

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-08-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	MARIA PAULA BARBOSA CHAVARRO			CC:	1000604363
CORREO ELECTRÓNICO:	mariap.barbosacsubred@gmail.com			TELÉFONO:	3217720602
DIRECCIÓN DOMICILIO:	DG 69D SUR 48 33			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCOLOMBIA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	13132020374
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 4647 2026	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO			\$ 1.938.000
FECHA DE INICIO CONTRATO	2026/08/03	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:			2026/08/31
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/08/04 AL 2026/08/31				
<div><div>MARIA PAULA BARBOSA CHAVARRO PS_4647_2026_40AECF</div></div> <div>NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: MARIA PAULA BARBOSA CHAVARRO CC: 1000604363 CEL: 3217720602</div>					

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y
MARIA PAULA BARBOSA CHAVARRO

CON C.C N° 1.000.604.363

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO PSICOLOGO 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 4647 2026	FECHA INICIO CONTRATO	2026/08/03
---	--------------	-----------------------	------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 4.335.040	No. HORAS EJECUTADAS	85
----------------------------	--------------	----------------------	----

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 4.335.040	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 1.938.000
--	--------------	---	--------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	UN (01) MES Y UN (01) DIA
---	---------------------------

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. 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 A DESARROLLAR: REALICÉ LA APROPIACIÓN TERRITORIAL DEL COLEGIO ASIGNADO, MEDIANTE EL RECONOCIMIENTO DEL CONTEXTO INSTITUCIONAL Y TERRITORIAL. 1.2 PRODUCTOS (EVIDENCIAS): ELABORÉ EL ACTA DE APROPIACIÓN TERRITORIAL DEL COLEGIO ASIGNADO.
---	--

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 A DESARROLLAR: PARTICIPÉ DURANTE UNA SEMANA EN LAS CAPACITACIONES PROGRAMADAS COMO PARTE DEL PROCESO DE APROPIACIÓN CONCEPTUAL Y TÉCNICA DE LOS LINEAMIENTOS DEL CONVENIO MÁS BIENESTAR. ASIMISMO, REALICÉ LA REVISIÓN DE LA INFORMACIÓN SUMINISTRADA DURANTE LAS CAPACITACIONES. 2.2 PRODUCTOS (EVIDENCIAS): CUENTO CON REGISTRO DE ASISTENCIAS CORRESPONDIENTES A MI PARTICIPACIÓN EN LAS CAPACITACIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO.
---	--

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 A DESARROLLAR: ESTA ACTIVIDAD NO LA REALICÉ DURANTE EL PERIODO REPORTADO, TENIENDO EN CUENTA QUE CORRESPONDE A LA FINALIZACIÓN DEL CONTRATO. 3.2 PRODUCTOS (EVIDENCIAS) NO APLICA.
---	---

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 DEROGÓ ESTOS PRECEPTOS Y EN SU LUGAR ENTRÓ 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 TRÁMITE AL PROCESO PERTINENTE DE CONFORMIDAD CON EL MANUAL DE CONTRATACIÓN Y ACCIONES LEGALES A QUE HAYA LUGAR. 4.1 ACTIVIDADES A DESARROLLAR: DURANTE EL PERIODO REPORTADO SE REALIZÓ EL CUMPLIMIENTO DE LA OBLIGACIÓN RELACIONADA CON EL PAGO DE LOS APORTES AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL, PARA LO CUAL SE PRESENTARON LOS DOCUMENTOS Y SOPORTES SOLICITADOS. 4.2 PRODUCTOS (EVIDENCIAS): SE DA CUMPLIMIENTO MEDIANTE LA PRESENTACIÓN DE LOS DOCUMENTOS SOLICITADOS.
---	--

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 A DESARROLLAR: REALICÉ LAS FICHAS TÉCNICAS DE ACUERDO CON LAS TEMÁTICAS ESTABLECIDAS PARA EL DESARROLLO DE LA ESTRATEGIA DE EMBAJADORES DE BIENESTAR. 5.2 PRODUCTOS (EVIDENCIAS): REALICÉ LAS ACTAS CORRESPONDIENTES A CADA UNA DE LAS FICHAS TÉCNICAS ELABORADAS.
---	--

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 A DESARROLLAR: NO REALICÉ ESTA ACTIVIDAD DURANTE EL PERIODO REPORTADO, DEBIDO A QUE DURANTE ESTE PERIODO DESARROLLÉ ACTIVIDADES DE CAPACITACIÓN, APROPIACIÓN TERRITORIAL Y ELABORACIÓN DE FICHAS TÉCNICAS. 6.2 PRODCUTOS (EVIDENCIAS): NO APLICA.
---	---

7	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. 7.1 ACTIVIDADES A DESARROLLAR: NO REALICÉ ESTA ACTIVIDAD DURANTE EL PERIODO REPORTADO, DEBIDO A QUE NO HABÍA INICIADO LAS INTERVENCIONES CON USUARIOS Y FAMILIAS. 7.2 PRODUCTOS (EVIDENCIAS): NO APLICA.
8	8. REALIZAR LAS CANALIZACIONES Y SEGUIMIENTO DE ACUERDO CON LA NECESIDAD Y EL RIESGO IDENTIFICADO EN LAS FAMILIAS. 8.1 ACTIVIDADES A DESARROLLAR: NO REALICÉ ESTA ACTIVIDAD DURANTE EL PERIODO REPORTADO, DEBIDO A QUE NO HABÍA INICIADO LAS INTERVENCIONES CON LAS FAMILIAS. 8.2 PRODUCTOS (EVIDENCIAS): NO APLICA.
9	9. REALIZAR AGENDAMIENTO EN TIEMPO REAL A LA UNIDAD RESOLUTIVA MÁS CERCANA DEL USUARIO ACORDE A LO ESTABLECIDO EN LOS LINEAMIENTOS TÉCNICOS. 9.1 ACTIVIDADES A DESARROLLAR: NO REALICÉ ESTA ACTIVIDAD DURANTE EL PERIODO REPORTADO, DEBIDO A QUE NO HABÍA INICIADO LAS INTERVENCIONES CON USUARIOS Y FAMILIAS. 9.2 PRODUCTOS (EVIDENCIAS): NO APLICA.
10	10. REALIZAR NOTIFICACIÓN DE EVENTOS DE INTERÉS DE SALUD PÚBLICA DE ACUERDO CON LA NECESIDAD. 10.1 ACTIVIDADES A DESARROLLAR: DURANTE EL PERIODO REPORTADO NO REALICÉ NOTIFICACIONES DE EVENTOS DE INTERÉS DE SALUD PÚBLICA, AL NO PRESENTARSE SITUACIONES QUE REQUIRIERAN DICHA ACCIÓN. 10.2 PRODUCTOS (EVIDENCIAS): NO APLICA.
11	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. 11.1 ACTIVIDADES A DESARROLLAR: NO REALICÉ ESTA ACTIVIDAD DURANTE EL PERIODO REPORTADO. 11.2 PRODUCTOS (EVIDENCIAS): NO APLICA.
12	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. 12.1 ACTIVIDADES A DESARROLLAR: PARTICIPÉ EN LA REUNIÓN ADMINISTRATIVA PROGRAMADA DURANTE EL PERIODO Y EN LAS ACTIVIDADES DE CAPACITACIÓN RELACIONADAS CON EL DESARROLLO DEL OBJETO CONTRACTUAL. 12.2 PRODUCTOS (EVIDENCIAS): CUENTO CON LOS SOPORTES DE ASISTENCIA A LA REUNIÓN ADMINISTRATIVA Y A LAS ACTIVIDADES DE CAPACITACIÓN.
13	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 A LAS HORAS CONTRATADAS. 13.1 ACTIVIDADES A DESARROLLAR: REALICÉ LOS PRODUCTOS ASIGNADOS DURANTE EL PERIODO, CORRESPONDIENTES A LA ELABORACIÓN DE FICHAS TÉCNICAS Y SUS RESPECTIVAS ACTAS, DE ACUERDO CON LAS ORIENTACIONES RECIBIDAS DURANTE EL PROCESO DE CAPACITACIÓN. 13.2 PRODUCTOS (EVIDENCIAS) FICHAS TÉCNICAS Y ACTAS ELABORADAS.
14	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. 14.1 ACTIVIDADES A DESARROLLAR: REALICÉ LA REVISIÓN Y ELABORACIÓN DE LOS DOCUMENTOS ASIGNADOS DURANTE EL PERIODO, CORRESPONDIENTES A LAS FICHAS TÉCNICAS Y ACTAS DE LAS ACTIVIDADES PROGRAMADAS. 14.2 PRODUCTOS (EVIDENCIAS): FICHAS TÉCNICAS Y ACTAS ELABORADAS.
15	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. 15.1 ACTIVIDADES A DESARROLLAR: REALICÉ LA PREPARACIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN CORRESPONDIENTE PARA LA ENTREGA DE LA CUENTA DE COBRO, DE ACUERDO CON LOS REQUISITOS ESTABLECIDOS. 15.2 PRODUCTOS (EVIDENCIAS) SOPORTES CORRESPONDIENTES A LA CUENTA DE COBRO.
16	16. DAR CUMPLIMIENTO DE LA POLÍTICA DE PROTECCIÓN Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES Y DE LA POLÍTICA GENERAL DE SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN DEL FFDS-SDS Y SUS SIMILES EN LA SISS. 16.1 ACTIVIDADES A DESARROLLAR: DI CUMPLIMIENTO A LAS ORIENTACIONES RELACIONADAS CON LA PROTECCIÓN Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES Y SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN DURANTE LAS ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO. 16.2 PRODUCTOS (EVIDENCIAS): NO APLICA.
17	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. 17.1 ACTIVIDADES A DESARROLLAR: DURANTE EL PERIODO REPORTADO NO REALICÉ NOTIFICACIONES RELACIONADAS CON TRABAJO INFANTIL, TRABAJO FORZOSO, CONDUCTAS DISCRIMINATORIAS, HOSTIGAMIENTO SEXUAL, VIOLENCIA O DISCRIMINACIÓN CONTRA LAS MUJERES, DEBIDO A QUE NO SE PRESENTARON SITUACIONES QUE REQUIRIERAN DICHA NOTIFICACIÓN. 17.2 PRODUCTOS (EVIDENCIAS): NO APLICA.
18	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. 18.1 ACTIVIDADES A DESARROLLAR: NO SE REPORTA ACTIVIDAD RELACIONADA CON ESTA OBLIGACIÓN DURANTE EL PERIODO CORRESPONDIENTE. 18.2 NO APLICA.
	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. 19.1 ACTIVIDADES A DESARROLLAR: DI CUMPLIMIENTO A LAS ACTIVIDADES QUE ME FUERON ASIGNADAS DURANTE EL PERIODO, PARTICIPANDO EN LAS CAPACITACIONES PROGRAMADAS, EN LA REUNIÓN ADMINISTRATIVA, EN LA APROPIACIÓN TERRITORIAL DEL COLEGIO Y EN LA ELABORACIÓN DE LAS FICHAS TÉCNICAS Y ACTAS CORRESPONDIENTES, DE ACUERDO CON LAS ORIENTACIONES Y

19	RESPONSABILIDADES ASIGNADAS. 19.2 PRODUCTOS (EVIDENCIAS): FICHAS TÉCNICAS, ACTAS, ACTA DE APROPIACIÓN TERRITORIAL Y SOPORTES DE ASISTENCIA A LAS ACTIVIDADES REALIZADAS.			
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 (2026-08-04) AL (2026-08-31)				
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:	PORVENIR		\$ 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 período correspondiente				
NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA		<div>MARIA PAULA BARBOSA CHAVARRO PS_4647_2026_40AECF</div> <div>MARIA PAULA BARBOSA CHAVARRO</div> <div>CC: 1000604363</div>		
FIRMA DE QUIEN VALIDA		<div>LUZ ADRIANA CALDERON RAMIREZ PS_4647_2026_40AECF</div> <div>LUZ ADRIANA CALDERON RAMIREZ</div> <div>SUPERVISOR ALTERNO</div>		

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



LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA

PS_4647_2026_40AECF

LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA
SUPERVISOR DEL CONTRATO



CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) MARIA PAULA BARBOSA CHAVARRO identificado(a) con CC 1000604363 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de 10/08/2026

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 19 días del mes agosto 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:

MARIA PAULA BARBOSA CHAVARRO identificado con CC. 1000604363 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	2026/08/01	Fecha inicio contrato	2026/08/01
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 4 días del mes de agosto 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: **CC04082026N1000604363A20789768**. 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



**SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS
PORVENIR S.A.**

**En su condición de administradora del
FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

MARIA PAULA BARBOSA CHAVARRO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.000.604.363**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 4 de Agosto del 2026.

Cordialmente,

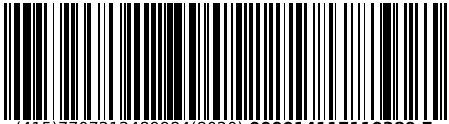


Gerencia de Clientes



Tenga en cuenta:

En este momento de su vida, lo que más le conviene es estar en un fondo privado como Porvenir, ¿por que? porque está acumulando semanas, ahorrando dinero y obteniendo rendimiento.

DIAN		Formulario del Registro Único Tributario				001	
2. Concepto 01 Inscripción				4. Número de formulario 141171103897			
				 (415)7707212489984(8020) 000014117110389 7			
5. Número de Identificación Tributaria (NIT) 1 0 0 0 6 0 4 3 6 3		6. DV 2		12. Dirección seccional Impuestos de Bogotá		14. Buzón electrónico 3 2	
IDENTIFICACIÓN							
24. Tipo de contribuyente Persona natural o sucesión ilíquida 2		25. Tipo de documento Cédula de Ciudadanía 1 3		26. Número de Identificación 1 0 0 0 6 0 4 3 6 3			
Lugar de expedición 28. País COLOMBIA 1 6 9		29. Departamento Bogotá D.C. 1 1		30. Ciudad/Municipio Bogotá, D.C. 0 0 1			
31. Primer apellido BARBOSA		32. Segundo apellido CHAVARRO		33. Primer nombre MARIA		34. Otros nombres PAULA	
35. Razón social							
36. Nombre comercial							
37. Sigla							
UBICACIÓN							
38. País COLOMBIA 1 6 9		39. Departamento Bogotá D.C. 1 1		40. Ciudad/Municipio Bogotá, D.C. 0 0 1			
41. Dirección principal DG 69 D SUR 48 33							
42. Correo electrónico m.paulabarbosa.c@gmail.com							
43. Código postal				44. Teléfono 1 3 2 1 7 7 2 0 6 0 2		45. Teléfono 2	
CLASIFICACIÓN							
Actividad económica						Ocupación	
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		52. Número establecimientos	
46. Código 7 4 9 0	47. Fecha inicio actividad 2 0 2 3 0 1 0 2	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código 1	2	51. Código	
Responsabilidades, Calidades y Atributos							
53. Código 5 4 9							
05- Impto. renta y compl. régimen ordinario							
49 - No responsable de IVA							
Usuarios aduaneros				Exportadores			
54. Código				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 X NO		60. No. de Folios: 1		61. Fecha 2025-04-01 / 01:36:53PM			
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 OSORIO CARBALLO MARIA YINETH			
				985. Cargo Gestor I			



La Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E. Certifica a:

MARIA PAULA BARBOSA CHAVARRO

C.C. 1000604363

En la realización de la Inducción Institucional de la Subred Integrada de
Servicios de Salud Centro oriente E.S.E.

Fecha de expedición: 4 de agosto de 2026

Luis Fernando Joya Joya

C.C. 74.323.870

Director Operativo Gestión Del Talento Humano

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE																																									
Identificación			dv	Razon Social					Clase Aportante					Sucursal Principal				Direccion			Ciudad-Departamento				Teléfono		Exonerado SENA e ICBF														
CC 1000604363				MARIA PAULA BARBOSA CHAVARRO					INDEPENDIENTE					Principal				Dg 69 D sur #48-33			BOGOTA-BOGOTA D.E.				3217720602		No														
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION																																									
Periodo			Clave					Tipo		Fecha				Pago																											
Pensión		Salud	Pago			Planilla		Planilla		Limite		Pago		Banco				Dias Mora		Valor																					
2026-08		2026-08	643039392			9511006610		I		2026/09/14		2026/09/10		BANCOLOMBIA				0		\$469,500																					
LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																																									
EMPLEADO			NOVEDADES															PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES						
No.	Identificación		Nombre		ing	ret	del	tae	tdp	tap	vsp	pcr	vst	sln	lge	lma	vac	avp	vct	lrr	vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Tarifa	Aporte	Dias	IBC	Aporte
SUCURSAL: Principal (1 Afiliados)																																									
Centro de Trabajo: Principal (1 Afiliados)																																									
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																																									
1	CC	1000604363	BARBOSA MARIA	X																		230301	26	\$1,517,451	\$242,800	EPS017	26	\$1,517,451	\$189,700		0	\$0	\$0	14-23	26	\$1,517,451	2.436%	\$37,000	0	\$0	
Total Afiliados(1)																																									

Planilla Resumen

RESUMEN DE PAGO								
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$242,800	\$0	\$0	\$242,800
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	\$242,800	\$0	\$0	\$242,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$37,000	\$0	\$0	\$37,000
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	\$37,000	\$0	\$0	\$37,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$189,700	\$0	\$0	\$189,700
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	\$189,700	\$0	\$0	\$189,700
TOTAL				1	\$469,500	\$0	\$0	\$469,500



Comprobante en línea
Pago PSE

10 Sep 2026 12:15



Pago exitoso
CUS 643039392

Comercio
APORTES EN LINEA

Referencia 1
10.129.7.5

Fecha
10 Sep 2026 12:15

Referencia 2
CC

Número de factura
9511006610

Referencia 3
1000604363

Descripción del pago
**Pago de la Planilla de aportes con
clave 9511006610**

Valor del Pago
\$469.500

Número de comprobante
TR260910121504iMGg6e

Costo de la transacción
\$ 0

Producto origen
**Cuenta de ahorros
**** 0374**