

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-06-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	JOSE GABRIEL NAVAS MENDEZ			CC:	13742404
CORREO ELECTRÓNICO:	JOSEGABRIELNAVASMENDEZ@GMAIL.COM			TELÉFONO:	3132825027
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 54F SUR 103 50			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	472970052214
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 4166 2026	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 550.800	
FECHA DE INICIO CONTRATO	2026/06/01	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2026/07/31	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/06/03 AL 2026/06/30				
 JOSE GABRIEL NAVAS MENDEZ PS_4166_2026_37A329 NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: JOSE GABRIEL NAVAS MENDEZ CC: 13742404 CEL: 3132825027					

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y
JOSE GABRIEL NAVAS MENDEZ

CON C.C N°13.742.404

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 4166 2026	FECHA INICIO CONTRATO	2026/06/01
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$	5.961.600	No. HORAS EJECUTADAS	34
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$	5.961.600	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 550.800
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	DOS (2) MESES			

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	SEDE ADMINISTRATIVA SAN JOSE OBRERO
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA

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. OBLIGACION: 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: cumplí con las labores derivadas del objeto contractual, tanto directas como indirectas, en los centros de servicio correspondientes y bajo la planeación fijada. 1.2. Soporte: realicé seguimiento telefónico y/o presencial según el proceso de ruteo. Además, asistí a las diferentes inducciones y elaboré las actas correspondientes.
2	2.OBLIGACION: 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: Apropie e implemente los lineamientos y anexos técnicos del convenio suscrito entre el FDS y la SUBRED, incluyendo sus actualizaciones, conforme a mis competencias profesionales. 2.2. Soporte: desarrolle las actas correspondientes según los lineamientos de acuerdo a las indicaciones dadas por el líder.
3	3.OBLIGACION: 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: realice entrega de los documentos físicos y magnéticos de las intervenciones realizadas durante este periodo. 3.2.Soporte: entregue al auxiliar técnico los soportes correspondientes de las intervenciones.
4	.OBLIGACION: 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 proceso de afiliaciones a EPS (sanitas) pensión (Colpensiones) y ARL (Sura) de acuerdo con la ley 1955 de 2019 plan de desarrollo 2018 2022, según el artículo 244 de la misma norma, ratificando lo dispuesto en la ley 1753 de 2015 y adjunte los respectivos soportes parafiscales según el manual de contratación. 4.2. Soporte: genere el cargue de los soportes de las obligaciones parafiscales a través del link https://drive.google.com/drive/folders/1XiTi3XA47CJ-G4CkjQ8bd0I13QZMDyAM?usp=sharing
5	5.OBLIGACION: 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 plan de bienestar acorde al ruteo asignado, de acuerdo a las claridades técnicas, operativas y metodológicas relacionadas en las fichas técnicas. 5.2. Soporte: genere el descargue de ruteo a través del aplicativo GTAPS creando la respectiva organización de actividades para la ejecución de las intervenciones.
6	6.OBLIGACION: 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: desarrolle un plan de bienestar familiar, con el respectivo formato de las familias que me fueron asignadas por medio del ruteo, así mismo diligencie el formato de las familias que rechazaron la intervención y deje la respectiva evidencia en el sistema. 6.2. Soporte: entregue los respectivos formatos y alimente el aplicativo GTAPS.

7	7. OBLIGACION: 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: realice los respectivos tamizajes 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) con las condiciones de cada persona a la que se le realizo el abordaje. 7.2. Soporte: alimente el aplicativo GTAPS de acuerdo a la persona a la que se le realizo el abordaje de manera efectiva.
8	8.OBLIGACION: REALIZAR LAS CANALIZACIONES Y SEGUIMIENTO DE ACUERDO CON LA NECESIDAD Y EL RIESGO IDENTIFICADO EN LAS FAMILIAS. 8.1. Actividades desarrolladas: no realicé canalizaciones durante el mes, ya que en las familias intervenidas no se identificaron riesgos y/o necesidades para implementar canalización y seguimiento. 8.2. Soporte: no genere canalizaciones durante este periodo por lo anteriormente informado.
9	9. OBLIGACION: 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: no realice agendamientos durante el mes, ya que en las familias intervenidas no se identificó la necesidad de implementar agendamiento de manera resolutive, ya que los usuarios contaban con sus citas médicas al día. 9.2. Soporte: no genere agendamientos durante este periodo por lo anteriormente informado.
10	10. OBLIGACION: REALIZAR NOTIFICACIÓN DE EVENTOS DE INTERÉS DE SALUD PÚBLICA DE ACUERDO CON LA NECESIDAD. 10.1. Actividades desarrolladas: no realicé notificación de eventos de interés de salud pública durante el mes, ya que las personas abordadas no requerían de este procedimiento. 10.2. Soporte: no genere notificación de eventos de interés de salud pública durante este periodo.
11	11. OBLIGACION: 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: realice el cargue en el aplicativo GTAPS con calidad y oportunidad con la información de las familias visitadas de acuerdo al ruteo asignado. 11.2. Soporte: alimenté el aplicativo GTAPS con la información requerida.
12	12. OBLIGACION: 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: desarrolle las actividades que me fueron asignadas durante este periodo contribuyendo al mejoramiento continuo de la calidad y ejecute las acciones asignadas en los planes de mejoramiento para los estándares de habilitación y acreditación institucional. 12.1. Soporte: cumplí con las actividades del objeto del contrato.
13	13. OBLIGACION: 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: desarrolle las actividades programadas con calidad, integridad, oportunidad, consistencia y exactitud de acuerdo a los lineamientos técnicos, según la relación contractual entre el FDS y la SUBRED, de acuerdo a las horas contratadas. 13.2.Soporte: subí la información al aplicativo GTAPS respecto a las actividades asignadas con calidad de la información, integridad, oportunidad, consistencia y exactitud según cada actividad y producto entregado, cumpliendo con el perfil y las guías técnicas del contrato entre el FDS y la Subred.
14	14. OBLIGACION: 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: realice la revisión de los diferentes reportes y/o bases, verifique y di respuesta oportuna a los formatos de captura, documentos y reportes generados por las intervenciones realizadas, cumpliendo con los lineamientos técnicos del convenio. 14.2. Soporte: genere las correcciones de los hallazgos reportados por el líder operativo.
15	15. OBLIGACION: 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: realice el cargue de la cuenta de cobro de acuerdo a los tiempos establecidos por la SUBRED, adjuntando los respectivos documentos informados por la SUBRED. 15.2. Soporte: subí la información solicitada al aplicativo asignado por la SUBRED integrada de servicios de salud Centro Oriente.
16	16. OBLIGACION: 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: cumplí con la política de protección y tratamiento de datos personales y de la política general de seguridad de la información del FFDSSDS y sus similares en la SISS, informándole de ello al usuario. 16.2. Soporte: diligencié la planilla correspondiente con la firma del usuario, lo cual demuestra que el usuario fue informado.
17	17. OBLIGACION 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: no realice notificación durante el mes de junio acerca del trabajo infantil, del trabajo forzoso, de las conductas discriminatorias, del hostigamiento sexual, de la violencia y de la discriminación contra las mujeres, ya que en las personas abordadas no se identificó que requerían de este procedimiento. 17.2.Soporte: no genere notificación durante el mes de junio acerca del trabajo infantil, del trabajo forzoso, de las conductas discriminatorias, del hostigamiento sexual, de la violencia y de la discriminación contra las mujeres, ya que en las personas abordadas no se identificó que requerían de este procedimiento.
18	18. OBLIGACION 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: realice en cada intervención ejecutada a las familias la respectiva charla concerniente a hostigamiento sexual, la violencia y la discriminación contra las mujeres, informando los canales correspondientes para realizar la denuncia si se presentase. 18.2. Soporte: brindé las respectivas charlas de concientización a las familias abordadas con el fin de dar a conocer los medios para hacer las denuncias.

19	19. OBLIGACION: 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. 19.1. Actividades desarrolladas: ejecute las responsabilidades asignadas en el anexo técnico del convenio más bienestar vigente de acuerdo a mi perfil, acate a cabalidad las obligaciones y lineamientos operativos fijados en el anexo técnico del convenio vigente entre el FDS y la SUBRED. 19.2. Soporte: retroalimente las bases indicadas en el ruteo de acuerdo a cada actividad durante el mes.		
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 (2026-06-03) AL (2026-06-30)			
IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:	Nº	OPERADOR:	
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS		\$ 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 ningún 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		 JOSE GABRIEL NAVAS MENDEZ PS_4166_2026_37A329 JOSE GABRIEL NAVAS MENDEZ CC: 13742404	
FIRMA DE QUIEN VALIDA		 LUZ ADRIANA CALDERON RAMIREZ PS_4166_2026_37A329 LUZ ADRIANA CALDERON RAMIREZ SUPERVISOR ALTERNO	

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



LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA

PS_4166_2026_37A329

LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA
SUPERVISOR DEL CONTRATO



CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL POS DE EPS SANITAS

La **EPS SANITAS** en desarrollo de su programa especial para la garantía y prestación del Plan Obligatorio de Salud denominado EPS **SANITAS**,

CERTIFICA

Que Jose Gabriel Navas Mendez, identificado(a) con CC número 13742404, está registrado(a) en el POS DE EPS SANITAS con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 13742404
NOMBRES Y APELLIDOS	Jose Gabriel Navas Mendez
TIPO DE AFILIADO	Titular
PARENTESCO	Titular
FECHA DE NACIMIENTO	06/06/1980
ESTADO DE LA AFILIACIÓN	0 Tiene Derecho A Cobertura Integral
CAUSA ESTADO DE AFILIACIÓN	10 - Cobertura Integral
FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS	01/01/2009
FECHA DE RETIRO LABORAL / EPS SANITAS	Activo(a)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SANITAS	450 semanas
SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS	4454 semanas
SEMANAS COTIZADAS EN ÚLTIMO AÑO	27 semanas
RÉGIMEN	Contributivo
FECHA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN	02/07/2022
NIVEL SISBEN	1
EMPLEADOR(ES)*	

CEDULA DE CIUDADANIA 13742404 Trabajador Independiente
Desde 13/06/2026 - Vigente CEDULA DE CIUDADANIA 13742404
JOSE GABRIEL NAVAS MENDEZ Desde 21/11/2024 Hasta
14/05/2026

Medellín, 16 de junio de 2026

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

CERTIFICA:

Que JOSE GABRIEL NAVAS MENDEZ identificado(a) con cédula de ciudadanía 13742404 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:

Fecha inicio cobertura: 10/06/2026

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.

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.artsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:

C10723388192616762036

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:

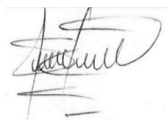
16/06/2026 5.13 PM

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **JOSE GABRIEL NAVAS MENDEZ** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **13742404**, se encuentra afiliado/a desde **01/06/2016** 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 30 de junio 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 141256057531			
		 (415)7707212489984(8020) 000014125605753 1			
5. Número de Identificación Tributaria (NIT) 1 3 7 4 2 4 0 4		6. DV 3		12. Dirección seccional Impuestos de Bogotá	
				14. Buzón electrónico 3 2	
IDENTIFICACIÓN					
24. Tipo de contribuyente Persona natural o sucesión ilíquida		25. Tipo de documento Cédula de Ciudadanía		26. Número de Identificación 1 3 7 4 2 4 0 4	
28. País COLOMBIA		29. Departamento Santander		30. Ciudad/Municipio Bucaramanga	
31. Primer apellido NAVAS		32. Segundo apellido MENDEZ		33. Primer nombre JOSE	
				34. Otros nombres GABRIEL	
35. Razón social					
36. Nombre comercial					
37. Sigla					
UBICACIÓN					
38. País COLOMBIA		39. Departamento Bogotá D.C.		40. Ciudad/Municipio Bogotá, D.C.	
41. Dirección principal CL 54 F SUR 103 50 AP 121					
42. Correo electrónico josegabrielnavasmendez@gmail.com					
43. Código postal 1 1 0 7 1 1		44. Teléfono 1 6 0 1 7 3 8 5 7 9 8		45. Teléfono 2 3 1 3 2 8 2 5 0 2 7	
CLASIFICACIÓN					
Actividad económica					
46. Código 8 6 9 9		47. Fecha inicio actividad 2 0 2 2, 0 2, 2 1		48. Código	
				49. Fecha inicio actividad	
				50. Código 1 2	
				51. Código	
				52. Número establecimientos	
Responsabilidades, Calidades y Atributos					
53. Código 5 4 9					
05- Impto. renta y compl. régimen ordinario					
49 - No responsable de IVA					
Usuarios aduaneros					
54. Código 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10					
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 2026-06-08 / 08:34:59PM	
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 NAVAS MENDEZ JOSE GABRIEL		
			985. Cargo CONTRIBUYENTE		