

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-04-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	EDNA MARCELA COSTO HERNANDEZ			CC:	52445037
CORREO ELECTRÓNICO:	MARCELACOSTO.79@HOTMAIL.COM			TELÉFONO:	3219745316
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 5 A 30 D 73 SUR			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	008480348807
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 3716 2026	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 2.089.800	
FECHA DE INICIO CONTRATO	2026/04/09	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2026/07/31	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/04/10 AL 2026/04/30				
<div><div>EDNA MARCELA COSTO HERNANDEZ PS_3716_2026_F176C1</div></div> <div>NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: EDNA MARCELA COSTO HERNANDEZ CC: 52445037 CEL: 3219745316</div>					

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y
EDNA MARCELA COSTO HERNANDEZ

CON C.C N° 52.445.037

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO GESTOR TECNICO MAS BIENESTAR PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE GESTION INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. PARA EL DESARROLLO DEL CONVENIO MAS BIENESTAR EN TU HOGAR
----------------------	---

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 3716 2026	FECHA INICIO CONTRATO	2026/04/09
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 11.227.680	No. HORAS EJECUTADAS	129
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 11.227.680	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 2.089.800
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	TRES (3) MESES Y VEINTRES (23) DIAS		

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	SEDE ADMINISTRATIVA SAN JOSE OBRERO
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	ANA MARGARET RABA SIERRA

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. DESARROLLAR LAS ACTIVIDADES QUE SE GENEREN DIRECTA E INDIRECTAMENTE DEL OBJETO CONTRACTUAL EN LAS UNIDADES DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS ASIGNADAS DE ACUERDO CON LA PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES. 1.1 ACTIVIDADES DESARROLLADAS: PARTICIPE EN LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS POR LA LIDER OPERATIVA APS 1.2 PRODUCTOS EVIDENCIAS: ACTAS DE PARTICIPACIÓN EN CADA UNO DE LOS FORTALECIMIENTOS E INDUCCIONES GENERALES.
2	2. REALIZAR APROPIACIÓN CONCEPTUAL DESDE SU PERFIL CON LOS ANEXOS Y LINEAMIENTOS TÉCNICOS DEL CONVENIO MÁS BIENESTAR Y SUSCRITO ENTRE EL FDS Y LA SUBRED Y/O ACTUALIZACIONES QUE CORRESPONDAN. 2.1 ACTIVIDADES DESARROLLADAS: REALICE LA APROPIACIÓN CONCEPTUAL DEL DOCUMENTO OPERATIVO, FICHA TECNICA APS SOCIAL Y FICHA TECNICA DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS. 2.2 PRODUCTOS EVIDENCIAS: ENTREGUE EL ACTA A LA LIDER OPERATIVA CON FECHA DEL 10/04/2026 DURACIÓN DE 6 HORAS.
3	3. ENTREGAR AL SUPERVISOR, UNA VEZ FINALICE EL CONTRATO LOS ARCHIVOS FÍSICOS, MAGNÉTICOS, INSUMOS BIOMÉDICOS Y DOTACIÓN QUE SE HUBIEREN GENERADO Y/O ENTREGADO DURANTE SU EJECUCIÓN. 3.1 ACTIVIDADES DESARROLLADAS: SE RECIBIO EL CARNET INSTITUCIONAL Y CHAQUETA 3.2 PRODUCTOS EVIDENCIAS: SE FIRMO ACTA DE RECEPCIÓN DE CHAQUETA.
4	4. REALIZAR EL PAGO DE LOS APORTES AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL Y APORTES PARAFISCALES, DE CONFORMIDAD CON LA LEY 1955 DE 2019 PLAN DE DESARROLLO 2018 2022, EN SU ARTÍCULO 336 DEROGO ESTOS PRECEPTOS Y EN SU LUGAR ENTRO A REGIR EL ARTÍCULO 244 DE LA MISMA NORMA, RATIFICANDO LO DISPUESTO EN LA LEY 1753 DE 2015, Y DEMÁS NORMAS QUE LO REGLAMENTEN, COMPLEMENTEN O SUSTITUYAN. EL INCUMPLIMIENTO DE ESTA OBLIGACIÓN O LA FALSEDAD EN LA MISMA SERÁ CAUSAL DE INCUMPLIMIENTO Y TERMINACIÓN DEL CONTRATO, PARA LO CUAL SE DARÁ TRAMITE AL PROCESO PERTINENTE DE CONFORMIDAD CON EL MANUAL DE CONTRATACIÓN Y ACCIONES LEGALES A QUE HAYA LUGAR. 4.1 ACTIVIDADES DESARROLLADAS: REALICE EL PAGO DE MI SEGURIDAD SOCIAL DEL MES DE MARZO 4.2 PRODUCTOS EVIDENCIAS: CARGUE EL BACUHER DE MI PLANILLA PAGA DEL MES DE MARZO
5	5. DESARROLLAR EL PLAN DE BIENESTAR, ACORDE A CRITERIO DE PRIORIZACIÓN Y A LAS CLARIDADES TÉCNICAS, OPERATIVAS Y METODOLÓGICAS RELACIONADAS EN LAS FICHAS TÉCNICAS. 5.1 ACTIVIDADES DESARROLLADAS: REALICE MIS ACTIVIDADES DESCRITAS EN EL LINEAMIENTO TECNICO OPERATIVO CON CRITERIOS DE CALIDAD 5.2 PRODUCTOS EVIDENCIAS: CARGUE MIS ENTREGABLES EN LA CARPETA DE VACUNACIÓN COMPARTIDA POR LA LIDER OPERATIVA APS.
6	6. REALIZAR LA PLANILLA DE LAS FAMILIAS CON LAS QUE SE INICIAN LOS PLANES DE BIENESTAR FAMILIAR O EL FORMATO DE DISENTIMIENTO DE LAS FAMILIAS QUE RECHAZAN LA INTERVENCIÓN Y VERIFICAR EL ARCHIVO PLANO DE RUTEO, DONDE SE EVIDENCIE LA GESTIÓN FINAL DEL CASO. 6.1 ACTIVIDADES DESARROLLADAS: REALICE SEGUIMIENTO A LA BASE DE SARAMPION CON LOS ESTADOS DE RUTEO 6.2 PRODUCTOS EVIDENCIAS: SE CARGO LA BASE ACTUALIZADA EN EL DRIVE COMPARTIDO CON LA SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD DE BOGOTÁ

7	<p>7. REALIZAR LOS TAMIZAJES REQUERIDOS POR EL PERFIL DE ACUERDO CON LAS FICHAS TÉCNICAS (APGAR, EPOC, OMS, FINDRISC, REJILLAS DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO RESOLUCIÓN 2465 Y 3280, COPE 28, SRQ, RQC, WHODAS, ZARIT, BARTHEL Y ACOMPAÑAMIENTO PSICOSOCIAL) SEGÚN APLIQUE.</p> <p>7.1 ACTIVIDADES DESARROLLADAS: PARA MI PERFIL NO SE APLICAN TAMIZAJES, SE APLICO EN LA VALIDACIÓN DE BASES EL ESQUEMA PAI REGULAR E INCOMPLETO</p> <p>7.2 PRODUCTOS EVIDENCIAS: SE CUENTA CON EL ESCANER DE LOS SISS Y LA MATRIZ PAI.</p>
8	<p>8. REALIZAR LAS CANALIZACIONES Y SEGUIMIENTO DE ACUERDO CON LA NECESIDAD Y EL RIESGO IDENTIFICADO EN LAS FAMILIAS.</p> <p>8.1 ACTIVIDADES DESARROLLADAS: NO APLICA PARA MI PERFIL</p> <p>8.2 PRODUCTOS EVIDENCIAS: NO APLICA PARA MI PERFIL</p>
9	<p>9. REALIZAR AGENDAMIENTO EN TIEMPO REAL A LA UNIDAD RESOLUTIVA MÁS CERCANA DEL USUARIO ACORDE A LO ESTABLECIDO EN LOS LINEAMIENTOS TÉCNICOS.</p> <p>9.1 ACTIVIDADES DESARROLLADAS: NO APLICA PARA MI PERFIL</p> <p>9.2 PRODUCTOS EVIDENCIAS: NO APLICA PARA MI PERFIL</p>
10	<p>10. REALIZAR NOTIFICACIÓN DE EVENTOS DE INTERÉS DE SALUD PÚBLICA DE ACUERDO CON LA NECESIDAD.</p> <p>10.1 ACTIVIDADES DESARROLLADAS: NO APLICA PARA MI PERFIL</p> <p>10.2 PRODUCTOS EVIDENCIAS: NO APLICA PARA MI PERFIL</p>
11	<p>11. REALIZAR EL CARGUE AL APLICATIVO GTAPS CON CALIDAD Y OPORTUNIDAD LA INFORMACIÓN DE LAS FAMILIAS VISITADAS EN EL CONVENIO EQUIPOS MÁS BIENESTAR EN TU HOGAR ACORDE A LO ESTABLECIDO EN LOS LINEAMIENTOS TÉCNICOS.</p> <p>11.1 ACTIVIDADES DESARROLLADAS: NO APLICA CARGUE EN GTAPS PARA MI PERFIL, LOS VACUNADORES TAMPOCO DEBEN CARGAR EN EL APLICATIVO, LAS AUXILIARES DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS NO REALIZARON ACCIONES EN EL MES DE MARZO</p> <p>11.2 PRODUCTOS EVIDENCIAS: NO APLICA</p>
12	<p>12. 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.</p> <p>12.1 ACTIVIDADES DESARROLLADAS: CUMPLI CON CALIDAD EN TODAS MIS ACTIVIDADES CONTRACTUALES</p> <p>12.2 PRODUCTOS EVIDENCIAS: ENTREGUE SOPORTES CON CALIDAD A LA LIDER OPERATIVA</p>
13	<p>13. CUMPLIR CON ACTIVIDADES Y/O PRODUCTOS PROGRAMADOS Y ASIGNADOS CON LA CALIDAD DE DATOS (INTEGRIDAD, OPORTUNIDAD, CONSISTENCIAS, 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, DE ACUERDO CON LAS HORAS CONTRATADAS.</p> <p>13.1 ACTIVIDADES DESARROLLADAS: REALICE VALIDACIÓN DE INFORMACIÓN DESCRITA POR LOS AUXILIARES Y BACHILLERES DE PAI REVISE LOS OSRPTES DE ESCANER SISS, Y CARNETS DE VACUNACIÓN</p> <p>13.2 PRODUCTOS EVIDENCIAS: CAREPTAS DRIVE CON SOPORTE.</p>
14	<p>14. REALIZAR REVISIÓN Y RESPONDER POR LOS FORMATOS DE CAPTURA, DOCUMENTOS, BASES O INFORMES GENERADOS COMO RESULTADO DE LAS ACCIONES O INTERVENCIONES REALIZADAS EN CUMPLIMIENTO A LOS ANEXOS A LOS LINEAMIENTOS TÉCNICOS DEL CONVENIO INTERADMINISTRATIVO MÁS BIENESTAR EN TU HOGAR.</p> <p>14.1 ACTIVIDADES DESARROLLADAS: REALICE VALIDACIÓN DE INFORMACIÓN DESCRITA POR LOS AUXILIARES Y BACHILLERES DE PAI REVISE LOS OSRPTES DE ESCANER SISS, Y CARNETS DE VACUNACIÓN</p> <p>14.2 PRODUCTOS EVIDENCIAS: BASE DRIVE SARAMPION Y BASE MATRIZ PAI.</p>
15	<p>15. REALIZAR CARGUE Y ENTREGA DE CUENTA DE COBRO EN LOS TIEMPOS ESTABLECIDOS, POR LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE, CON LA CALIDAD REQUERIDA.</p> <p>15.1 ACTIVIDADES DESARROLLADAS: REALICE MI CUENTA DE COBRO DEL MES DE ABRIL ACORDE A MI FECHA DE INGRESO Y ACTIVIDADES REALIZADAS</p> <p>15.2 PRODUCTOS EVIDENCIAS: CRAGUE D ECUENTA DE COBRO DEL MES DE ABRIL EN EL APLICATIVO.</p>
16	<p>16. DAR CUMPLIMIENTO DE LA POLÍTICA DE PROTECCIÓN Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES Y DE LA POLÍTICA GENERAL DE SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN DEL FFDSSDS Y SUS SÍMILES EN LA SISS.</p> <p>16.1 ACTIVIDADES DESARROLLADAS: CUMPLI CON LA POLITICA DE POLÍTICA DE PROTECCIÓN Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES Y DE LA POLÍTICA GENERAL DE SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN DEL FFDSSDS Y SUS SÍMILES EN LA SISS</p> <p>16.2 PRODUCTOS EVIDENCIAS: CUMPLIMIENTO DE LA POLITICA EN SUPERVSIÓN DE MI LIDER OPERATIVA.</p>
17	<p>17. REALIZAR NOTIFICACIÓN DEL TRABAJO INFANTIL, DEL TRABAJO FORZOSO, DE LAS CONDUCTAS DISCRIMINATORIAS, DEL HOSTIGAMIENTO SEXUAL, DE LA VIOLENCIA Y DE LA DISCRIMINACIÓN CONTRA LAS MUJERES.</p> <p>17.1 ACTIVIDADES DESARROLLADAS: NO APLICA PARA EL PERFIL</p> <p>17.2 PRODUCTOS EVIDENCIAS: NO APLICA PARA EL PERFIL</p>
18	<p>18. APROPIAR LAS MEDIDAS PARA PREVENIR, CORREGIR Y DENUNCIAR EL HOSTIGAMIENTO SEXUAL, LA VIOLENCIA Y LA DISCRIMINACIÓN CONTRA LAS MUJERES, EN SUS ACTIVIDADES EMPRESARIALES Y CADENA DE SUMINISTRO EN EL MARCO DE LA EJECUCIÓN DEL PRESENTE CONVENIO.</p> <p>18.1 ACTIVIDADES DESARROLLADAS: APLIQUE LAS MEDIDAS PARA DENUNCIAR EL HOSTIGAMIENTO SEXUAL Y DISCRIMINACIÓN.</p> <p>18.2 PRODUCTOS EVIDENCIAS: NO EVIDENCIA NINGUNA VIOLENCIA O DISCRIMINACIÓN.</p>
	<p>19. CUMPLIR, SEGÚN SU PERFIL Y RESPONSABILIDADES ASIGNADAS, CON TODAS LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL ANEXO TÉCNICO DEL CONVENIO MÁS BIENESTAR VIGENTE, SUSCRITO ENTRE EL FDS Y LA SUBRED, ASÍ COMO CON LOS LINEAMIENTOS TÉCNICOS Y OPERATIVOS QUE DE ESTE SE DERIVEN.</p>

19	19.1 ACTIVIDADES DESARROLLADAS: REALICE TODAS MIS ACTIVIDADES CON RESPONSABILIDAD Y VERACIDAD. 19.2 PRODUCTOS EVIDENCIAS: REALICE ENTREGA DE TODAS MIS ACTIVIDADES CON CALIDAD,VERACIDAD Y OPORTUNIDAD.
----	--

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 (2026-04-10) AL (2026-04-30)			
IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:	N°	OPERADOR:	
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	FAMISANAR		\$ 0
PENSIÓN:	COLFONDOS		\$ 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 periodo correspondiente			
NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA	<div><div>EDNA MARCELA COSTO HERNANDEZ PS_3716_2026_F176C1</div><div>EDNA MARCELA COSTO HERNANDEZ CC: 52445037</div></div>		
FIRMA DE QUIEN VALIDA	<div><div>LUZ ADRIANA CALDERON RAMIREZ PS_3716_2026_F176C1</div><div>LUZ ADRIANA CALDERON RAMIREZ SUPERVISOR ALTERNO</div></div>		

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS
OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO



ANA MARGARET RABA SIERRA

PS_3716_2026_F176C1

ANA MARGARET RABA SIERRA
SUPERVISOR DEL CONTRATO



CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) EDNA MARCELA COSTO HERNANDEZ identificado(a) con CC 52445037 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de	01/04/2021
Estado de la Afiliación:	ACTIVO
IPS:	CAFAM CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR
Categoría:	A

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en **QUIEN**, a los 12 días del mes abril del 2026.

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

Fredy Alexander Caicedo Sierra
Director Operaciones Comerciales
EPS FAMISANAR S.A.S.



LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
CERTIFICA QUE:

EDNA MARCELA COSTO HERNANDEZ identificado con CC. 52445037 registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales:

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE	
Nombres y/o Razón	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
Tipo y Numero de Documento	NI - 900959051

INFORMACIÓN RELACIÓN LABORAL			
Fecha de inicio de cobertura	2026/04/08	Fecha inicio contrato	2026/04/08
Tipo de vinculación	Independiente con Contrato	Fecha de fin contrato	2026/12/31
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	-	Estado del contrato	Activa

Esta certificación se expide a los 1 días del mes de mayo 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: **CC01052026N52445037A17652741**. 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



COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) EDNA MARCELA COSTO HERNANDEZ identificado(a) con C.C No. 52.445.037, se encuentra afiliado(a) a Fondo Pensiones Obligatorias NIT 800.227.940-6.

Se expide la presente certificación a solicitud del afiliado(a) el día 14 de abril del 2026.

El presente certificado es emitido como un archivo PDF y contiene una firma digitalizada válida para todos sus efectos de conformidad con lo dispuesto en la Ley 527 de 1999.

Cualquier inquietud adicional no dude en escribirnos a través de nuestro portal transaccional www.colfondos.com.co opción PQR's, o comuníquese con nuestro Contact Center a través de las siguientes líneas Bogotá 601 748 48 88, Barranquilla 605 386 98 88, Bucaramanga 607 698 58 88, Cali 602 489 98 88, Cartagena 605 694 98 88, Medellín 604 604 28 88 y en el resto del país 01 800 05 10000.



Gerencia de cuentas y recaudo
Colfondos S.A Pensiones y Cesantías

DIAN		Formulario del Registro Único Tributario		001	
2. Concepto 02 Actualización		4. Número de formulario 141046279749			
5. Número de Identificación Tributaria (NIT) 524450371		6. DV 1		12. Dirección seccional Impuestos de Bogotá	
14. Buzón electrónico 32					
IDENTIFICACIÓN					
24. Tipo de contribuyente Persona natural o sucesión ilíquida		25. Tipo de documento Cédula de Ciudadanía		26. Número de Identificación 52445037	
Lugar de expedición COLOMBIA		28. País 169		29. Departamento Bogotá D.C. 11	
30. Ciudad/Municipio Bogotá, D.C. 001		31. Primer apellido COSTO		32. Segundo apellido HERNANDEZ	
33. Primer nombre EDNA		34. Otros nombres MARCELA			
35. Razón social					
36. Nombre comercial					
37. Sigla					
UBICACIÓN					
38. País COLOMBIA 169		39. Departamento Bogotá D.C. 11		40. Ciudad/Municipio Bogotá, D.C. 001	
41. Dirección principal CR 5 A 30 D SUR 73 BRR VEINTE DE JULIO					
42. Correo electrónico marcelacosto.79@hotmail.com					
43. Código postal		44. Teléfono 1 6012495867		45. Teléfono 2 3219745316	
CLASIFICACIÓN					
Actividad económica		Ocupación			
46. Código 8692		47. Fecha inicio actividad 20090413		48. Código	
49. Fecha inicio actividad		50. Código 12		51. Código	
52. Número establecimientos					
Responsabilidades, Calidades y Atributos					
53. Código 20					
20- Obtención NIT					
Usuarios aduaneros					
Exportadores					
54. Código					
55. Forma					
56. Tipo					
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 renovación					
Para uso exclusivo de la DIAN					
59. Anexos SI NO X		60. No. de Folios: 0		61. Fecha 2024-06-13 / 03:40:10PM	
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.			Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.		
Firma del solicitante:			Firma autorizada:		
			984. Nombre COSTO HERNANDEZ EDNA MARCELA		
			985. Cargo CONTRIBUYENTE		