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: 7
FECHA: 2025-06-09

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (28-02-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	**ZONIA ALEJANDRA CASTILLO CASASBUENAS**			**CC:**	**52171622**
CORREO ELECTRÓNICO:	**SCASTILLO34@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3124543239**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**KR 91C 5A 46 SUR CA 202**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCOLOMBIA**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**62937124509**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 3233 2026**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 1.299.600**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2026/02/16**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2026/05/31**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2026/02/17 AL 2026/02/28**				

ZONIA ALEJANDRA CASTILLO CASASBUENAS
PS_3233_2026_858732

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
ZONIA ALEJANDRA CASTILLO CASASBUENAS
CC: 52171622
CEL: 3124543239

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			
ZONIA ALEJANDRA CASTILLO CASASBUENAS			
	CON C.C N°	**52.171.622**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES EN TRABAJO SOCIAL PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN EL PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 3233 2026**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2026/02/16**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 15.102.720	**No. HORAS EJECUTADAS**	**57**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 15.102.720	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 1.299.600
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	TRES (3) MESES Y DIECIOCHO (18) DIAS		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	SEDE ADMINISTRATIVA SAN JOSE OBRERO		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA		

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	1. Obligación 1: PRESTAR SUS SERVICIOS CON CALIDAD Y OPORTUNIDAD, PARA EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL DISTRITO CAPITAL SEGÚN CONVENIO PSPIC VIGENTE Y SUSCRITO ENTRE EL FDS Y LA SUBRED. 1.1 Actividades desarrolladas: Ejecutar acciones en el marco de la estrategia Cuidado Continuo por una Vida con Bienestar, con enfoque de género: Mujer. Estas acciones incluyen la implementación de sesiones educativas MÁS Bienestar, Recorriendo tu Barrio para MÁS Bienestar, Tejiendo Redes para MÁS Bienestar, así como realizar orientaciones y acompañamiento frente a berreras de acceso a salud y radicación de peticiones, quejas y reclamos para acceder con oportunidad a servicios de salud, así como solicitar los medicamentos que requieran las participantes de nuestras intervenciones en las localidades. 1.2 Productos (evidencia) Ficha técnica de las sesiones educativas y la Ficha técnica de la actividad Tejiendo Redes para MÁS Bienestar, ambas disponibles en el drive asociado al correo del equipo interdisciplinario. Asimismo, se dispone del Formato de sesiones colectivas, ubicado de forma física en una carpeta organizada por producto y en orden cronológico. Del mismo modo, se encuentran archivadas las Encuestas de percepción de las sesiones colectivas, aplicadas al menos al 40% de las personas abordadas (tanto en sesiones educativas como en Tejiendo Redes). Un Excel con las diferentes solicitudes realizadas ante las EPS y la superintendencia de salud, Adicionalmente, se realiza la sistematización mensual de las acciones realizadas, registro fotográfico, almacenados en el drive.
2	2. Obligación 2: PRESENTAR MENSUALMENTE EL CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES A DESARROLLAR 2.1 Actividades desarrolladas: Realizar apoyo en el plan de intervenciones Colectivas según requerimiento y solicitud de los mismos. 2.2. Productos (evidencia): Información, actas, y/o todos aquellos documentos que soporten el cumplimiento efectivo de esta obligación contractual.
3	3. Obligación 3: APOYAR LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN EL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS, PRESENTANDO LA INFORMACIÓN Y/O SOPORTES QUE SE SOLICITE CONFORME A LOS ANEXOS Y LINEAMIENTOS TÉCNICOS DEL CONVENIO PSPIC VIGENTE Y SUSCRITO ENTRE EL FDS Y LA SUBRED. 3.1 Actividades desarrolladas: Realizar acciones e intervenciones dentro del plan de intervenciones colectivas, según solicitud 3.2 Productos (evidencia: actas con listados de acuerdo con el objeto contractual cargados al drive Información, actas, y/o los demás documentos que soportan el cumplimiento de esta obligación contractual.
4	4. Obligación 4: APOYAR LAS ACTIVIDADES INHERENTES AL OBJETO DEL CONTRATO PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE CALIDAD Y AQUELLAS DEFINIDAS DENTRO DE LOS PLANES DE MEJORAMIENTO DE LOS DIFERENTES ESTÁNDARES DE HABILITACIÓN Y ACREDITACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD. 4.1 Actividades desarrolladas: Apropiar conceptos y fortalecer actividades inherentes al objeto del contrato. Realización de canalizaciones según las necesidades de las personas intervenidas por parte de la estrategia cuidado continuo por una vida con bienestar con enfoque de género y/o todos aquellos que se requieran desde el plan de intervenciones colectivas (PIC). 4.2 Productos (evidencia): Reconocer procesos o actividades de la Subred Centro Oriente, realizar canalizaciones y activar las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS) cuando se considere pertinente. Las activaciones de Ruta se realizan de forma virtual diligenciando los formatos establecidos para tal fin, así mismo, son enviados a los correos dispuestos por la Localidad de San Cristóbal para obtener retroalimentación y de ser necesario realizar los respectivos ajustes.

5	5. Obligación 5: CUMPLIR CON LA META, ACTIVIDADES Y/O PRODUCTOS PROGRAMADOS Y ASIGNADOS CON LA CALIDAD DEL DATO REQUERIDA (OPORTUNIDAD, CONSISTENCIA, EXACTITUD) DESDE SU PERFIL PROFESIONAL Y CONFORME A LOS ANEXOS Y LINEAMIENTOS TÉCNICOS QUE HAGAN PARTE DE LA RELACIÓN CONTRACTUAL ENTRE EL FDS Y LA SUBRED. 6. REALIZAR APROPIACIÓN CONCEPTUAL DESDE SU PERFIL CON LOS ANEXOS Y LINEAMIENTOS TÉCNICOS DEL CONVENIO PSPIC VIGENTE Y SUSCRITO ENTRE EL FDS Y LA SUBRED. 5.1 Actividades desarrolladas: Dar cumplimiento frente a la identificación, selección, y concertación de las acciones correspondientes a la estrategia: cuidado continuo por una vida con bienestar con enfoque de género, participación en acciones itinerantes del entorno solicitado, prestando servicios como profesional en Trabajo social en diferentes acciones dentro del plan de salud pública. Se realizan 8 sesiones educativas, 2 Redes para MÁS Bienestar, 2 circulas y 4 acompañamientos 5.2 Productos (evidencia) Ficha técnica de las sesiones, Formato de sesiones colectivas, Registro fotográfico, Encuesta de percepción a mínimo 40% de las personas abordadas. (de acuerdo a las actividades desarrolladas y dando cumplimiento al lineamiento establecido).
6	6. Obligación 6: REALIZAR APROPIACIÓN CONCEPTUAL DESDE SU PERFIL CON LOS ANEXOS Y LINEAMIENTOS TÉCNICOS DEL CONVENIO PSPIC VIGENTE Y SUSCRITO ENTRE EL FDS Y LA SUBRED. 6.1 Actividades desarrolladas: apropiación conceptual del entorno cuidador comunitario y los servicios del plan de intervenciones colectivas, junto con el documento Marco y el producto cuidado continuo por una vida con bienestar con enfoque de género: Mujer. Además de asistir a las diferentes inducciones realizadas desde la SDS y la Subred Centro oriente. 6.2 Productos (evidencia): Actas con listados de asistencia de las diferentes reuniones, inducciones y asistencias técnicas desarrolladas en el marco de plan de intervenciones colectivas.
7	7. Obligación 7: REALIZAR REVISIÓN Y RESPONDER POR LOS FORMATOS DE CAPTURA, DOCUMENTOS, BASES O INFORMES GENERADOS COMO RESULTADO DE LAS ACCIONES O INTERVENCIONES REALIZADAS DE ACUERDO A LOS LINEAMIENTOS TÉCNICOS DE LOS ENTORNOS Y PROCESOS TRANSVERSALES DEL CONVENIO INTERADMINISTRATIVO PSPIC. 7.1Actividades desarrolladas: Ejecutar acciones en concordancia con el plan de trabajo mensual establecido, identificación de grupos para el seguimiento presencial y las acciones en el marco de la estrategia cuidado continuo por una vida con bienestar con enfoque de género: Mujer. 7.2Productos (evidencia): Entrega de soporte de los seguimientos de acuerdo a directrices entregadas para su verificación. Informe mensual según el formato establecido por la SDS y Registro fotográfico. Estas dos actividades se encuentran en el Drive.
8	8. Obligación 8: NOTIFICAR LOS EVENTOS DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA DETECTADOS EN CADA UNA DE SUS INTERVENCIONES. 8.1 Actividades desarrolladas: De acuerdo con los acompañamientos y acciones grupales se identifican algunas situaciones que deben notificarse en los formatos establecidos para tal fin, junto con las acciones adelantadas y los números de radicación. 8.2 Productos (evidencia): formatos y bases establecidas para recolección de esta información
9	9. Obligación 9: ORGANIZAR EL ARCHIVO DE LA DOCUMENTACIÓN GENERADA DE ACUERDO A LA NORMATIVIDAD Y TABLA DE RETENCIÓN DOCUMENTAL. 9.1 Actividades desarrolladas: Realizar y organizar la documentación en el archivo dando cumplimiento a las obligaciones contractuales. 9.2Productos (evidencia): Archivo de actividades desarrolladas, siguiendo las indicaciones dispuestas para su respectiva organización.
10	10. Obligación 10: DAR CUMPLIMIENTO A LAS ACTIVIDADES DE LOS PROCESOS TRANSVERSALES DEL PSPIC, DE ACUERDO A SU COMPETENCIA: CANALIZACIONES, PAI, EDUCACIÓN PARA LA SALUD PUBLICA, GESI, ACCVSYE, NOTIFICACIÓN DE EISP Y PARTICIPACIÓN SOCIAL. 10.1 Actividades desarrolladas Actividades desarrolladas: Participación en actividades propuestas para el objeto del contrato: 1. Asistencia técnica y actividades dispuestas. 2.Realizacion de acciones correspondientes 10.2 Productos (evidencia): Reuniones virtuales y presenciales, reporte de seguimiento Informe, Diligenciamiento de la asistencia, sesiones colectivas, canalizaciones.
11	11. Obligación 11: EL CONTRATISTA SE OBLIGA A QUE LAS GLOSAS QUE SE GENEREN POR INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES Y DE ACUERDO A LOS HALLAZGOS QUE IDENTIFIQUE EL EQUIPO DE SEGUIMIENTO Y/O INTERVENTORÍA DEL FFDS_SDS AL CONVENIO INTERADMINISTRATIVO PSPIC (CONFORME AL ANEXO DE CRITERIOS DE GLOSA), SERÁN CAUSAL DE INICIO DE APERTURA DE PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO SANCIONATORIO DE INCUMPLIMIENTO CONTRACTUAL. 11.1 Actividades desarrolladas Asumir la responsabilidad frente a hallazgos que se identifiquen soportado con la documentación respectiva. 11.2 Productos (evidencia): soportes según el caso
12	12. Obligación 12: REALIZAR LAS DEMÁS OBLIGACIONES QUE SE RELACIONEN CON EL OBJETO DEL CONTRATO Y QUE SEAN REQUERIDAS POR LA SUPERVISIÓN. CONTENIDAS EN EL FORMATO DE NECESIDAD DE PERSONAL QUE HACE PARTE INTEGRAL DEL PRESENTE CONTRATO. 12.1 Actividades desarrolladas: Ejecutar acciones en concordancia con objeto contractual y de acuerdo con la solicitud de apoyo por parte de la supervisión. 12.2 Productos (evidencia): Actas y listados de Actividades propuestas y documentos requeridos por la supervisión.

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 (2026-02-17) AL (2026-02-28)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N°	OPERADOR:	
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR		$ 0
PENSIÓN:	COLPENSIONES		$ 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	*ZONIA ALEJANDRA CASTILLO CASASBUENAS* *PS_3233_2026_858732* **ZONIA ALEJANDRA CASTILLO CASASBUENAS** **CC: 52171622**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*BRISETT DAYAN RODRIGUEZ DIAZ* *PS_3233_2026_858732* **BRISETT DAYAN RODRIGUEZ DIAZ** **SUPERVISOR ALTERNO**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA* *PS_3233_2026_858732* **LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

compensar | salud eps

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

Nº de Radicación | Fecha de Radicación (Día - Mes - Año): 14-02-2026

14 FEB 2026

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

1. Tipo de trámite: A. Afiliación / B. Reporte de Novedades
2. Tipo de Afiliación: A. Individual / Cotizante o Cabeza de Familia / Beneficiario o Afiliado adicional / B. Cabecera / C. Institucional / D. De oficio
3. Régimen: A. Contributivo / B. Subsidiado
4. Continuidad Solidaria: SI / NO
5. Tipo de afiliado: A. Cotizante / B. Cabeza de familia / E. Beneficiario / D. Afiliado adicional
6. Tipo de cotizante: A. Dependiente / B. Independiente / C. Pensionado
7. Actividad: (Diligenciar de acuerdo con la CIIU) 39

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional)

6. Apellidos y nombres	Primer Apellido: Castillo	Segundo Apellido: Castellanos	Primer Nombre: Samuel	Segundo Nombre: Alejandro
9. Tipo de documento de identidad: CC	10. Número de documento de identidad: 52171692	11. Sexo biológico: Femenino ☐ Masculino ☒	12. Sexo identificación: F ☐ M ☒ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cuál?	
13. Nacionalidad: Colombiana	14. Lugar de Nacimiento: País: Colombia	Departamento: Cundinamarca	Municipio: Bogotá	15. Fecha de nacimiento (Día - Mes - Año): 24-06-1973

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

16. Etnia: —	17. Comunidad: —	18. Discapacidad: S ☐ No ☒	Categoría de discapacidad: —
19. Tiene encuesta SISBEN: S ☐ No ☒	20. Clasificación SISBEN: Nivel ☐ Grupo ☐	21. Grupo de población especial:	22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL: Positiva
23. Administradora de Pensiones: Colpensiones	24. Ingreso base de cotización - IBC: 1'300.905	25. Tarifa Cotización Solidaria: —	26. Residencia: Cra 91c #129 3 A 46 Int 5
Teléfono fijo: —	Celular: 3124443279	Correo Electrónico: srachllo34@gmail.com	Localidad/Comuna: Suba
Dirección: Barrio Aures	Municipio/Distrito: Bogotá	Zona: Cabecera Municipal ☐ Centro Poblado ☐ Rural Disperso ☐ Resto Rural ☐	

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

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

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

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

	36. Tipo de documento de identidad	37. No. del documento de identidad	38. Nacionalidad	39. Sexo biológico: Femenino	Masculino	40. Sexo identificación: F	M	T	NB	Otro	Cuál?	41. Lugar de nacimiento: País	Departamento	Municipio	42. Fecha de nacimiento (Día - Mes - Año)
B1															
B2															
B3															
B4															
B5															

Datos complementarios del Beneficiario

	43. Parentesco	44. Etnia	45. Comunidad	46. Grupo de población especial	47. Tiene encuesta SISBEN: SI	NO	48. Clasificación SISBEN: Nivel	Grupo	49. Discapacidad: SI	NO	Categoría de discapacidad	50. Incapacidad permanente: SI	NO
B1													
B2													
B3													
B4													
B5													

	51. Datos de residencia: Departamento	Municipio/ Distrito	Cabecera Municipal	Centro Poblado	Rural disperso	Resto Rural	Teléfono fijo y/o celular	52. Valor de la UPC del afiliado adicional (lo registra solo la EPS)
B1								
B2								
B3								
B4								
B5								

	Dirección	Localidad/Comuna	Correo Electrónico
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

Vigilado Supersalud

Vigilado Supersalud

Powered by CamScanner

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **ZONIA ALEJANDRA CASTILLO CASASBUENAS** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **52171622,** se encuentra afiliado/a desde **01/06/2014** 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 16 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.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Hacienda

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de la afiliación en el Ramo de Riesgos Laborales se evidenció que, ZONIA ALEJANDRA CASTILLO CASASBUENAS identificado(a) con CC 52171622 registra la siguiente información.

Datos del empleador	Datos de la Relación Laboral
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E - NI. 900959051	Fecha de inicio de cobertura: 20-02-2026 Estado Afiliación: ACTIVO Fecha inicio de contrato: 14-02-2026 Fecha fin de Contrato: 31-12-2026 Tipo Vinculación: TRABAJADOR INDEPENDIENTE Clase de Riesgo: 3

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 20 dia(s) del mes de Febrero de 2026.

Cordialmente,

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

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141224025381

(415)7707212489984(8020) 000014122402538 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT) 5 2 1 7 1 6 2 2

6. DV 3

12. Dirección seccional Impuestos de Bogotá 3 2

14. Buzón electrónico

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente: Persona natural o sucesión ilíquida 2

25. Tipo de documento: Cédula de Ciudadanía 1 3

26. Número de Identificación: 5 2 1 7 1 6 2 2

Lugar de expedición: COLOMBIA

28. País 1 6 9

29. Departamento: Bogotá D.C. 1 1

30. Ciudad/Municipio: Bogotá, D.C. 0 0

31. Primer apellido: CASTILLO

32. Segundo apellido: CASASBUENAS

33. Primer nombre: ZONIA

34. Otros nombres: ALEJANDRA

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

38. País: COLOMBIA 1 6 9

39. Departamento: Bogotá D.C. 1 1

40. Ciudad/Municipio: Bogotá, D.C. 0 0

41. Dirección principal: CR 91 C 5 A 46 SUR CA 202

42. Correo electrónico: scastillo34@gmail.com

43. Código postal

44. Teléfono 1: 3 1 2 4 5 4 3 2 3 9

45. Teléfono 2: 3 2 1 2 2 5 9 4

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal

46. Código: 7 2 2 0

47. Fecha inicio actividad: 2 0 2 5 1 2 1 7

Actividad secundaria

48. Código

49. Fecha inicio actividad

Otras actividades

50. Código 1 2

Ocupación

51. Código

52. Número establecimientos

Responsabilidades, Calidades y Atributos

	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
53. Código	5	4 9																								

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
54. Código																				

Exportadores

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 reno

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X]

60. No. de Folios: 0

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 RODRIGUEZ OVALLE EFRAIN ANDRES

985. Cargo Gestor II

Fecha generación documento PDF 17-12-2025

DOCUMENTO SIN COSTO CERTIFICADO

REDMI 13C 05/01/2026 16:54