SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO - GESTION DE CONTRATACIÓN
FORMATO CUENTA DE COBRO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN

CÓDIGO: AP-IA-FT-014
VERSIÓN: 7
FECHA: 2025-06-09

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-04-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	**PAULA MARCELA YARA COLMENARES**			**CC:**	**1000807634**
CORREO ELECTRÓNICO:	**PAULAYARA16@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3217107976**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**KR 34F N° 39B- 25 SUR ETAPA 1 APTO 411**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**488439645315**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 3760 2026**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 388.800**
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**				

PAULA MARCELA YARA COLMENARES
PS_3760_2026_48212C

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
PAULA MARCELA YARA COLMENARES
CC: 1000807634
CEL: 3217107976

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.	**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E** **APOYO - GESTION DE CONTRATACIÓN** **FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN Y SUPERVISION DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN**	**CÓDIGO:** **AP-IA-FT-077** **VERSIÓN: 2** **FECHA: 2025-06-09**

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y			
PAULA MARCELA YARA COLMENARES			
	CON C.C N°	**1.000.807.634**	
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 3760 2026**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2026/04/09**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 11.227.680	**No. HORAS EJECUTADAS**	**24**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 11.227.680	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 388.800
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	TRES (3) MESES Y VEINTITRES (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. OBLIGACIÓN: 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: Dearrollé de manera integral las actividades directas e indirectas derivadas del objeto contractual en las unidades de prestación de servicios asignadas, dando cumplimiento a la programación establecida. Realicé intervenciones en campo, en hogares de paso y hogares de centro día, garantizando oportunidad, calidad y pertinencia en cada acción ejecutada conforme a los lineamientos del convenio. 1.2 PRODUCTOS (EVIDENCIA): Registros diarios de actividades y soportes de intervenciones realizadas.
2	2. OBLIGACIÓN: 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: Realicé apropiación conceptual desde mi perfil mediante la revisión, análisis y aplicación de los anexos y lineamientos técnicos del convenio Más Bienestar, incluyendo sus actualizaciones. Participé en espacios de capacitación, socialización y retroalimentación, fortaleciendo mis competencias para la correcta ejecución de las actividades. 2.2 PRODUCTOS (EVIDENCIA): Actas de asistencia a capacitaciones, listados de asistencia, soportes de socialización y evidencias de aplicación de lineamientos en campo.
3	3. OBLIGACIÓN: 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: Realicé la entrega formal al supervisor de los archivos físicos y magnéticos generados durante la ejecución contractual, así como de los insumos biomédicos, garantizando el adecuado inventario, organización y estado de los mismos. 3.2 PRODUCTOS (EVIDENCIA): Acta de debidamente firmada de insumos y soportes de entrega.
4	4. OBLIGACIÓN: 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: Realicé de manera oportuna el pago de los aportes al sistema general de seguridad social y aportes parafiscales, en cumplimiento de la normatividad vigente, asegurando la continuidad de mi afiliación durante la ejecución contractual. 4.2 PRODUCTOS (EVIDENCIA): Planillas PILA pagadas y comprobantes de pago.
5	5. OBLIGACIÓN: 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: Desarrollé el plan de bienestar familiar de acuerdo con los criterios de priorización establecidos, aplicando las orientaciones técnicas, operativas y metodológicas contenidas en las fichas técnicas, promoviendo el mejoramiento de las condiciones de salud y bienestar de las familias intervenidas. 5.2 PRODUCTOS (EVIDENCIA): Planes de bienestar formulados, actan debidamente realizada, registros de intervención y seguimientos realizados.
	6. OBLIGACIÓN: 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: Realicé el diligenciamiento completo y veraz de la planilla de caracterización de los usuarios

6	intervenidos, así como el formato de disentimiento en los casos en que los usuarios rechazan la intervención. Además, verifiqué y actualicé el archivo plano de ruteo, asegurando la trazabilidad y cierre de cada caso. 6.2 PRODUCTOS (EVIDENCIA): Planillas diligenciadas, formatos de disentimiento firmados y archivo plano de ruteo actualizado.
7	7. OBLIGACIÓN: 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. 7.1 ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Realicé la aplicación de tamizajes según mi perfil profesional, utilizando los instrumentos definidos en las fichas técnicas (APGAR, FINDRISC, SRQ, entre otros), identificando factores de riesgo y condiciones de salud de los usuarios para orientar la intervención. 7.2 PRODUCTOS (EVIDENCIA): Formatos de tamizaje diligenciados y registros de resultados obtenidos en aplicativo.
8	8. OBLIGACIÓN: Realizar las canalizaciones y seguimiento de acuerdo con la necesidad y el riesgo identificado en las familias. 8.1 ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Realicé canalización de usuarios a los servicios de salud y programas institucionales según las necesidades identificadas, efectuando seguimiento continuo para verificar la adherencia y oportunidad en la atención. 8.2 PRODUCTOS (EVIDENCIA): Registros de formato de canalización.
9	9. OBLIGACIÓN: Realizar agendamiento en tiempo real a la unidad resolutiva más cercana del usuario acorde a lo establecido en los lineamientos técnicos 9.1 ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Realicé el agendamiento de citas en tiempo real de los usuarios en la unidad resolutiva más cercana, garantizando el acceso oportuno a los servicios requeridos conforme a los lineamientos técnicos establecidos. 9.2 PRODUCTOS (EVIDENCIA): Soportes de citas asignadas y registros de agendamiento mediante acta.
10	10. OBLIGACIÓN: Realizar notificación de eventos de interés de salud pública de acuerdo con la necesidad. 10.1 ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Realicé la identificación y notificación oportuna de eventos de interés en salud pública, conforme a los protocolos establecidos. 10.2 PRODUCTOS (EVIDENCIA): Reportes de notificación y registros en los sistemas correspondientes.
11	11. OBLIGACIÓN: 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. 11.1 ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Realicé el cargue de la información de las familias visitadas en el aplicativo GTAPS, garantizando calidad, oportunidad, consistencia y veracidad de los datos registrados. 11.2 PRODUCTOS (EVIDENCIA): Reportes del sistema GTAPS y registros de carga de información.
12	12. OBLIGACIÓN: 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. 12.1 ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Apoyé las actividades orientadas al mejoramiento continuo de la calidad, participando en la implementación de planes de mejoramiento y en el cumplimiento de estándares de habilitación y acreditación en salud. 12.2 PRODUCTOS (EVIDENCIA): Actas, informes y soportes de participación en actividades de calidad.
13	13. OBLIGACIÓN: 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 a las horas contratadas. 13.1 ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Ejecuté las actividades asignadas garantizando la calidad de los datos registrados, verificando su integridad, oportunidad, consistencia y exactitud conforme a los lineamientos técnicos establecidos. 13.2 PRODUCTOS (EVIDENCIA): Bases de datos validados, informes y registros con control de calidad.
14	14. OBLIGACIÓN: 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. 14.1 ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Realicé la revisión detallada de los formatos, documentos, bases de datos e informes generados, asegurando su coherencia, calidad y cumplimiento de los lineamientos técnicos del convenio. 14.2 PRODUCTOS (EVIDENCIA): Documentos revisados, informes consolidados y formatos validados.
15	15. OBLIGACIÓN: 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 15.1 ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Realicé el cargue, revisión y entrega de la cuenta de cobro dentro de los tiempos establecidos, cumpliendo con los requisitos exigidos por la Subred. 15.2 PRODUCTOS (EVIDENCIA): Cuenta de cobro radicada pos medio del aplicativo con soportes completos.
16	16. OBLIGACIÓN: 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 16.1 ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Di cumplimiento a las políticas de protección de datos personales y seguridad de la información, garantizando la confidencialidad, integridad y uso adecuado de la información manejada. 16.2 PRODUCTOS (EVIDENCIA): Formatos de confidencialidad firmados y cumplimiento de protocolos institucionales.
17	17. OBLIGACIÓN: 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. 17.1 ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Realicé la notificación de situaciones relacionadas con trabajo infantil, trabajo forzoso, conductas discriminatorias, hostigamiento sexual y violencia contra las mujeres cuando fue requerido, de acuerdo con los protocolos establecidos. 17.2 PRODUCTOS (EVIDENCIA): Reportes de notificación y registros de casos identificados.
	18. OBLIGACIÓN: 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. 18.1 ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Implementé acciones de prevención, sensibilización y reporte frente a situaciones de hostigamiento sexual, violencia y discriminación contra las mujeres, en el marco de mis actividades contractuales.

18	18.2 PRODUCTOS (EVIDENCIA): Soportes de actividades realizadas, registros de sensibilización e informes.
19	19. OBLIGACIÓN: 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. Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato. 19.1 ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Di cumplimiento integral a las obligaciones establecidas en el anexo técnico del convenio ya los lineamientos técnicos y operativos derivados, garantizando la correcta ejecución de mis funciones. 19.2 PRODUCTOS (EVIDENCIA): Informes de actividades, soportes de ejecución y cumplimiento contractual.

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:	COMPENSAR		$ 0
PENSIÓN:	COLPENSIONES		$ 0
RIESGOS LABORALES:	SURA		$ 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 período correspondiente

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA	*PAULA MARCELA YARA COLMENARES* *PS_3760_2026_48212C* **PAULA MARCELA YARA COLMENARES** **CC: 1000807634**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*LUZ ADRIANA CALDERON RAMIREZ* *PS_3760_2026_48212C* **LUZ ADRIANA CALDERON RAMIREZ** **SUPERVISOR ALTERNO**

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*ANA MARGARET RABA SIERRA* *PS_3760_2026_48212C* **ANA MARGARET RABA SIERRA** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

EL PROGRAMA DE EPS DE LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR
NIT 860.066.942-7

CERTIFICA QUE

Que el(la) señor(a) PAULA MARCELA YARA COLMENARES identificado(a) con Cedula Ciudadania 1000807634, se encuentra Cobertura Inicial en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar como cotizante Independiente contrato de prestación según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro
20260413	No Registrada

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 4 días del mes de Mayo de 2.026

Observaciones:

Con destino a:
A QUIÉN CORRESPONDA

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS, cualquier aclaración con gusto será atendida en la línea (601) 4441234 - Documento no válido como autorización de traslado ni aclaración de multiafiliación en el SGSSS..

Cordialmente,
COMPENSAR EPS.

Elaboró: PORTAL CORPORATIVO CER-AFI
32285132

Vigilado Supersalud
Vigilado Supersubsidio

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. así como para su desafiliación
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el: 17/04/2026 6.34 PM

ARL | sura

Medellín, 17 de abril de 2026

LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A..

CERTIFICA:

Que PAULA MARCELA YARA COLMENARES identificado(a) con cédula de ciudadanía 1000807634 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:

Fecha inicio cobertura: 10/04/2026 **Fecha fin cobertura:**

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIE N900959051

ACTIVIDAD ECONÓMICA:
3861001 - ACTIVIDADES DE HOSPITALES Y CLÍNICAS, CON INTERNACIÓN, COMPRENDE LAS ACTIVIDADES QUE CONSISTEN PRINCIPALMENTE EN LABORATORIO CLÍNICO, ENDOSCOPIA, PATOLOGÍA ETC, CUANDO SE PRESTAN A PACIENTES INTERNOS LA ATENCIÓN DE PACIENTES INTERNOS, QUE SE REALIZA BAJO LA SUPERVISIÓN DIRECTA DE MÉDICOS Y ABARCA: LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA A PACIENTES INTERNOS EN HOSPITALES CUANDO SE PRESTA POR PROFESIONALES VINCULADOS A LA INSTITUCIÓN DE INTERNACIÓN; EL SERVICIO DE PERSONAL MÉDICO GENERAL Y ESPECIALIZADO Y PARAMÉDICO EN: SERVICIO DE COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA: REHABILITACIÓN (POR TERAPISTAS), OPTOMETRÍA, PSICOLOGÍA, NUTRICIÓN, FONOAUDIOLOGÍA, ETC, CUANDO SE PRESTAN A PACIENTES INTERNOS; SERVICIOS DE URGENCIAS SERVICIOS DE QUIRÓFANOS, SERVICIOS DE FARMACIA, SERVICIOS DE COMIDA A PACIENTES INTERNOS Y OTROS SERVICIOS HOSPITALARIOS; SERVICIOS DE CENTROS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR QUE PROPORCIONAN TRATAMIENTO MÉDICO TALES COMO ESTERILIZACIÓN E INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO, CUANDO SE REALIZAN CON INTERNACIÓN

CLASE DE RIESGO: 3 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 2.436%

CENTRO DE TRABAJO: 0000000001 - PRINCIPAL BOGOTA DC

CLASE: 3 **PORCENTAJE:** 2.436% **TIPO COTIZANTE:** INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES

ACTIVIDAD ECONÓMICA CENTRO DE TRABAJO:
3861001 - ACTIVIDADES DE HOSPITALES Y CLÍNICAS, CON INTERNACIÓN, COMPRENDE LAS ACTIVIDADES QUE CONSISTEN PRINCIPALMENTE EN LABORATORIO CLÍNICO, ENDOSCOPIA, PATOLOGÍA ETC, CUANDO SE PRESTAN A PACIENTES INTERNOS LA ATENCIÓN DE PACIENTES INTERNOS, QUE SE REALIZA BAJO LA SUPERVISIÓN DIRECTA DE MÉDICOS Y ABARCA: LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA A PACIENTES INTERNOS EN HOSPITALES CUANDO SE PRESTA POR PROFESIONALES VINCULADOS A LA INSTITUCIÓN DE INTERNACIÓN; EL SERVICIO DE PERSONAL MÉDICO GENERAL Y ESPECIALIZADO Y PARAMÉDICO EN: SERVICIO DE COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA: REHABILITACIÓN (POR TERAPISTAS), OPTOMETRÍA, PSICOLOGÍA, NUTRICIÓN, FONOAUDIOLOGÍA, ETC, CUANDO SE PRESTAN A PACIENTES INTERNOS; SERVICIOS DE URGENCIAS SERVICIOS DE QUIRÓFANOS, SERVICIOS DE FARMACIA, SERVICIOS DE COMIDA A PACIENTES INTERNOS Y OTROS SERVICIOS HOSPITALARIOS; SERVICIOS DE CENTROS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR QUE PROPORCIONAN TRATAMIENTO MÉDICO TALES COMO ESTERILIZACIÓN E INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO, CUANDO SE REALIZAN CON INTERNACIÓN

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

ACTIVIDAD ECONÓMICA:
3861001 - ACTIVIDADES DE HOSPITALES Y CLÍNICAS, CON INTERNACIÓN, COMPRENDE LAS ACTIVIDADES QUE CONSISTEN PRINCIPALMENTE EN LABORATORIO CLÍNICO, ENDOSCOPIA, PATOLOGÍA ETC, CUANDO SE PRESTAN A PACIENTES INTERNOS LA ATENCIÓN DE PACIENTES INTERNOS, QUE SE REALIZA BAJO LA SUPERVISIÓN DIRECTA DE MÉDICOS Y ABARCA: LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA A PACIENTES INTERNOS EN HOSPITALES CUANDO SE PRESTA POR PROFESIONALES VINCULADOS A LA INSTITUCIÓN DE INTERNACIÓN; EL SERVICIO DE PERSONAL MÉDICO GENERAL Y ESPECIALIZADO Y PARAMÉDICO EN: SERVICIO DE COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA: REHABILITACIÓN (POR TERAPISTAS), OPTOMETRÍA, PSICOLOGÍA, NUTRICIÓN, FONOAUDIOLOGÍA, ETC, CUANDO SE PRESTAN A PACIENTES INTERNOS; SERVICIOS DE URGENCIAS SERVICIOS DE QUIRÓFANOS, SERVICIOS DE FARMACIA, SERVICIOS DE COMIDA A PACIENTES INTERNOS Y OTROS SERVICIOS HOSPITALARIOS; SERVICIOS DE CENTROS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR QUE PROPORCIONAN TRATAMIENTO MÉDICO TALES COMO ESTERILIZACIÓN E INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO, CUANDO SE REALIZAN CON INTERNACIÓN

CODIGO DE ACTIVIDAD: 3861001

CLASE DE RIESGO: 3 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 2.436%

Su pago lo debe realizar con riesgo 3 (2.436 %), teniendo en cuenta lo siguiente:

Artículo 11, Decreto 723 de 2013: Cotización y Pago: La cotización se realizará teniendo en cuenta el mayor riesgo entre:

1. ***La clase de riesgo del centro de trabajo de la entidad o institución.***
2. ***El propio de la actividad ejecutada por el contratista.***

Parágrafo 1: Cuando las entidades o instituciones no tengan centros de trabajo se tomará la actividad principal o institución.

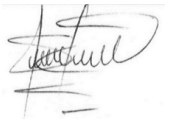
VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **PAULA MARCELA YARA COLMENARES** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1000807634,** se encuentra afiliado/a desde **12/05/2016** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 29 de abril de 2026.



Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

Nota: Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141117234633

(415)7707212489984(8020) 000014111723463 3

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 0 0 0 8 0 7 6 3 4	5	Impuestos de Bogotá 3 2	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1 0 0 0 8 0 7 6 3 4	

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
YARA	COLMENARES	PAULA	MARCELA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

41. Dirección principal
K R 34 F 39 B 25 S CON

42. Correo electrónico PAULAYARA16@GMAIL.COM

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
1 2	3 2 1 7 1 0 7 9 7 6	

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 2 9 9	2 0 1 6 0 2 0 4							

Responsabilidades, Calidades y Atributos

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código 4 9																									

49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54. Código									

11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores

55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
		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 2026-04-20 / 09:12:03PM

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.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre YARA COLMENARES PAULA MARCELA

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO