



LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

CERTIFICA QUE:

DANIELA VARGAS CRUZ identificado con CC. 1061791260 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: **CC10042026N1061791260A16453083**. 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**



ALCALDÍA MUNICIPAL DE FLORENCIA CAQUETA

NIT: 800095728

Dirección: Carrera 12 Calle 15 Esquina - Edificio Alcaldía
ESTAMPILLAS

Fecha Emisión 10/04/2026
No. Factura 2600065341

Fecha Vencimiento
22/04/2026

Contribuyente
VARGAS CRUZ DANIELA - 1061791260

Periodo	Concepto	Impuesto	Interes	Descuento
2026 - FRECUEN	PRO CULTURA	342,000	0	0
Banco de Occidente SALAMPIO DE FLORENCIA 10 ABR 2026 Recibido con Pago				
INTERESES: 0				
CAPITAL: 342,000.00				

CAPITAL	\$342,000
INTERESES	\$0
DESCUENTO	\$0
TOTAL A PAGAR	\$342,000

Observación
CPS 350 HOSPITAL MALVINAS A DANIELA VARGAS CRUZ CC1061791260 COMO PSCOLOGO A PARTIR DE 13 DE ABRIL HASTA EL 12 DE OCTUBRE DE 2026 POR VALOR \$22,600.000.

Contribuyente

Si no recibe la factura la puede solicitar en la Oficina de Tributos de FLORENCIA; si no recibirla no lo estime del pago. El 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, Urbahuita

Elabora: SIERRA OLAYA SANDRA MILENA

1 COPIA CONTRIBUYENTE



Gobernación de
Caquetá

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

Fecha de expedición **10/04/2026**

Fecha límite de pago **24/04/2026**

No. de declaración **1802600003590**

DEPARTAMENTO

Nombre o razón social **DANIELA VARGAS CRUZ**
Tipo y No. de documento **CC 1061791260**

Dirección
Municipio, Departamento **FLORENCIA**
Correo
Teléfono
Celular

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

No. contrato o convenio **350**
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.



(415)000000024465(8020)0180260003590(3800)0000000114000(96)20260424

Valor contrato/convenio	\$22.800.000
Valor base	\$22.800.000
Valor orden de pago	\$22.800.000
No. de orden de pago	1

PRO DESARROLLO DE U. DE LA AMAZONIA(0,5%) \$114.000

Total estampillas, tasa y deporte \$114.000
Total Sanciones
Total Intereses

TOTAL A PAGAR \$114.000

REOP-24L - 09/10/2025 - V.00



Gobernación de
Caquetá

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

Fecha de expedición **10/04/2026**

Fecha límite de pago **24/04/2026**

No. de declaración **1802600003590**

CONTRIBUYENTE

Nombre o razón social **DANIELA VARGAS CRUZ**
Tipo y No. de documento **CC 1061791260**

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

Valor contrato/convenio **\$22.800.000**
Valor base **\$22.800.000**
No. de orden de pago **1**

PRO DESARROLLO DE U. DE LA AMAZONIA(0,5%) \$114.000

Total estampillas, tasa y deporte \$114.000
Total Sanciones
Total Intereses

TOTAL A PAGAR \$114.000

REOP-24L - 09/10/2025 - V.00



Gobernación de
Caquetá

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

Fecha de expedición **10/04/2026**

Fecha límite de pago **24/04/2026**

No. de declaración **1802600003590**

BANCO

Nombre o razón social **DANIELA VARGAS CRUZ**
Tipo y No. de documento **CC 1061791260**

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



Proceda al pago en línea
Fecha: 10/04/2026 2:08:57 p.m.



PRO DESARROLLO DE U. DE LA AMAZONIA(0,5%) \$114.000

Total estampillas, tasa y deporte \$114.000
Total Sanciones
Total Intereses

TOTAL A PAGAR \$114.000

REOP-24L - 09/10/2025 - V.00