 del Ministerio de Hacienda y Crédito Público, certifico bajo la gravedad de juramento, que me encuentro enmarcado dentro de la categoría tributaria como; empleado, según el Artículo 329 del Estatuto Tributario, teniendo en cuenta que en una proporción igual o superior al 80% de mis ingresos, provienen de la actividad de profesiones liberales desarrollada en la Unidad Prestadora de Salud Bogotá, además mi condición es de SI declarante del impuesto sobre la renta.

Cordialmente,



TATIANA DEL PILAR AGUAS LEAL

C.C 52.346.324

Teléfono 3007544883

Bogotá D.C., Abril 01 de 2025

Señores:
Unidad Prestadora de Salud Bogotá
Policía Nacional
Ciudad

Respetados señores;

YO, TATIANA DEL PILAR AGUAS LEAL identificado con Cédula de Ciudadanía No. 52.346.324 expedida en Bogotá para los efectos previstos en el Artículo 13, Decreto 0723 de 2013, certifico bajo la gravedad de juramento, que los documentos soporte del pago de aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social en Salud, Pensión y Riesgos Laborales de acuerdo a los porcentajes establecidos por las normas vigentes (12,5% salud, 16% pensión y riesgos laborales para administrativos del 1,044% o si es asistencial del 2,436%) sobre una base de cotización del 40% de los honorarios mensuales percibidos, corresponden a los ingresos provenientes del contrato No. 97-7-20226-25 con la Unidad Prestadora de Salud Bogotá.

VALOR A COTIZAR		VALOR COTIZADO SEGÚN LIQUIDACIÓN
		No
HONORARIOS MENSUALES	\$ 14.767.553,00	\$ 10.337.287,10
BASE COTIZACIÓN 40% (MINIMO EL MINIMO)	\$ 5.907.021,20	\$ 5.907.021,20
APORTE SALUD 12,5%	\$ 738.377,65	\$ 0,00
APORTE PENSIÓN (16%)	\$ 945.123,39	\$ 0,00
APORTE RIESGOS LABORALES		
ASISTENCIALES 2,436%	\$ 143.895,04	\$ 0,00
ADMINISTRATIVOS RIESGO III 1,044%		

observaciones:N/A

Cordialmente,



TATIANA DEL PILAR AGUAS LEAL
C.C 52.346.324 de Bogotá

TATIANA DEL PILAR AGUAS LEAL

NIT: 52346324-6

Régimen: No responsable de IVA

Persona Natural

CR 58 66 B 26, Bogotá D.C., Bogotá, Colombia

Tel. 3206372912

Email. tatyaguas@hotmail.com

Autorización factura electrónica de venta No. 18764090285638 válida desde 2025-03-11 hasta 2025-09-11 rango desde FTA36 hasta FTA100.

Cliente:	UNIDAD PRESTADORA DE SALUD BOGOTA
NIT :	901361596
Dirección:	CR 68 B BIS 44 58, Bogotá, D.C., Bogotá, Colombia, CP 111001
Teléfono:	5804400
Email:	siifnacion.facturaelectronica@minhacienda.gov.co
Tipo de negociación:	Crédito
Medio de Pago:	Transferencia Crédito Bancario
Fecha de Pago:	12/03/2025
Total de Lineas:	1

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA :	FTA37				
MONEDA:	COP Colombia, Pesos				
HORA EMISIÓN:	16:56:12-05:00				
FECHA FIRMADO:	11/03/2025 16:56:14				
FECHA DE EMISIÓN			FECHA DE VENCIMIENTO		
DÍA	MES	AÑO	DÍA	MES	AÑO
11	03	2025	12	03	2025

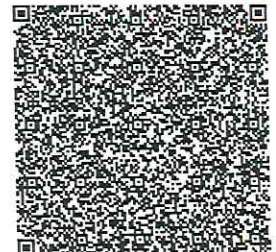
#	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	U.M	CANTIDAD	PRECIO U.	IMPUESTOS			DCTO.	TOTAL
						NOM.	% o VAL	MONTO		
1	001	HONORARIOS MEDICOS PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS PROFESIONALES COMO MEDICO INTERNISTA DURANTE EL MES DEL 10 AL 30 DE MARZO DE 2025. #S16-01-02-058;97-7-20226-25;jorge.currea@correo.policia.gov.co#S	94	1,00	\$10.337.287,10				0,00	\$10.337.287,10

Notas: #S16-01-02-058;97-7-20226-25;jorge.currea@correo.policia.gov.co#S	Subtotal:	\$10.337.287,10
	Cargos:	\$0.00
	Descuento:	\$0.00
SON: (diez millones trescientos treinta y siete mil doscientos ochenta y siete pesos diez centavos) CUFE: ed31d12eb5a258e6ee03e5d88ad851b24272ab82b4caf6fa021be945b6d3f1ba5753f0fc448a8d4e70da8ab0e0b88b88	Total:	\$10.337.287,10

Firma Digital: d3O8o9oVI/5qTueGZFB1ycoS+1+HFXIWFcqUo/vuOITG1YGJV3F7XTG48d2c2PQ
WGghF2V3eqE9XuG8yWfNJoR2TFDq0JEpYalF26LUXgD1V4U1
vSRy6wBX2p5Vhy /8CBp+2dLgJnWaxPDQwiU3mTFjB951BwjLxiF81Vc9sp85fwsdaSsoc6HcbIQX1u IR9WrkQDD/eFRbj1IBE3M(CJzMwIKDRkMs4
L17PyfK+ySn3bHewrF0ciEWSN6iNc MsOPYorJA03KaPBW55kA+VYxfAhX4N+bK1tKJ9R77BstjJXUIVvqpwNA873krOM tmbaL8UnSkhMHu2zm6e6
Qg==

Esta factura es un título valor de acuerdo al art. 774 del C.C. y una vez aceptada declara haber recibido los bienes y servicios a satisfacción.

Representación Gráfica de la Factura de Venta Electrónica.





CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL POS DE EPS SANITAS

* La EPS SANITAS en desarrollo de su programa especial para la garantía y prestación del Plan Obligatorio de Salud denominado EPS SANITAS,

CERTIFICA

Que **Tatiana Del Pilar Aguas Leal**, identificado(a) con CC número **52346324**, está registrado(a) en el POS DE EPS SANITAS con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 52346324
NOMBRES Y APELLIDOS	Tatiana Del Pilar Aguas Leal
TIPO DE AFILIADO	Titular
PARENTESCO	Titular
FECHA DE NACIMIENTO	30/12/1976
ESTADO DE LA AFILIACIÓN	0 Tiene Derecho A Cobertura Integral
CAUSA ESTADO DE AFILIACIÓN	10 - Cobertura Integral
FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS	01/04/2013
FECHA DE RETIRO LABORAL / EPS SANITAS	Activo(a)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SANITAS	285 semanas
SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
SEMANAS COTIZADAS EN ÚLTIMO AÑO	20 semanas
RÉGIMEN	Contributivo
FECHA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN	01/08/2024
NIVEL SISBEN	No aplica
* EMPLEADOR(ES)*	

N.I.T. 900156264 NUEVA EPS Desde 15/08/2024 - Vigente
CEDULA DE CIUDADANIA 52346324 TATIANA DEL PILAR
AGUAS LEAL Desde 01/08/2024 Hasta 31/08/2024N.I.T.
900267502 AGM SALUD COOPERATIVA DE TRABAJO
ASOCIADO Desde 01/08/2024 Hasta 01/08/2024

INFORMACIÓN DEL GRUPO FAMILIAR

La **EPS SANITAS** en desarrollo de su programa especial para la garantía y prestación del Plan Obligatorio de Salud denominado **EPS SANITAS**,

CERTIFICA

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	TI 1141526003
NOMBRES Y APELLIDOS	Violetta Roncallo Aguas
TIPO DE AFILIADO	Beneficiario
PARENTESCO	Hijo(A)
FECHA DE NACIMIENTO	01/04/2016
ESTADO DE LA AFILIACIÓN	0 Tiene Derecho A Cobertura Integral
CAUSA ESTADO DE AFILIACIÓN	10 - Cobertura Integral
FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS	08/04/2016
FECHA DE RETIRO LABORAL / EPS SANITAS	Activo(a)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SANITAS	121 semanas
SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
SEMANAS COTIZADAS EN ÚLTIMO AÑO	20 semanas
RÉGIMEN	Contributivo
FECHA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN	01/08/2024
NIVEL SISBEN	No aplica

Generado por interfaces

12/03/2025

ESTE DOCUMENTO "NO ES VÁLIDO" PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, NI PARA TRASLADOS.



CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.

HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el Ramo de Riesgos Laborales se evidenció que, **TATIANA DELPILAR AGUAS LEAL** identificado con CC No. **52346324**, registra la siguiente información.

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
UNIDAD PRESTADORA DE SALUD BOGOTA - NI. 901361596	Fecha de inicio de cobertura: 28/11/2024 Estado Afiliación: ACTIVO Fecha de inicio de Contrato: 10/03/2025 Fecha fin de Contrato: 09/07/2025 Tipo Vinculación: TRABAJADOR INDEPENDIENTE Clase de Riesgo: 5

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

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202501013368327.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 12 días del mes de marzo de 2025.

Cordialmente,

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

Positiva Compañía de Seguros S.A.
N.I.L. 800.011.152-6 | 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. - 8:00 p. m. | El Defensor, resolverá los 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 autorregulación.

**LA ASEGURADORA
DE TODOS LOS
COLOMBIANOS**

