



## LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

### CERTIFICA QUE:

STHEFANIA CICERI CASTAÑO identificado con CC. 1117538931 registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales:

| INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE  |                            |                                            |                                                                                                                            |
|------------------------------|----------------------------|--------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Nombres y/o Razón            |                            | ESE HOSPITAL MALVINAS HECTOR OROZCO OROZCO |                                                                                                                            |
| Tipo y Numero de Documento   |                            | NI - 828000386                             |                                                                                                                            |
| INFORMACIÓN RELACIÓN LABORAL |                            |                                            |                                                                                                                            |
| Fecha de inicio de cobertura | 2026/04/13                 | Fecha inicio contrato                      | 2026/04/13                                                                                                                 |
| Tipo de vinculación          | Independiente con Contrato | Fecha de fin contrato                      | 2026/05/13                                                                                                                 |
| Riesgo                       | 3                          | Código actividad económica                 | 3861001 - Actividades de hospitales y clínicas, con internación, comprende las actividades que consisten principalmente en |
| Estado afiliación            | Activa                     |                                            |                                                                                                                            |
| Fecha retiro                 | 2026/05/13                 | Estado del contrato                        | Inactiva                                                                                                                   |

Esta certificación se expide a los 10 días del mes de abril 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](http://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: **CC10042026N1117538931A16464935**. 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](mailto: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

10/04/2026 0000  
2600065407

**Fecha Vencimiento**  
22/04/2026

1 Banco de Occidente  
SAE MPIO. DE FLORENCIA  
13 ABR 2026  
Recibido con Pago

|                      |                 |
|----------------------|-----------------|
| <b>CAPITAL</b>       | <b>\$66,000</b> |
| <b>INTERESES</b>     | <b>\$0</b>      |
| <b>DESCUENTO</b>     | <b>\$0</b>      |
| <b>TOTAL A PAGAR</b> | <b>\$66,000</b> |



Gobernación de  
**Caquetá**

**Declaración sugerida de Estampillas  
y Tasa Prodeporte y Recreación**  
Pago Físico

Fecha de expedición 10/04/2026

Fecha límite de pago 24/04/2026

No. de declaración 1802600003584

DEPARTAMENTO

**DATOS DEL DECLARANTE**

Nombre o razón social **STHEFANIA CICERI CASTAÑO**  
Tipo y No. de documento **CC 1117538931**  
Dirección  
Municipio, Departamento **FLORENCIA**  
Correo  
Teléfono  
Celular

**DATOS DEL CONTRIBUYENTE**

NIT **8280003861**  
Entidad **ESE HOSPITAL MALVINAS HECTOR OROZCO OROZCO**

**DATOS DEL CONTRATO O CONVENIO**

No. contrato o convenio **346**  
Fecha **10/04/2026**  
Subtrámite **CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS**

FIRMA DEL DECLARANTE

Declaro que la información aquí  
contenida es voluntaria y  
correcta.  
El Departamento se reserva el  
derecho a fiscalizarla.

**VALORES**

|                         |             |
|-------------------------|-------------|
| Valor contrato/convenio | \$4.400.000 |
| Valor base              | \$4.400.000 |
| Valor orden de pago     | \$4.400.000 |
| No. de orden de pago    | 1           |

**DETALLE DE CONCEPTOS GENERADOS**

|                                           |          |
|-------------------------------------------|----------|
| PRO DESARROLLO DE U. DE LA AMAZONIA(0,5%) | \$22.000 |
|-------------------------------------------|----------|

**PAGOS**

|                                   |          |
|-----------------------------------|----------|
| Total estampillas, tasa y deporte | \$22.000 |
| Total Sanciones                   |          |
| Total Intereses                   |          |

**TOTAL A PAGAR \$22.000**



(415)0000000024465(8020)01802600003584(3900)0000000022000(86)20260424



Gobernación de  
**Caquetá**

**Declaración sugerida de Estampillas  
y Tasa Prodeporte y Recreación**  
Pago Físico

Fecha de expedición 10/04/2026

Fecha límite de pago 24/04/2026

No. de declaración 1802600003584

CONTRIBUYENTE

**DATOS DEL DECLARANTE**

Nombre o razón social **STHEFANIA CICERI CASTAÑO**  
Tipo y No. de documento **CC 1117538931**

**DATOS DEL CONTRIBUYENTE**

NIT **8280003861**  
Entidad **ESE HOSPITAL MALVINAS HECTOR OROZCO OROZCO**

**DATOS DEL CONTRATO O CONVENIO**

Valor contrato/convenio **\$4.400.000**  
Valor base **\$4.400.000**  
No. de orden de pago **1**

**DETALLE DE CONCEPTOS GENERADOS**

|                                           |          |
|-------------------------------------------|----------|
| PRO DESARROLLO DE U. DE LA AMAZONIA(0,5%) | \$22.000 |
|-------------------------------------------|----------|

**PAGOS**

|                                   |          |
|-----------------------------------|----------|
| Total estampillas, tasa y deporte | \$22.000 |
| Total Sanciones                   |          |
| Total Intereses                   |          |

**TOTAL A PAGAR \$22.000**

REOP-23L - 09/10/2025 - V.00

REOP-23L - 09/10/2025 - V.00

BANCO DE OCCIDENTE 95378 213  
RECAUDO CODIGO BARRAS \*\*\*\*\*3736  
09:07:57 2026/04/13 Normal 500  
24465 22,000.00 D  
86258981 22,000.00 EF

Referencial :01802600003584  
Referencia2 :  
"COPIA" DEPARTAMENTO DE CAQUETA RECAUDOS VARIO

\*\*\*-\*\*-

BANCO DE OCCIDENTE 95378 213  
RECAUDO CODIGO BARRAS \*\*\*\*\*3736  
09:07:57 2026/04/13 Normal 500  
24465 22,000.00 D  
86258981 22,000.00 EF

Referencial :01802600003584  
Referencia2 :  
"COPIA" DEPARTAMENTO DE CAQUETA RECAUDOS VARIO

\*\*\*-\*\*-