

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-07-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	NICOLAY HERNANDEZ CARREÑO			CC:	1013668923
CORREO ELECTRÓNICO:	hernandeznikolay6@gmail.com			TELÉFONO:	3204221890
DIRECCIÓN DOMICILIO:	DG 39 SUR 9B 48			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO CAJA SOCIAL	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	24140572834
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 4431 2026	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 1.869.640	
FECHA DE INICIO CONTRATO	2026/07/01	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2026/07/31	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/07/06 AL 2026/07/31				
 NICOLAY HERNANDEZ CARREÑO PS_4431_2026_107280 NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: NICOLAY HERNANDEZ CARREÑO CC: 1013668923 CEL: 3204221890					

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

NICOLAY HERNANDEZ CARREÑO

CON C.C N°

1.013.668.923

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO GESTOR A COMUNITARIO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS EN SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. EBS DE MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL SEG?N RESOLUCION 711 24 04 2025.
----------------------	---

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 4431 2026	FECHA INICIO CONTRATO	2026/07/01
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 2.000.080	No. HORAS EJECUTADAS	172
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 2.000.080	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 1.869.640
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	UN (01) MES		

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SANTA CLARA
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	LUZ MARINA HERNANDEZ HERNANDEZ

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. REALIZAR LA APROPIACIÓN CONCEPTUAL, TÉCNICA Y OPERATIVA DE LA RESOLUCIÓN 711 DEL 24 DE ABRIL DE 2025, LA RESOLUCIÓN 3280 DE 2018 (RPMS), LA RESOLUCIÓN 1018 DE 2025, EL LINEAMIENTO TÉCNICO-OPERATIVO DE EQUIPOS BÁSICOS DE SALUD: CONFORMACIÓN, OPERACIÓN Y SEGUIMIENTO, Y DEMÁS NORMAS QUE LAS MODIFIQUEN, ADICIONEN O COMPLEMENTEN, EN EL MARCO DEL MODELO PREVENTIVO Y PREDICTIVO Y EL FORTALECIMIENTO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD (APS) EN EL NIVEL PRIMARIO DE ATENCIÓN.2.PARTICIPAR OBLIGATORIAMENTE EN LOS PROCESOS DE CAPACITACIÓN, ACTUALIZACIÓN Y SOCIALIZACIÓN RELACIONADOS CON LA RESOLUCIÓN 1018 DE 2025, EL MODELO PREVENTIVO Y PREDICTIVO Y LA ESTRATEGIA DE APS, DEJANDO LOS SOPORTES CORRESPONDIENTES.3.ASISTIR DE MANERA OPORTUNA Y ACTIVA A COMITÉS, REUNIONES DE SEGUIMIENTO, JORNADAS DE CAPACITACIÓN Y CONVOCATORIAS ADMINISTRATIVAS PROGRAMADAS POR LA ENTIDAD O LA COORDINACIÓN DEL EQUIPO, DEJANDO CONSTANCIA DE PARTICIPACIÓN.4.APOYAR EL MAPEO TERRITORIAL, LA CARTOGRAFÍA SOCIAL Y EL RECONOCIMIENTO COMUNITARIO DE LOS MICROTERRITORIOS ASIGNADOS, IDENTIFICANDO ACTORES SOCIALES, REDES DE APOYO, LÍDERES COMUNITARIOS, RECURSOS INSTITUCIONALES Y DINÁMICAS TERRITORIALES RELEVANTES PARA LA GESTIÓN EN SALUD.5.REALIZAR EL PRIMER CONTACTO COMUNITARIO EN LOS TERRITORIOS ASIGNADOS, SOCIALIZANDO EL ROL DEL GESTOR COMUNITARIO Y DEL EQUIPO BÁSICO DE SALUD, PROMOViendo EL ACCESO A LAS ACCIONES DEFINIDAS POR EL EQUIPO.6.INFORMAR Y ORIENTAR A LA COMUNIDAD SOBRE LAS ACCIONES DEL EQUIPO BÁSICO DE SALUD, RUTAS DE ATENCIÓN, DERECHOS Y DEBERES EN SALUD, PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD, UTILIZANDO LOS MEDIOS INSTITUCIONALES AUTORIZADOS.7.REALIZAR BÚSQUEDA ACTIVA COMUNITARIA, IDENTIFICACIÓN DE FACTORES DE RIESGO Y ACOMPAÑAMIENTO A HOGARES CON BARRERAS DE ACCESO O SIN CARACTERIZACIÓN PREVIA, FACILITANDO SU VINCULACIÓN A LOS SERVICIOS DE SALUD Y A LAS INTERVENCIONES DEFINIDAS POR EL EQUIPO.8.APOYAR LA CONVOCATORIA, ORGANIZACIÓN Y DESARROLLO DE ESPACIOS DE PARTICIPACIÓN SOCIAL, EDUCACIÓN EN SALUD, JORNADAS INFORMATIVAS Y ACTIVIDADES COLECTIVAS EN LOS MICROTERRITORIOS INTERVENIDOS.9.APOYAR LA UBICACIÓN Y GEORREFERENCIACIÓN DE VIVIENDAS Y FAMILIAS ASIGNADAS, FACILITANDO EL ACCESO DEL EQUIPO INTERDISCIPLINARIO A LOS HOGARES PRIORIZADOS.10.DILIGENCIAR CORRECTAMENTE LOS INSTRUMENTOS COMUNITARIOS DEFINIDOS POR LA ENTIDAD Y APOYAR LA DIGITALIZACIÓN O CARGUE OPORTUNO DE LA INFORMACIÓN EN LAS PLATAFORMAS ESTABLECIDAS POR EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL O POR LA ENTIDAD CONTRATANTE.11.GESTIONAR Y FORTALECER LA ARTICULACIÓN COMUNITARIA E INTERSECTORIAL NECESARIA PARA EL DESARROLLO DE ACCIONES EN TERRITORIO, PROMOViendo LA PARTICIPACIÓN SOCIAL Y EL TRABAJO COLABORATIVO EN COHERENCIA CON EL ENFOQUE DE APS.12.ELABORAR Y ENTREGAR INFORMES MENSUALES DE GESTIÓN COMUNITARIA, CON SUS RESPECTIVOS SOPORTES FÍSICOS O DIGITALES, GARANTIZANDO EL REGISTRO COMPLETO, VERAZ Y OPORTUNO DE LAS ACTIVIDADES DESARROLLADAS.13.APOYAR ACTIVIDADES DE EDUCACIÓN COMUNITARIA EN SALUD PÚBLICA, PROMOCIÓN DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLES, PREVENCIÓN DE RIESGOS Y ADHERENCIA A TRATAMIENTOS, CONFORME A LAS ORIENTACIONES TÉCNICAS DEL EQUIPO.14.CONTRIBUIR AL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD DESDE EL COMPONENTE COMUNITARIO, PARTICIPANDO EN PLANES DE MEJORAMIENTO DERIVADOS DE PROCESOS DE EVALUACIÓN, SEGUIMIENTO O AUDITORÍA.15.CUSTODIAR Y RESPONDER POR EL ADECUADO MANEJO DE LOS EQUIPOS, INSUMOS Y BIENES INSTITUCIONALES ASIGNADOS, ASÍ COMO POR EL USO RESPONSABLE Y CONFIDENCIAL DE LOS ACCESOS Y PLATAFORMAS INSTITUCIONALES.16.RECONOCER QUE EL CUMPLIMIENTO DE METAS, LA ASISTENCIA A CAPACITACIONES Y COMITÉS, Y EL REGISTRO OPORTUNO Y CON CALIDAD DE LA INFORMACIÓN SERÁN OBJETO DE VERIFICACIÓN PERIÓDICA, Y QUE EL PAGO DE HONORARIOS ESTARÁ

1	CONDICIONADO AL CUMPLIMIENTO INTEGRAL DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES.17.EJECUTAR TODAS LAS ACTIVIDADES EN EL MARCO DEL MODELO PREVENTIVO Y PREDICTIVO Y DEL FORTALECIMIENTO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD (APS), SUJETAS AL CUMPLIMIENTO DE METAS, CALIDAD DEL REGISTRO DE INFORMACIÓN Y PROCESOS DE VERIFICACIÓN Y AUDITORÍA.18.REALIZAR LAS DEMÁS ACTIVIDADES INHERENTES AL OBJETO CONTRACTUAL QUE LE SEAN ASIGNADAS POR EL SUPERVISOR, CONFORME A LA NORMATIVA VIGENTE Y AL LINEAMIENTO TÉCNICO-OPERATIVO DE EQUIPOS BÁSICOS DE SALUD.			
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 (2026-07-06) AL (2026-07-31)				
IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL				
No. DE PLANILLA:		N°	OPERADOR:	
CONCEPTO DEL PAGO		ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:		COMPENSAR		\$ 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		 NICOLAY HERNANDEZ CARREÑO PS_4431_2026_107280 NICOLAY HERNANDEZ CARREÑO CC: 1013668923		
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERÍODO DE PAGO		 LUZ MARINA HERNANDEZ HERNANDEZ PS_4431_2026_107280 LUZ MARINA HERNANDEZ HERNANDEZ SUPERVISOR DEL CONTRATO		

PAGADO 22/07/2026 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	NICOLAY HERNANDEZ CARREÑO		
Documento	CC1013668923	Dirección	DG 39D SUR #9 B - 48
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	3204221890
Tipo Persona	NATURAL	Forma Presentación	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	Departamento	BOGOTA D.C.
Representante Legal		Identificación	
Total Afiliados	1	ARP	NINGUNA ARP

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades														Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total								
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TAE	TDE	TDP	TAP	USP	COR	SVT	SGR	IME	UMA	VAC	VAP	VCT	IND	Días ARP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total	
CC 1013668923	NICOLAY HERNANDEZ CARREÑO	03	00																		0	30	30	0	0	(230301) PORVENIR	\$ 1.750.905	\$ 280.200	(EPS008) COMPENSAR EPS	\$ 1.750.905	\$ 218.900	0,000	\$ 0	\$ 0	(NIN-CC) NINGUNA CCF	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 499.100

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
\$ 1.750.905	\$ 1.750.905	\$ 0	\$ 0	\$ 280.200	\$ 218.900	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 499.100	\$ 5.900	\$ 505.000

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

Página 1 de 1

¡El Poder de lo SIMPLE!



LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

CERTIFICA QUE:

NICOLAY HRNANDEZ CARREÑO identificado con CC. 1013668923 registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales:

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE			
Nombres y/o Razón	SECRETARIA DISTRITAL DE GOBIERNO		
Tipo y Numero de Documento	NI - 8999999061	Nit descentralizado	10

INFORMACIÓN RELACIÓN LABORAL			
Fecha de inicio de cobertura	2026/01/19	Fecha inicio contrato	2026/01/25
Tipo de vinculación	Independiente con Contrato	Fecha de fin contrato	2026/06/30
Riesgo	5	Código actividad económica	5842302 - Orden publico y actividades de seguridad, incluye administracion y funcionamiento de servicios regulares y auxiliares de los
Estado afiliación	Inactiva		
Fecha retiro	-	Estado del contrato	Retirado

Esta certificación se expide a los 27 días del mes de julio 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: **CC27072026N1013668923A20402470**. 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:

NICOLAY HERNANDEZ CARREÑO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.013.668.923**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 27 de Julio 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.



CERTIFICADO

**BOGOTA, D.C.,
BOGOTA, D.C.,
COLOMBIA,
A quien interese**

27/07/2026

Por medio de la presente hacemos constar que **el señor NICOLAY HERNANDEZ CARRENO** con **Cédula de Ciudadanía** número **1013668923**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS

Número	0550008400873199
Fecha de apertura	21/05/2026

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA