

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-10-2025)

NOMBRES Y APELLIDOS:	NICK GUILLERMO TORRES CALDERON	CC:	1000781493
CORREO ELECTRÓNICO:	TORRESNICK265@GMAIL.COM	TELÉFONO:	3015077453
DIRECCIÓN DOMICILIO:	DG 62H BIS SUR 74A 53	CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:		TIPO DE CUENTA:	CORRIENTE
		N° CUENTA:	

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 7275 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 2.500.008
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/09/29	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2025/10/31
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/10/01 AL 2025/10/31		



NICK GUILLERMO TORRES CALDERON
PS_7275_2025_C3D107

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

NICK GUILLERMO TORRES CALDERON

CC: 1000781493

CEL: 3015077453

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y

NICK GUILLERMO TORRES CALDERON

CON C.C N°

1.000.781.493

OBJETO DEL CONTRATO: PRESTAR SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS EN SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. - RESOLUCION 1499 26-08-2024 EBS DE MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No. PS 7275 2025 **FECHA INICIO CONTRATO** 2025/09/29

VALOR INICIAL DEL CONTRATO \$ 2.666.675 **No. HORAS EJECUTADAS** 184

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: \$ 2.666.675 **VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:** \$ 2.500.008

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS UN (1) MES Y DOS (2) DIAS

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES: HOSPITAL SANTA CLARA

NOMBRE DEL SUPERVISOR: BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO

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	"REALIZAR LA VALORACIÓN INTEGRAL IDENTIFICACION DE FACTORES DE RIESGO INDIVIDUALES Y FAMILIARES, TALES COMO: PRESENCIA DE ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES RIESGOS MATERNO-PERINATALES SIGNOS DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR O ABANDONO CONDICIONES DE SALUD MENTAL, DISCAPACIDAD, DE USUARIOS DURANTE LAS INTERVENCIONES EN TERRITORIO O EN INSTITUCIÓN, COMO PARTE DE LA RUTA DE PROMOCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD (RPMS), EN CUMPLIMIENTO DE LA RESOLUCIÓN 3280 DE 2018. APLICACION INSTRUMENTOS BÁSICOS DE VALORACIÓN, SEGÚN GRUPO ETARIO (NIÑOS, ADULTOS, GESTANTES, PERSONAS MAYORES), OBSERVANDO SIGNOS CLÍNICOS, CONDICIONES DEL ENTORNO Y ASPECTOS SOCIALES RELEVANTES. REALIZAR LA REMISIÓN OPORTUNA AL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA, MEDICINA O PSICOLOGIA, SEGÚN LOS HALLAZGOS ENCONTRADOS, DEJANDO EVIDENCIA DEL RIESGO IDENTIFICADO Y DE LA ACCIÓN TOMADA. REGISTRÉ LA INFORMACIÓN EN EL APLICATIVO INSTITUCIONAL (GTAPS), GARANTIZANDO TRAZABILIDAD, CALIDAD DEL DATO Y FACILITANDO EL SEGUIMIENTO DEL CASO POR EL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO. ESTA ACTIVIDAD CONTRIBUYE A LA DETECCIÓN TEMPRANA DE RIESGOS, INTERVENCIÓN OPORTUNA, Y AL CUMPLIMIENTO DE LAS RUTAS INTEGRALES DE ATENCIÓN EN SALUD, PROMOVRIENDO EL ACCESO Y LA CONTINUIDAD DEL CUIDADO."
2	SE REALIZA LA VERIFICACIÓN DE FRECUENCIA DE USO DE LOS SERVICIOS DE SALUD SEGÚN EL ESQUEMA DE INTERVENCIONES INDIVIDUALES EN SALUD. BASADO EN RESOLUCION 3280/2018 INTERVENCIONES INDIVIDUALES EN SALUD DEFINIDAS EN LA RUTA DE PROMOCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD DE ACUERDO CON EL CICLO DE VIDA DEL USUARIO (NIÑEZ, ADOLESCENCIA, ADULTEZ, VEJEZ).
3	" REGISTRO DE ATENCIONES EN EL APLICATIVO GTAPS Y VERIFICACIÓN DE DATOS DE USUARIOS ATENDIDOS EN TERRITORIO"
4	ESTABLECER LA PRIORIDAD FAMILIAR, INDIVIDUAL, SEGUIMIENTO Y CIERRE DE CASOS EN GTAPS, RESOLUCIÓN 3280 DE 2018 RUTA DE PROMOCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD (RPMS)
5	REALIZAR NOTIFICACION A LIDER OPERATIVO DE VACUNACION PARA CONFIRMAR EL ESQUEMA Y REALIZAR LA GESTION PERTINENTE PARA GARANTIZAR QUE EL PACIENTE TENGA SU ESQUEMA COMPLETO
6	REALIZAR EL DILIGENCIAMIENTO DE FORMATO PLANILLA DE FIRMAS EL CUAL DEBE ESTAR COMPLETO CON LOS DATOS BASICOS COMO ENCABEZADO, ZONA, LOCALIDAD, UPZ BARRIO, SECTOR CATRAL
7	ASISITIR A CLOS COMITES DE CUIDADO Y FORTALECIMIENTO MENSUALES, Y CAPACITACIONES PROGRAMADOS EN LA RESOLUCION 1499
8	SE REALIZAN ACTIVIDADES EN TERRITORIO, VALORACION INTEGRAL, EDUCACION PROMOCION Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD Y DERIVACIONES A LOS DIFERENTES PERFILES SEGÚN NECESIDAD Y REQUERIMIENTO DEL PACIENTE POR MEDICINA, PROFESIONAL ENFERMERIA Y PSICOLOGIA, TRABAJO SOCIAL "SE REALIZAN LAS DEMÁS ACTIVIDADES RELACIONADAS CON EL OBJETO CONTRACTUAL LAS CUALES SON ATENCIONES INTEGRALES BASADAS EN RESOLUCIÓN 3280/2018 DILIGENCIAMIENTO DE FORMATO DE FIRMAS CARGUE DE USUARIOS APLICATIVO GTAPS

NOTIFICACIÓN DE EVENTOS DE INTERÉS EN SALUD PUBLICA

ATENCIÓN INDIVIDUAL CON CALIDAD SEGÚN CURSO DE VIDA PRIMERA INFANCIA, INFANCIA, ADOLESCENCIA, JUVENTUD ADULTEZ Y VEJES Y GESTANTES

REALIZAR LAS DERIVACIONES SEGÚN CORRESPONDA LA NECESIDAD DEL USUARIO LAS CUALES PUEDEN SER VALORACIÓN POR MEDICINA, ENFERMERÍA, PSICOLOGÍA Y TRABAJO SOCIAL ENTRE OTROS

GARANTIZANDO QUE TODAS LAS TAREAS ADICIONALES CONTRIBUYAN AL CUMPLIMIENTO DE LOS OBJETIVOS DEL CONVENIO Y SE DESARROLLEN BAJO CRITERIOS DE EFICIENCIA, RESPONSABILIDAD Y CUMPLIMIENTO DE LOS LINEAMIENTOS INSTITUCIONALES.

"

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 (2025-10-01) AL (2025-10-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 0	OPERADOR:	SIMPLE
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	2025/10/20	\$ 0
PENSIÓN:	PORVENIR	2025/10/20	\$ 0
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/10/20	\$ 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



NICK GUILLERMO TORRES CALDERON
PS_7275_2025_C3D107

NICK GUILLERMO TORRES CALDERON
CC: 1000781493



BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO
PS_7275_2025_C3D107

BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO
SUPERVISOR DEL CONTRATO

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS

OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO



LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES CERTIFICA QUE:

NICK GUILLERMO TORRES CALDERON CC 1000781493 registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales:

Datos del contratante			
Nombres y apellidos o Razón Social	INSTITUTO DISTRITAL PARA LA PROTECCION DE LA NIÑEZ Y DE LA JUVENTUD		
Tipo de documento de identificación	NI	Número de documento de identificación	899999333
Datos del trabajador			
Fecha de inicio cobertura		Estado de afiliación	Retirado
Clase de riesgo	4	Código Actividad Económica	4522901
Fecha de Inicio del Contrato	2024-12-17	Fecha Fin del Contrato	2025-05-12
Tipo de vinculación	Independiente	Fecha de retiro	2025-04-30

Esta certificación se expide a los 20 días del mes de octubre del 2025.

Recuerde que una vez cumplida la fecha fin del contrato, el sistema aplica de forma automática la novedad de retiro, por lo anterior, en caso de tener un nuevo contrato o prórroga deberá realizar la correspondiente novedad.

Cordialmente,

Gerencia de afiliaciones y novedades

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>

LA ASEGURADORA
DE TODOS LOS
COLOMBIANOS

Puedes interponer una queja ante Positiva, o el Defensor, o la SFC u otro organismo de autorregulación.

www.positiva.gov

Positiva Compañía de Seguros @PositivaCol PositivaCol PositivaSeguros



CERTIFICADO

**ABEJORRAL,
ANTIOQUIA,
COLOMBIA,
A quién interese**

20/10/2025

Por medio de la presente hacemos constar que **el señor NICK GUILLERMO TORRES CALDERON** con **Cédula de Ciudadanía** número **1000781493**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS

Número **488449027785**
Fecha de apertura **21/11/2024**

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA



**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:

NICK GUILLERMO TORRES CALDERON, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.000.781.493**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 20 de Octubre del 2025.

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.

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

CERTIFICA QUE

Que el(la) señor(a) NICK GUILLERMO TORRES CALDERON identificado(a) con Cedula Ciudadania 1000781493, se encuentra Afiliado en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar como cotizante Independiente según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro
20250822	0

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 20 días del mes de Octubre de 2.025

Observaciones:

Con destino a:

SUBRED CENTRO ORIENTE

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 multifiliación en el SGSSS..

Cordialmente,
COMPENSAR EPS.

Elaboró: AppSalud

CER-AFI 30322562