E.P.S. Sanitas
Sanitas Internacional

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 **Yurany Tatiana Vargas Gonzalez** identificado(a) con **CEDULA DE CIUDADANIA** número **1012327722,** está registrado(a) en el POS DE EPS SANITAS con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 1012327722
NOMBRES Y APELLIDOS	Yurany Tatiana Vargas Gonzalez
TIPO DE AFILIADO	Segundo Cotizante
PARENTESCO	Conyuge
FECHA DE NACIMIENTO	08/12/1986
ESTADO DE LA AFILIACIÓN	0 Tiene Derecho A Cobertura Integral
CAUSA ESTADO DE LA AFILIACIÓN	10 - Cobertura Integral
FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS	01/04/2020
FECHA RETIRO LABORAL / EPS SANITAS	Activo(a)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SANITAS	34 semanas
SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
SEMANAS COTIZADAS EN ÚLTIMO AÑO	34 semanas
RÉGIMEN	Contributivo
FECHA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN	01/04/2020
NIVEL SISBEN	No aplica
EMPLEADOR(ES)*	

CEDULA DE CIUDADANIA 1012327722 Trabajador Independiente Desde 10/05/2025 - Vigente
CEDULA DE CIUDADANIA 1012327722 Trabajador Independiente Desde 15/05/2024 Hasta 31/03/2025

Generado por yeatorres 14/05/2025

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

COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) YURANY TATIANA VARGAS GONZALEZ identificado(a) con C.C No. 1.012.327.722, se encuentra afiliado(a) al Fondo Pensiones Obligatorias NIT 800.227.940-6.

Se expide la presente certificación a solicitud del afiliado(a) el día 16 de junio del 2025.

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

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



Leonardo Cáceres García
Gerente Cuentas y Recaudo
Colfondos S.A Pensiones y Cesantías

Hacienda

POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el Ramo de Riesgos Laborales se evidenció que, **YURANY TATIANA VARGAS GONZALEZ** identificado con **CC** No. **1012327722**, registra la siguiente información.

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E - NI. 900959051	**Fecha de inicio de cobertura:** 01/06/2025 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Fecha de inicio de Contrato:** 01/06/2025 **Fecha fin de Contrato:** 31/12/2025 **Tipo Vinculación:** TRABAJADOR INDEPENDIENTE **Clase de Riesgo:** 3

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 prorroga 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): 202501016179891.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 16 días del mes de junio de 2025.

Cordialmente,

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
APO_13_2_2_FR01 v_09
MIS_4_1_3_FR15 v_010

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO - GESTION DE CONTRATACIÓN
FORMATO CUENTA DE COBRO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN

CÓDIGO: AP-IA-FT-014
VERSIÓN: 5
FECHA: 2024-09-09

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-06-2025)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	**YURANY TATIANA VARGAS GONZALEZ**			**CC:**	**1012327722**
CORREO ELECTRÓNICO:	**matticas08@gmail.com**			**TELÉFONO:**	**3025456965**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**KR 11A 14 39 SUR**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**488415324083**

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO						
Nº DEL CONTRATO:	**PS 5528 2025**	**N° CDP:**	**1580**	**N°. RP:**	**24981**	**PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: TRES (03) MESES**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2025/01/06**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		**2025/08/31**		
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2025/06/01 AL 2025/06/30**					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	**$ 1.657.614**					

YURANY TATIANA VARGAS GONZALEZ
PS_5528_2025_5EF65D-2025-06-17 15:52:33

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
YURANY TATIANA VARGAS GONZALEZ
CC: 1012327722
CEL: 3025456965

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.	**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E** **APOYO - GESTION DE CONTRATACIÓN** **FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN Y SUPERVISION DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN**	**CÓDIGO:** **AP-IA-FT-077** **VERSIÓN: 2** **FECHA: 2025-06-09**

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y			
YURANY TATIANA VARGAS GONZALEZ			
	CON C.C N°	**1.012.327.722**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCI?N DE SERVICIOS AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS EN SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. - CONVENIO EBS DE MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL SEG?N RESOLUCION 1499 26-08-2024		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 5528 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/01/06**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 7.500.024	**No. HORAS EJECUTADAS**	**122**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 7.500.024	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 1.657.614
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	TRES (03) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SANTA CLARA		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO		

ITEM	**II. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO (Deben ser coherentes con las obligaciones específicas del contrato realizadas durante el mes)**
1	participe de forma virtual en capacitación de lineamientos operativos para el proyecto Mas Bienestar
2	participe de forma actica en las actividades programadas por medio de la organización de EBS en la secretaria de salud
3	participe en reunión hospital santa clara

III. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS

SE VERIFICA QUE QUE HA CUMPLIDO CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS DURANTE EL MES O PERIODO LABORADO Y SE APRUEBA PARA EL PAGO RESPECTIVO.

ITEM	**CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS**	**SI**	**NO**
1	¿El contrato se encuentra debidamente legalizado?	**X**	
2	¿El contratista autorizó que los impuestos que debe cancelar para la legalización del mencionado contrato le sean descontados del valor a cancelar como consta en la declaración del informe de ejecución de actividades?	**X**	
3	¿Que el contratista presentó satisfactoriamente las obligaciones contractuales, los cuales pueden ser verificados en el informe anexo y en el SECOP?	**X**	
4	¿Que el contratista da cumplimiento a sus obligaciones frente a los aportes al sistema de seguridad social y de parafiscales, tal como exige el artículo 50 de la Ley 789 de 2002?	**X**	
5	¿Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo secop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro?	**X**	

Teniendo en cuenta lo anterior y conforme a la **clausula "Forma de Pago,** ***CERTIFICO*** el cumplimiento de las obligaciones pactadas con el contratista, para el pago correspondiente al periodo del (2025-06-01) AL (2025-06-30)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N°	OPERADOR:	SIMPLE
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS		$ 0
PENSIÓN:	COLFONDOS		$ 0
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA		$ 0
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 0

V. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA	
1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del período de cobro. 2.- Que realicé el pago de la Seguridad Social donde el ibc se calculo sobre el 40% de los ingresos cancelados del mes anterior pago del cual anexo copia simple, sin que en ningun caso el IBC sea menor a 1 SMMLV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliacion a eps, arl, pension, rut) 3- Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo secop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro . 4.- Que autorizo los impuestos a que estoy obligado a pagar, por ocasión al señalado contrato.	
VII. ANEXOS (Cuando se requiera como una de las obligaciones del contrato)	
Anexar evidencias fotográficas y/o documentales que soporten las actividades realizadas en el período correspondiente	
NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA	*YURANY TATIANA VARGAS GONZALEZ* *PS_5528_2025_5EF65D-2025-06-17 15:52:33* **YURANY TATIANA VARGAS GONZALEZ** **CC: 1012327722**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO* *PS_5528_2025_5EF65D-2025-06-18 01:23:32* **BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	CODIGO:ET-CO-FT-001 VERSION:05
	FORMATO ACTA DE REUNIÓN	FECHA: 2024-06-04

FECHA AÑO/MES/DÍA	NOMBRE DE LA REUNIÓN	HORA INICIO	HORA FINAL
2025/06/13	Apropiación de lineamientos de los Equipos Basicos	9:00	5:00

Proceso, área que lidera la reunión	Nombre de quien elabora el acta
Equipos Basicos de Salud	

1. Objetivo de la reunión:

Realizar Apropiación de lineamientos de los Equipos Basicos de salud

2. Temas a tratar:

Abordaje extramural de hogares por parte de los equipos basicos en salud, Estrategia + Bienestar.

3. Desarrollo:

Interacción integral e integrada
Cuidado para la salud Familia,
* Gestión Territorial
* Gestion Familiar del Riesgo
* Plan de Cuidado,
- Plan de cuidado familiar en zonas de ruralidad dispersa
* Plan de cuidado Individual
Plan de Cuidado individual Medicina General
Nutrición
Enfermeria
Psicologia
Vacunacion extramural
* Plan de Cuidado Territorial

los EBEH hacen parte de la capa de gestion extramural del pilar de GESTION Integral del Riesgo del modelo de atención en salud MAS BIENESTAR, el cual contempla componentes de la Atención primaria Social, centrando su abordaje en la generación

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	CODIGO:ET-CO-FT-001 VERSION:05
	FORMATO ACTA DE REUNIÓN	FECHA: 2024-06-04

FECHA AÑO/MES/DÍA	NOMBRE DE LA REUNIÓN	HORA INICIO	HORA FINAL
2025/06/13	Apropiación de lineamientos de los Equipos Basicos	9:00	5:00

Proceso, área que lidera la reunión	Nombre de quien elabora el acta
Equipos Basicos de Salud	

1. Objetivo de la reunión:

Realizar Apropiación de lineamientos de los Equipos Basicos de salud

2. Temas a tratar:

Abordaje extramural de hogares por parte de los equipos basicos en salud, Estrategia + Bienestar.

3. Desarrollo:

Interacción integral e integrada
Cuidado para la salud Familia,
* Gestión Territorial
* Gestion Familiar del Riesgo
* Plan de Cuidado,
- Plan de cuidado familiar en zonas de ruralidad dispersa
* Plan de cuidado Individual
Plan de Cuidado individual Medicina General
Nutrición
Enfermeria
Psicologia
Vacunacion extramural
* Plan de Cuidado Territorial

los EBEH hacen parte de la capa de gestion extramural del pilar de GESTION Integral del Riesgo del modelo de atención en salud MAS BIENESTAR, el cual contempla componentes de la Atención primaria Social, centrando su abordaje en la generación

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	CODIGO:ET-CO-FT-001 VERSION:05
	FORMATO ACTA DE REUNIÓN	FECHA: 2024-06-04

FECHA AÑO/MES/DÍA	NOMBRE DE LA REUNIÓN	HORA INICIO	HORA FINAL
2025/06/13	Apropiacion de lineamientos de los EBEH	9:00	5:00

3. Desarrollo (Continuación):

etc bienestar y salud, donde la persona, la familia y la comunidad son el nucleo fundamental para la identificacion temprana e intervencion oportuna de riesgos. generando procesos corresponsables para el cuidado de la salud

Accion integral e integrada abordaje etnico diferencial
Abordaje diferencial a familias negras y afrocolombianas desde la estrategia KILOMBO
Acciones propias de Medicina Ancestral de comunidades negras y afrocolombianas
Acciones propias desde los saberes Ancestrales (Medicina Ancestral y Parteria)
Abordaje Diferencial a familia RROM GITANAS
Abordaje diferencial a familias palenqueras desde la Estrategia KILUMBO

los EOF hacen parte de gestion extramural del pilar de la gestion integral del Riesgo, el modelo de atencion en salud MAS BIENESTAR, el cual contempla componentes de la Atencion Primaria Social centrando su abordaje en la generacion de bienestar y salud, donde la persona, la familia y la comunidad son el nucleo fundamental para la identificacion temprana e intervencion oportuna de riesgos generando procesos corresponsables para el cuidado de la salud

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.

SECRETARÍA DE SALUD BOGOTÁ

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD
Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	CODIGO:ET-CO-FT-001 VERSION:05
FORMATO ACTA DE REUNIÓN	FECHA: 2024-06-04

FECHA AÑO/MES/DÍA	NOMBRE DE LA REUNIÓN	HORA INICIO	HORA FINAL
2025/06/13	Apropiacion de lineamientos de los ESE H	9:00	5:00

Manual de Agendamiento ESE H.

la organización Mundial de la salud (OMS) define que el modelo de atencion en salud organiza los componentes del sistema de servicios de salud, con el fin de contribuir a su funcion colectiva cumpliendo el derecho a la salud, basado en territorio y poblacion A traves de Redes de Atencion integrada e integral, Institucionales y comunitarias, enfatizando en la participacion de la poblacion en la generacion de la salud

El plan de Desarrollo economico, social, ambiental y de obras publicas del Distrito capital 2024-2027 "BOGOTA CAMINA SEGURA, contempla el programa 71 "Salud con calidad y en el territorio" el cual incluye la meta 22 implementar un "Modelo de salud centrado en atencion primaria social para el bienestar de la poblacion de Bogota D.C.

En conclusion el modelo de salud +MAS BIENESTAR, acorde a las caracteristicas y necesidades de la ciudad y sus pobladores busca:

- Mejorar el acceso equitativo efectivo, disponible y de calidad en la prestacion de los servicios de salud
- Fortalecer la gobernabilidad y gobernanza territorial, intersectorial y transectorial para elevar el nivel de bienestar, calidad de vida y Salud de la poblacion
- Reducir las desigualdades asociadas a la transicion demografica poblacional es, ambientales

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.

SECRETARÍA DE SALUD | BOGOTÁ

FECHA AÑO/MES/DÍA	NOMBRE DE LA REUNIÓN	HORA INICIO	HORA FINAL

sociales diferenciales y determinan el estado de salud de la población

- Desarrollar acciones para mitigar la persistencia de eventos priorizados en salud pública, asociados a determinantes sociales y dinámicas de vulnerabilidad en grupos poblacionales o territorios específicos de la ciudad
- Generar capacidades para prevenir, alertar y dar una respuesta institucional y social oportuna ante alertas sanitarias, emergencias, desastres, enfermedades emergentes y reemergentes.

Atención Primaria en Salud
Desarrollo de Capacidades
Entorno
EBS
Intersectorialidad
Microterritorio en Salud
Modelo de Salud
Procesos cuidadores y deteriorantes
Territorialización

La ley 1751 de 215 regula la salud como Derecho Fundamental autónomo e irrenunciable de las personas, Familias y comunidades en lo individual y en lo colectivo.

4. Compromisos Establecidos y Responsables					
Qué	Quién	Cuando	Observaciones		
Tarea o Actividad	Responsable	Fecha límite	Si	No	
	Tatiana Vargas				

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SALUD

	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	CODIGO:ET-CO-FT-001 VERSION:05
	FORMATO ACTA DE REUNIÓN	FECHA: 2024-06-04

FECHA AÑO/MES/DÍA	NOMBRE DE LA REUNIÓN	HORA INICIO	HORA FINAL
2025/06/13	Agrupación de lineamiento de los EBS.	9:00	5:00

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SALUD
Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.

	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	CODIGO:ET-CO-FT-001 VERSION:05
	FORMATO ACTA DE REUNIÓN	FECHA: 2024-06-04

FECHA AÑO/MES/DÍA	NOMBRE DE LA REUNIÓN	HORA INICIO	HORA FINAL
13/06/2025	Apropiación de lineamiento EBS	9:00	5:00

5. Asistencia				
Nombres y Apellidos	**Cargo**	**Área (unidad)**	**Correo**	**Firma**
Tatiana Vargas	Aux Enfermeria	Extramural.	mattiras08@gmail.	Tatiana Vargas

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Centro Oriente E.S.E.

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

E.P.S. Sanitas
Sanitas Internacional

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 **Yurany Tatiana Vargas Gonzalez** identificado(a) con **CEDULA DE CIUDADANIA** número **1012327722,** está registrado(a) en el POS DE EPS SANITAS con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 1012327722
NOMBRES Y APELLIDOS	Yurany Tatiana Vargas Gonzalez
TIPO DE AFILIADO	Segundo Cotizante
PARENTESCO	Conyuge
FECHA DE NACIMIENTO	08/12/1986
ESTADO DE LA AFILIACIÓN	0 Tiene Derecho A Cobertura Integral
CAUSA ESTADO DE LA AFILIACIÓN	10 - Cobertura Integral
FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS	01/04/2020
FECHA RETIRO LABORAL / EPS SANITAS	Activo(a)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SANITAS	34 semanas
SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
SEMANAS COTIZADAS EN ÚLTIMO AÑO	34 semanas
RÉGIMEN	Contributivo
FECHA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN	01/04/2020
NIVEL SISBEN	No aplica
EMPLEADOR(ES)*	

CEDULA DE CIUDADANIA 1012327722 Trabajador Independiente Desde 10/05/2025 - Vigente
CEDULA DE CIUDADANIA 1012327722 Trabajador Independiente Desde 15/05/2024 Hasta 31/03/2025

Generado por yeatorres 14/05/2025

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

COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) YURANY TATIANA VARGAS GONZALEZ identificado(a) con C.C No. 1.012.327.722, se encuentra afiliado(a) al Fondo Pensiones Obligatorias NIT 800.227.940-6.

Se expide la presente certificación a solicitud del afiliado(a) el día 16 de junio del 2025.

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

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



Leonardo Cáceres García
Gerente Cuentas y Recaudo
Colfondos S.A Pensiones y Cesantías

Hacienda

POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el Ramo de Riesgos Laborales se evidenció que, **YURANY TATIANA VARGAS GONZALEZ** identificado con **CC** No. **1012327722**, registra la siguiente información.

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E - NI. 900959051	**Fecha de inicio de cobertura:** 01/06/2025 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Fecha de inicio de Contrato:** 01/06/2025 **Fecha fin de Contrato:** 31/12/2025 **Tipo Vinculación:** TRABAJADOR INDEPENDIENTE **Clase de Riesgo:** 3

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 prorroga 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): 202501016179891.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 16 días del mes de junio de 2025.

Cordialmente,

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
APO_13_2_2_FR01 v_09
MIS_4_1_3_FR15 v_010