

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-04-2026)

NOMBRES Y APELLIDOS:	SINDY LORENA ORTIZ BARRIGA		CC:	80373466	
CORREO ELECTRÓNICO:	sindylorenabarriga@gmail.com		TELÉFONO:	3112176407	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 76D SUR 14D 40 ESTE		CIUDAD:	BOGOTA	
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	488404672427

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 3751 2026	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 1.452.000
FECHA DE INICIO CONTRATO	2026/04/09	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2026/07/31
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/04/10 AL 2026/04/30		



SINDY LORENA ORTIZ BARRIGA
PS_3751_2026_9C3232

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

SINDY LORENA ORTIZ BARRIGA

CC: 80373466

CEL: 3112176407

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

SINDY LORENA ORTIZ BARRIGA

CON C.C N°

80.373.466

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 3751 2026	FECHA INICIO CONTRATO	2026/04/09
--	---------------------	------------------------------	-------------------

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)

- | 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 | OBLIGACIÓN: 1 PRESTAR SUS SERVICIOS CON CALIDAD Y OPORTUNIDAD PARA EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES DEL CONVENIO.
Actividades 1.2 desarrolladas: Realicé las intervenciones de ruteo, agendamiento de citas y seguimiento familiar en los tiempos establecidos.
Productos 1.3 evidencias Descargue de plano GTAPS, evidencia de ejecución, oportunidad y calidad. |
| 2 | OBLIGACIÓN 2: Realizar apropiación conceptual desde su perfil con los anexos y lineamientos técnicos del convenio. Actividades 2.1 desarrolladas: Ejecuté la apropiación conceptual de los anexos y lineamientos técnicos del Convenio Más Bienestar.
2.3 Productos (evidencias): Acta de apropiación de lineamientos técnicos realizada y firmada. |
| 3 | OBLIGACION 3 ENTREGAR AL SUPERVISOR LOS ARCHIVOS FÍSICOS, MAGNÉTICOS E INSUMOS AL FINALIZAR EL CONTRATO, Organizar el archivo de la documentación generada de acuerdo con la normatividad y TRD.
3.2 Actividades desarrolladas: Organicé el archivo de la documentación generada según la normatividad y la tabla de retención documental
. 3.3 Productos (evidencias): Documentación organizada entregada según cronograma |
| 4 | Obligación: 4 REALIZAR EL PAGO DE LOS APORTES AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL. Nota técnica: Esta obligación se cumple mediante el soporte de pago de la planilla (simple) adjunta a la cuenta de cobro mensual. |
| 5 | OBLIGACIÓN 5 OBLIGACIÓN: APOYAR LA PROGRAMACIÓN Y CRONOGRAMA DE JORNADAS REQUERIDAS DE ACUERDO CON EL LINEAMIENTO TÉCNICO.
5.2 Actividades: Programación y el cronograma de jornadas requeridas conforme al lineamiento técnico.
5.3 Productos: Actas de jornadas requeridas con evidencia de participación. |
| 6 | OBLIGACIÓN:6 SUPERVISAR LOS PROCESOS DE ASISTENCIA TÉCNICA DESDE LOS DIFERENTES PROCESOS DE LOS EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES. Actividades: Supervisé los procesos de asistencia técnica conforme a mi saber disciplinar y según requerimientos de la SDS.
6.2 Productos: Formato de firmas de acta de asistencia técnica y supervisión disciplinar. |
| 7 | OBLIGACIÓN: 7 OBLIGACIÓN: ACOMPAÑAMIENTO TERRITORIAL ACORDE A LAS NECESIDADES PRESENTADAS POR LOS PROFESIONALES.
7.2Actividades: Realicé acompañamiento territorial y seguimiento según las necesidades presentadas por los profesionales de campo.
7.3 Productos: Actas de asistencia y acompañamiento en terreno a profesionales |
| 8 | OBLIGACIÓN 8: PARTICIPAR Y GESTIONAR LOS ACERCAMIENTOS COMUNITARIOS E INSTITUCIONALES QUE SE REQUIERAN.8.2 Actividades: Gestioné los acercamientos comunitarios e institucionales necesarios para el ruteo y agendamiento de usuarios.
8.3 Productos: Actas de acercamiento comunitario e institucional. |
| 9 | OBLIGACIÓN: 9 NOTIFICAR LOS EVENTOS DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA DETECTADOS EN SU EJERCICIO.
9.2Actividades: Notifiqué los eventos de interés en salud pública detectados para conocimiento y activación de la coordinación
.9.3 Productos: Correos enviados a la coordinación comunicando eventos de interés. |
| 10 | OBLIGACIÓN: 10 APOYAR LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS PRESTANDO LA INFORMACIÓN Y/O SOPORTES CONFORME A LOS ANEXOS TÉCNICOS
.10.2 Actividades: Desarrollé actividades contractuales y presenté soportes de cargue al aplicativo según lineamientos.
10.3 Productos: Descarga de plano GTAPS entregados en digital. |
| | OBLIGACIÓN: 11 REALIZAR LAS DEMÁS OBLIGACIONES QUE SE RELACIONEN CON EL OBJETO DEL CONTRATO Y SEAN REQUERIDAS POR LA SUPERVISIÓN.
11.2 Actividades: Ejecuté actividades de apoyo al mejoramiento continuo y demás tareas delegadas por la supervisión. 11.3 Productos: Entrega y |

11	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. 12.2 Actividades: Ejecuté actividades operativas garantizando la integridad, oportunidad y exactitud de los datos. 12.3 Productos: Descarga plano GTAPS y acta de preauditoria
13	OBLIGACIÓN: 13 REALIZAR LA REVISIÓN, ALISTAMIENTO Y ENTREGA CON CALIDAD DE FORMATOS, DOCUMENTOS, BASES O INFORMES. 13.2 Actividades: Revisé, alisté y entregué con calidad los documentos resultantes de las intervenciones realizadas. 13.3 Productos: Descarga plano GTAPS y acta de apropiación territorial.
14	OBLIGACIÓN: 14 OBLIGACIÓN: PRESENTAR MENSUALMENTE EL CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES E INFORME DE EJECUCIÓN. 14.2 Actividades: Diligencié cronograma mensual y entregué el informe de gestión para el proceso de cobro. 14.3 Productos: Formato de cronograma mensual diligenciado e informe final entregado.
15	OBLIGACIÓN:15 DIGITALIZACIÓN DE PRODUCTOS DE CARACTERIZACIÓN DE ABORDAJE TERRITORIAL. 15.2 Actividades: Realicé la digitalización de los productos de caracterización bajo estándares de seguridad de la información. 15.3 Productos: Formatos digitales de caracterización de abordaje territorial.
16	OBLIGACIÓN:16PARTICIAPAR EN LAS MESAS TÉCNICAS CONVOCADAS POR SDS DE ACUERDO CON LOS PROCESOS ASIGNADOS. 16.2 Actividades: Participé en las asistencias técnicas incluyendo componentes de notificación de vulneración de derechos. 16.3 Productos: Acta de asistencias técnicas convocada por la SDS.
17	OBLIGACIÓN:17 APOYAR LAS ACTIVIDADES DE MEJORAMIENTO CONTINUO Y PLANES DE ESTÁNDARES. 17.2 Actividades: Participé en fortalecimientos técnicos orientados a la prevención de violencia y mejora de estándares de servicios. 17.3Productos: Formato de firmas de actas de fortalecimientos técnicos y operativos.
18	OBLIGACIÓN: 18 APOYAR EL REGISTRO DIARIO DE PRIORIDADES APLICATIVO RAI, SEGÚN COHORTE DE RIESGO. 18.2 Actividades: Realicé el registro diario en el aplicativo PAI cumpliendo con el anexo técnico y cohorte de riesgo. 18.3 Productos: Reporte de registro Aplicativo PAI.
19	OBLIGACIÓN:19 CUMPLIR, SEGÚN SU PERFIL Y RESPONSABILIDADES CON TODAS LAS OBLIGACIONES DEL ANEXO TÉCNICO DEL CONVENIO. 19.2 Actividades: Ejecuté la totalidad de las responsabilidades asignadas en el convenio Más Bienestar según mi perfil disciplinar. 19.3 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:	CAPITAL SALUD		\$ 0
PENSIÓN:	PORVENIR		\$ 0
RIESGOS LABORALES:	SURA		\$ 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 ibr 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



SINDY LORENA ORTIZ BARRIGA

PS_3751_2026_9C3232

SINDY LORENA ORTIZ BARRIGA

CC: 80373466

FIRMA DE QUIEN VALIDA



LUZ ADRIANA CALDERON RAMIREZ

PS_3751_2026_9C3232

LUZ ADRIANA CALDERON RAMIREZ

SUPERVISOR ALTERNO

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



ANA MARGARET RABA SIERRA

PS_3751_2026_9C3232

ANA MARGARET RABA SIERRA

SUPERVISOR DEL CONTRATO



CERTIFICA

Que la señora SINDY LORENA ORTIZ BARRIGA, con tipo de documento Cédula de Ciudadanía No. 80373466 se encuentra activo en nuestra base de datos del Régimen Contributivo en la ciudad de Bogota, por la Empresa ORTIZ BARRIGA SINDY LORENA, NIT/CC 80373466 en calidad de INDEPENDIENTE, desde el 28 de mayo de 2020.

Se expide el día 14 de abril de 2026a solicitud del interesado.

Información sujeta a verificación por parte de CAPITAL SALUUD EPS-S cualquier informacion adicional será atendida con gusto en nuestra línea de atención al usuario 01 8000 122219.

Cordialmente,
CAPITAL SALUD EPS-S
Proyectó: COORDINACION DE OPERACIONES



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, ORTIZ BARRIGA SINDY LORENA identificado(a) con CC 80373466 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) | defensor@cliente.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:

SINDY LORENA ORTIZ BARRIGA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **80.373.466**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 3 de Mayo del 2026.

Cordialmente,

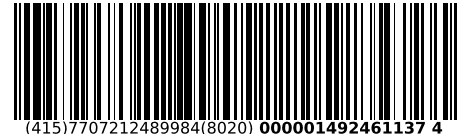
Gerencia de Clientes



2. Concepto Actualización

4. Número de formulario

14924611374



(415)7707212489984(8020) 000001492461137 4

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

8 0 3 7 3 4 6 6

6. DV

1

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

1 3

26. Número de Identificación

8 0 3 7 3 4 6 6

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

ORTIZ

32. Segundo apellido

BARRIGA

33. Primer nombre

SINDY

34. Otros nombres

LORENA

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

CL 76 D SUR 14 D 40 ESTE

42. Correo electrónico

sindylorenabarriga@gmail.com

43. Código postal

44. Teléfono 1

3 1 1 2 1 7 6 4 0 7

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

1 9 9 0, 1 2 0 1

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

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54. Código									
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:

1

61. Fecha

2023-07-06 / 03:50:35PM

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 BRAVO ARTUNDUAGA ANGELA VIVIANA

985. Cargo Gestor II