

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-04-2026)

NOMBRES Y APELLIDOS:	NAYLE GISELLE HINESTROZA HURTADO		CC:	1022980395	
CORREO ELECTRÓNICO:	HINESTROZA.NAY77@GMAIL.COM		TELÉFONO:	3005369959	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CR 4M 54 17 SUR		CIUDAD:	BOGOTA	
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO CAJA SOCIAL	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	24088032661

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 3747 2026	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 1.452.000
FECHA DE INICIO CONTRATO	2026/04/08	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2026/07/31
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/04/10 AL 2026/04/30		



NAYLE GISELLE HINESTROZA HURTADO
PS_3747_2026_9A31FA

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
NAYLE GISELLE HINESTROZA HURTADO
CC: 1022980395
CEL: 3005369959

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

NAYLE GISELLE HINESTROZA HURTADO

CON C.C N° 1.022.980.395

OBJETO DEL CONTRATO: PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO GESTOR 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 CONVENIO MAS BIENESTAR EN TU HOGAR

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No. PS 3747 2026 FECHA INICIO CONTRATO 2026/04/08

VALOR INICIAL DEL CONTRATO \$ 8.386.107 No. HORAS EJECUTADAS 120

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: \$ 8.386.107 VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR: \$ 1.452.000

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

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 Obligación 1: PRESTAR SUS SERVICIOS CON CALIDAD Y OPORTUNIDAD, PARA EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES DEL CONVENIO MAS BIENESTAR EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES, SUSCRITO ENTRE EL FDS Y LA SUBRED.
 1.1 Actividades desarrolladas: Realicé las intervenciones de ruteo, agendamiento de citas y seguimiento familiar en los tiempos establecidos, con calidad y oportunidad
 1.2 Productos (evidencias): Descargue de plano GTAPS donde se evidencia fecha de la ejecución de cada actividad, su oportunidad y calidad de entrega.

2 Obligación 2: PRESENTAR MENSUALMENTE EL CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES A DESARROLLAR, ADICIONALMENTE CON LA FINALIZACIÓN DEL MES SE DEBE ENTREGAR UN INFORME DE LAS ACTIVIDADES DESARROLLADAS PARA LA EJECUCIÓN DE SUS ACTIVIDADES
 2.1 Actividades desarrolladas: Diligencié cronograma mensual de actividades a desarrollar mensualmente, además entregué el informe de actividades desarrolladas en concordancia con la ejecución de actividades.
 2.2 Productos (evidencias): Formato de cronograma mensual diligenciado en su totalidad, informe entregado finalizado el mes.

3 Obligación 3: APOYAR LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN EL DEL CONVENIO MAS BIENESTAR EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES, PRESENTANDO LA INFORMACIÓN Y/O SOPORTES QUE SE SOLICITE CONFORME A LOS ANEXOS Y LINEAMIENTOS TÉCNICOS DEL CONVENIO VIGENTE Y SUSCRITO ENTRE EL FDS Y LA SUBRED.
 3.1 Actividades desarrolladas: Desarrollé las actividades contractuales de acuerdo con el lineamiento técnico del convenio vigente suscrito entre el FDS y la Subred. Presenté la información y soportes solicitados.
 3.2 Productos (evidencias): Descarga de plano GTPAS entregados en digital donde se evidencia la prestación de servicios en el convenio MAS BIENESTAR.

4 Obligación 4: 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.
 4.1 Actividades desarrolladas: Apoyé las actividades inherentes al objeto del contrato para el mejoramiento continuo de la calidad y aquellas definidas en los planes de mejoramiento de los estándares de habilitación, mediante la asistencia a fortalecimientos técnicos y operativos.
 4.2 Productos (evidencias): Formato de firmas de actas de fortalecimientos técnicos y operativos.

5 Obligación 5: REALIZAR APROPIACIÓN CONCEPTUAL DESDE SU PERFIL CON LOS ANEXOS Y LINEAMIENTOS TÉCNICOS DEL CONVENIO MAS BIENESTAR EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES SUSCRITO ENTRE EL FDS Y LA SUBRED.
 5.1 Actividades desarrolladas: Realicé la apropiación conceptual, desde mi perfil, de los anexos y lineamientos técnicos del Convenio Más Bienestar suscrito entre el FDS y la Subred.
 5.2: Productos (evidencias): Acta de apropiación de lineamientos técnicos realizada y firmada personalmente.

6 Obligación 6: SUPERVISAR LOS PROCESOS DE ASISTENCIA TÉCNICA DESDE LOS DIFERENTES PROCESOS DE LOS EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES (HOGAR) CONFORME A SU SABER DISCIPLINAR Y PROFESIONAL, EN FUNCIÓN DE LOS REQUERIMIENTOS PROCESOS DISPUESTOS POR LA SECRETARIA DISTRITAL DE BOGOTÁ
 6.1 Actividades desarrolladas: Supervisé los procesos de asistencia técnica de los diferentes procesos, conforme a mi saber disciplinar y profesional y según los requerimientos dispuestos por la Secretaría Distrital de Salud.
 6.2 Productos (evidencias): Formato de firmas de acta de asistencia técnica donde se evidencia mi participación y supervisión de acuerdo con mi saber disciplinar.

7	OBLIGACIÓN 7 OBLIGACIÓN: PARTICIPAR Y GESTIONAR LOS ACERCAMIENTOS COMUNITARIOS E INSTITUCIONALES QUE SE REQUIERAN. Actividades: Gestioné los acercamientos comunitarios e institucionales necesarios para el ruteo y agendamiento de usuarios. Productos: Actas de acercamiento comunitario e institucional
8	Obligación 8: PARTICIPAR Y GESTIONAR LOS ACERCAMIENTOS COMUNITARIOS E INSTITUCIONALES QUE SE REQUIERAN, PARA EL DESARROLLO DE LAS ACCIONES DE CADA PROCESO. 8.1 Actividades desarrolladas: Participé y gestioné los acercamientos comunitarios e institucionales necesarios para el desarrollo de las acciones de cada proceso. 8.2: Productos (evidencias): Actas de acercamiento comunitario e institucional
9	OBLIGACIÓN 9 OBLIGACIÓN: NOTIFICAR LOS EVENTOS DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA DETECTADOS EN SU EJERCICIO. Actividades: Notifiqué los eventos de interés en salud pública detectados para conocimiento y activación de la coordinación. Productos: Correos enviados a la coordinación comunicando eventos de interés.
10	OBLIGACIÓN 10 OBLIGACIÓN: APOYAR LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS PRESTANDO LA INFORMACIÓN Y/O SOPORTES CONFORME A LOS ANEXOS TÉCNICOS. Actividades: Desarrollé actividades contractuales y presenté soportes de cargue al aplicativo según lineamientos. Productos: Descarga de plano GTAPS entregados en digital.
11	OBLIGACIÓN 11 OBLIGACIÓN: REALIZAR LAS DEMÁS OBLIGACIONES QUE SE RELACIONEN CON EL OBJETO DEL CONTRATO Y SEAN REQUERIDAS POR LA SUPERVISIÓN. Actividades: Ejecuté actividades de apoyo al mejoramiento continuo y demás tareas delegadas por la supervisión. Productos: Entrega y firma de actas de participación en obligaciones requeridas por supervisión.
12	OBLIGACIÓN 12 OBLIGACIÓN: REALIZAR ACTIVIDADES CON CALIDAD Y OPORTUNIDAD DE ACUERDO CON EL LINEAMIENTO DE SDS Y ACTIVIDADES OPERATIVAS. Actividades: Ejecuté actividades operativas garantizando la integridad, oportunidad y exactitud de los datos. Productos: Descargue plano GTAPS y acta de pre-auditoría.
13	OBLIGACIÓN 13 OBLIGACIÓN: REALIZAR LA REVISIÓN, ALISTAMIENTO Y ENTREGA CON CALIDAD DE FORMATOS, DOCUMENTOS, BASES O INFORMES. Actividades: Revisé, alisté y entregué con calidad los documentos resultantes de las intervenciones realizadas. Productos: Descarga plano GTAPS y acta de apropiación territorial.
14	OBLIGACIÓN 14 OBLIGACIÓN: PRESENTAR MENSUALMENTE EL CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES E INFORME DE EJECUCIÓN. Actividades: Diligencié cronograma mensual y entregué el informe de gestión para el proceso de cobro. Productos: Formato de cronograma mensual diligenciado e informe final entregado.
15	OBLIGACIÓN 15 OBLIGACIÓN: DIGITALIZACIÓN DE PRODUCTOS DE CARACTERIZACIÓN DE ABORDAJE TERRITORIAL. Actividades: Realicé la digitalización de los productos de caracterización bajo estándares de seguridad de la información. Productos: Formatos digitales de caracterización de abordaje territorial.
16	OBLIGACIÓN 16 OBLIGACIÓN: PARTICIPAR EN LAS MESAS TÉCNICAS CONVOCADAS POR SDS DE ACUERDO CON LOS PROCESOS ASIGNADOS. Actividades: Participé en las asistencias técnicas incluyendo componentes de notificación de vulneración de derechos. Productos: Acta de asistencias técnicas convocada por la SDS.
17	OBLIGACIÓN 17 OBLIGACIÓN: APOYAR LAS ACTIVIDADES DE MEJORAMIENTO CONTINUO Y PLANES DE ESTÁNDARES. Actividades: Participé en fortalecimientos técnicos orientados a la prevención de violencia y mejora de estándares de servicios. Productos: Formato
18	OBLIGACIÓN 18 OBLIGACIÓN: APOYAR EL REGISTRO DIARIO DE PRIORIDADES APLICATIVO RAI, SEGÚN COHORTE DE RIESGO. Actividades: Realicé el registro diario en el aplicativo PAI cumpliendo con el anexo técnico y cohorte de riesgo. Productos: Reporte de registro Aplicativo PAI.
19	OBLIGACIÓN 19 OBLIGACIÓN: CUMPLIR, SEGÚN SU PERFIL Y RESPONSABILIDADES CON TODAS LAS OBLIGACIONES DEL ANEXO TÉCNICO DEL CONVENIO. Actividades: Ejecuté la totalidad de las responsabilidades asignadas en el convenio Más Bienestar según mi perfil disciplinar. Productos: Descarga plano aplicativo GTAPS (Ejecución completa)

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:	FAMISANAR		\$ 0
PENSIÓN:	PORVENIR		\$ 0

RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	\$ 0
OTRO		
TOTAL PAGADO		\$ 0
V. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA		
<p>1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del período de cobro.</p> <p>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)</p> <p>3- Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo secop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro .</p> <p>4.- Que autorizo los impuestos a que estoy obligado a pagar, por ocasión al señalado contrato.</p>		
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	 <i>NAYLE GISELLE HINESTROZA HURTADO</i> <i>PS_3747_2026_9A31FA</i> <hr/> NAYLE GISELLE HINESTROZA HURTADO CC: 1022980395	
FIRMA DE QUIEN VALIDA	 <i>LUZ ADRIANA CALDERON RAMIREZ</i> <i>PS_3747_2026_9A31FA</i> <hr/> LUZ ADRIANA CALDERON RAMIREZ SUPERVISOR ALTERNO	
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	 <i>ANA MARGARET RABA SIERRA</i> <i>PS_3747_2026_9A31FA</i> <hr/> ANA MARGARET RABA SIERRA SUPERVISOR DEL CONTRATO	



CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) NAYLE GISELLE HINESTROZA HURTADO identificado(a) con CC 1022980395 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de 01/09/2016
Estado de la Afiliación: ACTIVO
IPS: CENTRO MEDICO COLSUBSIDIO RESTREPO
Categoría: A

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en **QUIEN**, a los 12 días del mes abril 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.



CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de la afiliación en el Ramo de Riesgos Laborales se evidenció que, HINESTROZA HURTADO NAYLE GISELLE identificado(a) con CC 1022980395 registra la siguiente información.

Datos del empleador	Datos de la Relación Laboral
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E - NI. 900959051	Fecha de inicio de cobertura: 08-04-2026 Estado Afiliación: ACTIVO Fecha inicio de contrato: 08-04-2026 Fecha fin de contrato: 31-12-2026 Tipo Vinculación: INDEPENDIENTE Clase de Riesgo: 3

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 16 día(s) del mes de abril de 2026.

Cordialmente,

GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

Positiva Compañía de Seguros S.A.
NIT. 860.011.153-8 | Línea Gratuita Nacional: (+57) 01-8000-111-170 - Teléfono: +57 (601) 330 7000

Defensor del Consumidor Financiera: Ana María Giraldo (Principal) - Pablo Valencia (Suplente) | defensordelcliente@positiva.gov.co | Carrera 10 #97A - 13, Oficina 502, Bogotá | +57 (601) 810 8194 | 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 autoregulación.

LA ASEGURADORA
DE TODOS LOS
COLOMBIANOS

**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:

NAYLE GISELLE HINESTROZA HURTADO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.022.980.395**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 12 de Abril del 2026.

Cordialmente,



Gerencia de Clientes



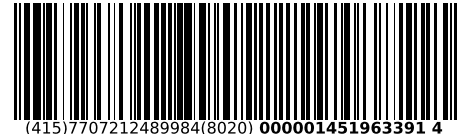
Tenga en cuenta:

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.

2. Concepto Actualización de oficio

4. Número de formulario

14519633914



(415)7707212489984(8020) 000001451963391 4

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

1 0 2 2 9 8 0 3 9 5

6. DV

9

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 0 2 2 9 8 0 3 9 5

Lugar de expedición

COLOMBIA

28. País

1 6 9

29. Departamento

Bogotá D.C.

1 1

30. Ciudad/Municipio

Bogotá, D.C.

0 0 1

31. Primer apellido

HINESTROZA

32. Segundo apellido

HURTADO

33. Primer nombre

NAYLE

34. Otros nombres

GISELLE

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

CR 4 M 53 19 SUR BRR DANUBIO AZUL

42. Correo electrónico

frezhitanay8@gmail.com

43. Código postal

44. Teléfono 1

3 0 0 5 3 6 9 9 5 9

45. Teléfono 2

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Ocupación

Actividad principal

Actividad secundaria

Otras actividades

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 1 0 3 2 3

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

Exportadores

54. Código

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

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

60. No. de Folios:

0

61. Fecha

20190521

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 ACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA

985. Cargo