



LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

CERTIFICA QUE:

CARLOS ANDRES ROSERO OVIEDO identificado con CC. 1088351510 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	2026/04/15	Fecha inicio contrato	2026/04/15
Tipo de vinculación	Independiente con Contrato	Fecha de fin contrato	2026/06/14
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	2026/06/14	Estado del contrato	Inactiva

Esta certificación se expide a los 14 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: **CC14042026N1088351510A16989084**. 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

Fecha Emisión

16/04/2026

NIT: 800095728

No. Factura

260098263

Dirección: Carrera 12 Calle 15 Esquina - Edificio Alcaldía

ESTAMPILLAS

Fecha Vencimiento
28/04/2026

Contribuyente
CARLOS ANDRERS ROSERO OVIEDO - 1088351510

Periodo	Concepto	Impuesto	Interes	Descuento
2026 - FRECUEN	PRO CULTURA	144.000	0	0
Banco de Occidente SAH EMPLO. DE FLORENCIA 17 ABR 2026 Recibido con Pago				
CAPITAL: 144.000.00				
INTERESES: 0				
Periodo	Concepto	Impuesto	Interes	Descuento
VALOR EFECTIVO: VALOR CHEQUE: VALOR TARJETA: VALOR REMESA: 17/04/2026 9:25:28 *****111748668				

Observación
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS NO. 370 DE FECHA 14/04/2026 HOSPITAL MALVINAS POR UN VALOR \$ 9.800.000

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, Ultrahúica
Elaboro: ELEAZAR MARTINEZ CUELLAR

CAPITAL	\$144,000
INTERESES	\$0
DESCUENTO	\$0
TOTAL A PAGAR	\$144,000



Gobernación de
Caquetá

Declaración sugerida de Estampillas
y Tasa Prodeporte y Recreación
Pago Electrónico

Fecha de expedición 17/04/2026

Fecha límite de pago 12/06/2026

No. de declaración 1802600003991

DATOS DEL DECLARANTE

Nombre o razón social CARLOS ANDRES ROSEROI OVIEDO
Tipo y No. de documento CC 1088351510
Dirección
Municipio, Departamento FLORENCIA
Correo
Teléfono
Celular

ENTIDAD CONTRATANTE

NIT 8280003861
Entidad ESE HOSPITAL MALVINAS HECTOR OROZCO OROZCO

INFORMACIÓN CONTRATO/CONVENIO

No. contrato o convenio 370
Fecha 14/04/2026
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.

LIQUIDACIÓN

Valor contrato/convenio	\$9.600.000
Valor base	\$9.600.000
Valor orden de pago	\$9.600.000
No. de orden de pago	1

DETALLE CONCEPTOS GENERADOS

PRO DESARROLLO DE U. DE LA AMAZONIA(0,5%)	\$48.000
---	----------

PAGOS

Total estampillas, tasa y deporte	\$48.000
Total Sanciones	
Total intereses	

TOTAL A PAGAR \$48.000



(415)0000000024465(8020)01802600003991(3900)0000000048000(96)20260612



Gobernación de
Caquetá

Declaración sugerida de Estampillas
y Tasa Prodeporte y Recreación
Pago Electrónico

Fecha de expedición 17/04/2026

Fecha límite de pago 12/06/2026

No. de declaración 1802600003991

DATOS DEL DECLARANTE

Nombre o razón social CARLOS ANDRES ROSEROI OVIEDO
Tipo y No. de documento CC 1088351510

ENTIDAD CONTRATANTE

NIT 8280003861
Entidad ESE HOSPITAL MALVINAS HECTOR OROZCO OROZCO

LIQUIDACIÓN

Valor contrato/convenio	\$9.600.000
Valor base	\$9.600.000
No. de orden de pago	1

DETALLE CONCEPTOS GENERADOS

PRO DESARROLLO DE U. DE LA AMAZONIA(0,5%)	\$48.000
---	----------

PAGOS

Total estampillas, tasa y deporte	\$48.000
Total Sanciones	
Total intereses	

TOTAL A PAGAR \$48.000



Gobernación de
Caquetá

Declaración sugerida de Estampillas
y Tasa Prodeporte y Recreación
Pago Electrónico

Fecha de expedición 17/04/2026

Fecha límite de pago 12/06/2026

No. de declaración 1802600003991

DATOS DEL DECLARANTE

Nombre o razón social CARLOS ANDRES ROSEROI OVIEDO
Tipo y No. de documento CC 1088351510

ENTIDAD CONTRATANTE

NIT 8280003861
Entidad ESE HOSPITAL MALVINAS HECTOR OROZCO OROZCO



Firmado electrónicamente
Fecha: 17/04/2026 a las 14:00



(415)0000000024465(8020)01802600003991(3900)0000000048000(96)20260612

DETALLE CONCEPTOS GENERADOS

PRO DESARROLLO DE U. DE LA AMAZONIA(0,5%)	\$48.000
---	----------

PAGOS

Total estampillas, tasa y deporte	\$48.000
Total Sanciones	
Total intereses	

TOTAL A PAGAR \$48.000

DEPARTAMENTO

CONTRIBUYENTE

BANCO

REOP-24L - 09/10/2025 - V.0.0

REOP-24L - 09/10/2025 - V.0.0

REOP-24L - 09/10/2025 - V.0.0