



LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

CERTIFICA QUE:

Diana Paola Castro Galvis identificado con CC. 1117552265 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	2026/10/12
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	2026/10/12	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 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: **CC10042026N1117552265A16450657**. 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

NIT: 800095728

Dirección: Carrera 12 Calle 15 Esquina - Edificio Alcaldía
ESTAMPILLAS

No. Factura

14/04/2026

2600067442

726-1182

Contribuyente

Contribuyente
CASTRO GALVIS DIANA PAOLA - 1117552265

Fecha Vencimiento

24/04/2026

[illegible][illegible]

COPIA CONTRIBUYENTE.



CAPITAL: 207,000.00

INTERESES: 0

THE

8707/80/PT

NOTA

VALOR CHEQUE =

VALOR TARJETA:

VALOR REMESA:

*****11748668

Observación

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS NO. 345 DE FECHA 10/04/2026 HOSPITAL MALVIMNAS POR UN VALOR \$ 13.800.000

Contribuyente

SI no recibe la factura la puede solicitar en la Oficina de Tributos de FLORENCIA; el no recibirla no lo exime del pago. El no pago oportuno de sus impuestos genera intereses diarios a la tasa máxima legal.* Después de la fecha de vencimiento con recargo, usted no podrá efectuar el pago con este recibo*

Puntos de pago: Occidente, Utrahuilca

Elabora: ELEAZAR MARTINEZ CUELLAR

CAPITAL	\$207,000
INTERESES	\$0
DESCUENTO	\$0
TOTAL A PAGAR	\$207,000



Gobernación de
Caquetá

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

Fecha de expedición 14/04/2026

Fecha límite de pago 10/06/2026

No. de declaración 1802600003791

DEPARTAMENTO

Nombre o razón social **DIANA PAOLA CASTRO GALVIS**

Tipo y No. de documento **CC 1117552265**

Dirección

Municipio, Departamento **FLORENCIA**

Correo

Teléfono

Celular

NIT **8280003861**

Entidad **ESE HOSPITAL MALVINAS HECTOR OROZCO OROZCO**

No. contrato o convenio **345**

Fecha **10/04/2026**

Subtrámite **CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES Y DE APOYO A LA GESTIÓN**

FIRMA DEL DECLARANTE

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



(415)000000024465(8026)01802600003791(3900)0000000069000(96)20260610

Valor contrato/convenio

\$13.800.000

Valor base

\$13.800.000

Valor orden de pago

\$13.800.000

No. de orden de pago

1

PRO DESARROLLO DE U. DE LA AMAZONIA(0,5%)

\$69.000

Total estampillas, tasa y deporte

\$69.000

Total Sanciones

Total Intereses

TOTAL A PAGAR

\$69.000

RE-OP-24L-09/10/2025-V.O.



Gobernación de
Caquetá

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

Fecha de expedición 14/04/2026

Fecha límite de pago 10/06/2026

No. de declaración 1802600003791

CONTRIBUYENTE

Nombre o razón social **DIANA PAOLA CASTRO GALVIS**

Tipo y No. de documento **CC 1117552265**

NIT **8280003861**

Entidad **ESE HOSPITAL MALVINAS HECTOR OROZCO OROZCO**

Valor contrato/convenio **\$13.800.000**

Valor base **\$13.800.000**

No. de orden de pago **1**

PRO DESARROLLO DE U. DE LA AMAZONIA(0,5%)

\$69.000

Total estampillas, tasa y deporte

\$69.000

Total Sanciones

Total Intereses

TOTAL A PAGAR

\$69.000

RE-OP-24L-09/10/2025-V.O.



Gobernación de
Caquetá

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

Fecha de expedición 14/04/2026

Fecha límite de pago 10/06/2026

No. de declaración 1802600003791

BANCO

Nombre o razón social **DIANA PAOLA CASTRO GALVIS**

Tipo y No. de documento **CC 1117552265**

NIT **8280003861**

Entidad **ESE HOSPITAL MALVINAS HECTOR OROZCO OROZCO**



Firmado electrónicamente
Fecha: 14/04/2026 3:41:06 p. m.



(415)000000024465(8026)01802600003791(3900)0000000069000(96)20260610

Total estampillas, tasa y deporte

\$69.000

Total Sanciones

Total Intereses

TOTAL A PAGAR

\$69.000

RE-OP-24L-09/10/2025-V.O.