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: (31-07-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	**CLAUDIA MARCELA GONZALEZ BRAVO**			**CC:**	**52198249**
CORREO ELECTRÓNICO:	**CLAMAGONZALEZ24@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3125814250**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**CL 71A 17G 31 SUR**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**004370813281**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 4200 2026**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 648.000**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2026/06/03**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2026/07/31**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2026/06/09 AL 2026/06/30**				

CLAUDIA MARCELA GONZALEZ BRAVO
PS_4200_2026_06EC3C

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
CLAUDIA MARCELA GONZALEZ BRAVO
CC: 52198249
CEL: 3125814250

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			
CLAUDIA MARCELA GONZALEZ BRAVO			
	CON C.C N°	**52.198.249**	
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 4200 2026**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2026/06/03**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 5.762.880	**No. HORAS EJECUTADAS**	**40**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 5.762.880	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 648.000
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	UN (1) MES Y VEINTIOCHO (28) DIAS		
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.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: Desarrollé las actividades que se generan directa e indirectamente del objeto contractual en las unidades de prestación de servicios asignadas, de acuerdo con la programación de actividades. 1.2 Evidencia a entrega: Entregué firma de asistencia, cronograma de actividades ejecutadas y soporte de cumplimiento de la programación asignada.
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 la apropiación conceptual desde mi perfil con los anexos y lineamientos técnicos del convenio Más Bienestar suscrito entre el FDS y la Subred y/o las actualizaciones correspondientes. 2.2 Evidencia a entrega: Entregué soportes de asistencia a asistencias técnicas, capacitaciones, inducciones o actas de lectura y apropiación de lineamientos.
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: No generaré ni realicé entrega de archivos físicos, magnéticos, insumos biomédicos o dotación durante la ejecución del contrato; por lo tanto, no se requirió realizar ninguna devolución al supervisor al finalizar las actividades. 3.2 Evidencia a entrega: Consolidé el informe del periodo sin novedades ni inventario a mi carga para devolución
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. 4.1 Actividades desarrolladas: Realicé el pago de los aportes al Sistema General de Seguridad Social y aportes parafiscales del mes de mayo, de conformidad con la Ley 1955 de 2019 (Plan de Desarrollo 2018-2022, artículo 244), ratificando lo dispuesto en la Ley 1753 de 2015 y demás normas vigentes. 4.2 Evidencia a entrega: Entregué planilla de pago de seguridad social (PILA) correspondiente al mes de junio con su respectivo soporte de pago bancario.
5	5.OBLIGACIÓN: DESARROLLAR EL PLAN DE BIENESTAR, ACORDE A CRITERIO DE PRIORIZACIÓN YA LAS CLARIDADES TÉCNICAS, OPERATIVAS Y METODOLÓGICAS RELACIONADAS EN LAS FICHAS TÉCNICAS 5.1 Actividades desarrolladas: Desarrollé el plan de bienestar, acorde al criterio de priorización ya las claridades técnicas, operativas y metodológicas relacionadas en las fichas técnicas. 5.2 Evidencia a entrega: Entregué formatos de planes de bienestar familiar diligenciados e historias/fichas de caracterización priorizadas.
	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 EVIDENCIA LA GESTIÓN FINAL DEL CASO. 6.1 Actividades desarrolladas: Realicé la planilla de las familias con las que se iniciaron los planos de bienestar familiar (o el formato de disentimiento de las familias que rechazaron la intervención) y verificó el archivo plano de ruteo, donde se evidenció la gestión final del caso.

6	6.2 Evidencia a entrega: Entregué planillas de inicio de plan familiar, formatos de disentimiento firmados (si aplicó) y archivo plano de ruteo verificado.
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 APLICADO. 7.1 Actividades desarrolladas: Realicé los tamizajes requeridos por mi 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 aplicado. 7.2 Evidencia a entrega: Desarrollé instrumentos y escalas de tamizaje debidamente diligenciados en las carpetas u hojas de evolución de los usuarios.
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 las canalizaciones y el seguimiento de acuerdo con la necesidad y el riesgo identificado en las familias. 8.2 Evidencia a entrega: Realicé y diligencié formatos de canalización intersectorial o institucional y notas de registro.
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 en tiempo real a la unidad resolutiva más cercana del usuario, de acuerdo con lo establecido en los lineamientos técnicos. 9.2 Evidencia a entrega: Entregué capturas de pantalla o informes del sistema de agendamiento que confirmaron la asignación de citas en tiempo real.
10	10. OBLIGACIÓN: REALIZAR NOTIFICACIÓN DE EVENTOS DE INTERÉS DE SALUD PÚBLICA DE ACUERDO CON LA NECESIDAD. 10.1 Actividades desarrolladas: Durante el mes no desarrollé informes de notificación de eventos de interés de salud pública, debido a que no se configuraron alertas ni criterios de notificación en las familias asignadas10.2 Evidencia a entrega: Consolidé el informe del período confirmando la ausencia de casos u objetos de notificación en las familias intervenidas.
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 al aplicativo GTAPS con calidad y oportunidad de la información de las familias visitadas en el convenio Equipos Más Bienestar en tu Hogar, acorde a lo establecido en los lineamientos técnicos. 11.2 Evidencia a entrega: Entregué reporte definitivo de carga o captura de pantalla del aplicativo GTAPS con los registros validados del período.
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 inherentes al objeto del contrato para el mejoramiento continuo de la calidad y aquellas definidas dentro de los planos de mejoramiento de los diferentes estándares de habilitación y acreditación de servicios de salud. 12.2 Evidencia a entrega: Entregué actas de reuniones de calidad, listas de chequeo aplicadas o soportes de participación en comités de mejoramiento institucional.
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: Cumplí con las actividades y/o productos programados y asignados con calidad de datos (integridad, oportunidad, consistencia, exactitud) desde mi perfil profesional y conforme a los anexos y lineamientos técnicos de la relación contractual, de acuerdo con las horas contratadas. 13.2 Evidencia a entrega: Entregué matriz de consolidado mensual de actividades sin errores de consistencia y validada por el supervisor.
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 y respondí por los formatos de captura, documentos, bases o informes generados como resultado de las acciones o intervenciones realizadas en cumplimiento a los anexos y lineamientos técnicos del convenio interadministrativo Más Bienestar en tu Hogar. 14.2 Evidencia a entrega: Realicé informes consolidados de gestión entregados y formatos de captura física o digitales debidamente revisados y firmados.
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 y la entrega de la cuenta de cobro en los tiempos establecidos por la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente, con la calidad requerida. 15.2 Evidencia a entrega: Realicé cuenta de cobro radicada formalmente junto con el formato de certificación de cumplimiento contractual.
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 la política de protección y tratamiento de datos personales ya la política general de seguridad de la información del FFDSSDS y sus símiles en la SISS. 16.2 Evidencia a entrega: Entregué consentimientos informados debidamente firmados por los usuarios atendidos, garantizando la reserva de la información.

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: No presente casos de trabajo infantil, trabajo forzoso, conductas discriminatorias, hostigamiento sexual, violencia ni discriminación contra las mujeres; por lo tanto, no se requirió realizar ninguna notificación durante el período de ejecución. 17.2 Evidencia a entrega: Registré el reporte del periodo sin novedades referentes a situaciones de violencia o discriminación
18	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: Apropié las medidas para prevenir, corregir y denunciar el hostigamiento sexual, la violencia y la discriminación contra las mujeres en mis actividades en el marco de la ejecución del presente convenio. 18.2 Evidencia a entrega: Entregué soporte de visualización o constancia de participación en campañas de prevención de violencia de género organizadas por la Subred o el Distrito.
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 19.1 Actividades desarrolladas: Cumplí, según mi 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 derivados de este. 19.2 Evidencia a entrega: Entregué completo del informe mensual presentación de actividades con todos sus soportes físicos y digitales anexos.

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 (2026-06-09) AL (2026-06-30)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N°	OPERADOR:	
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	NUEVA EPS		$ 0
PENSIÓN:	COLPENSIONES		$ 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	*CLAUDIA MARCELA GONZALEZ BRAVO* *PS_4200_2026_06EC3C* **CLAUDIA MARCELA GONZALEZ BRAVO** **CC: 52198249**

FIRMA DE QUIEN VALIDA	*LUZ ADRIANA CALDERON RAMIREZ* *PS_4200_2026_06EC3C* **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_4200_2026_06EC3C* **LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

nueva eps

CERTIFICA

Que la persona relacionada a continuación, en cumplimiento a lo establecido en las normas legales vigentes, ha cotizado al Sistema General de Seguridad Social en Salud a través de esta Entidad Promotora de Salud las siguientes semanas de cotización:

Datos del COTIZANTE	
CC 52198249 CLAUDIA MARCELA GONZALEZ BRAVO	
Estado Cotizante:	**Vigente**
Causal:	**Activo sin pago Dec 2353 y C. Solidaria**
Semanas Cotizadas Nueva EPS S.A.:	**0**
Fecha Afiliación:	**01/05/2021**
Fecha Último Periodo Cotizado:	
Fecha Cancelación:	

La presente certificación se expide el día 3 de Julio de 2026 a solicitud del (de la) interesado(a).

Observaciones:

NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS

Cordialmente,

Gerencia de Afiliaciones
Nueva EPS S.A.

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **CLAUDIA MARCELA GONZALEZ BRAVO** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **52198249,** se encuentra afiliado/a desde **10/10/1997** 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 03 de julio 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

CER_AFI_2026028323180

LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

CERTIFICA QUE:

CLAUDIA MARCELA GONZALEZ BRAVO identificado con CC. 52198249 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	2026/06/03	**Fecha inicio contrato**	2026/06/03
Tipo de vinculación	Independiente con Contrato	**Fecha de fin contrato**	2026/12/31
Riesgo	3	**Código actividad económica**	3861001 - Actividades de hospitales y clinicas, con internacion, comprende las actividades que consisten principalmente en
Estado afiliación	Activa		
Fecha retiro	-	**Estado del contrato**	Activa

Esta certificación se expide a los 16 días del mes de junio 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: **CC16062026N52198249A19021313.** Este código es válido por un mes.

Cordialmente,

Gerencia de afiliaciones y novedades ARL

POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S. A.

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141255195732

(415)7707212489984(8020) 000014125519573 2

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
5 2 1 9 8 2 4 9	6	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	52198249	

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
GONZALEZ	BRAVO	CLAUDIA	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: CL 71 A SUR 17 G 31 BRR QUINTAS DEL SUR

42. Correo electrónico: clamagonzalez24@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
1 1 0 1 1 1	3 1 2 5 8 1 4 2 5 0	3 1 0 6 2 8 8 0 7 1

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 6 9 2	2 0 1 4 0 4 0 2						

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código: 4 9

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: 2026-06-02 / 01:21:32PM

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: GONZALEZ BRAVO CLAUDIA MARCELA

985. Cargo: CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO