Bogotá D.C., 02 de marzo de 2026

CUENTA DE COBRO No. 2 Contrato CO1.PCCNTR.9106900

REGIÓN METROPOLITANA BOGOTÁ - CUNDINAMARCA
NIT: 901-665-578-7

DEBE A:

Ruth Daniela Pabòn Martìnez
C.C. 1.030.685.567

Por concepto de servicios prestados en la ciudad de Bogotá Distrito Capital correspondiente al periodo del 01 al 28 de febrero de 2026, en el marco del Contrato de Prestación de Servicios Profesionales No CO1.PCCNTR.9106900, cuyo objeto es Prestar servicios de apoyo a la gestión institucional de la Región Metropolitana Bogotá – Cundinamarca, mediante el acompañamiento administrativo y logístico de las actividades asociadas a la Gestión del Talento Humano..

El lugar y/o ciudad en la cual se llevó a cabo la ejecución contractual fue la Ciudad de Bogotá Distrito Capital.

Por la suma de **DOS MILLONES SETECIENTOS VEINTINUEVE MIL QUINIENTOS PESOS** ($2.729.500,00).

Favor consignar en la cuenta bancaria:

Banco	:	SCOTIABANK COLPATRIA
No. Cuenta	:	712021186
Tipo de Cuenta	:	Ahorros

Atentamente,

Daniela Pabón

Ruth Daniela Pabòn Martìnez
C.C. 1.030.685.567

Región Metropolitana

INFORME DE EJECUCIÓN Y CUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES Y DE APOYO A LA GESTIÓN

Proceso: Gestión Financiera

Código: F-FIN-004 **Versión:** 1 **Fecha:** 15/07/2025

INFORMACIÓN GENERAL

Número de Contrato	Vigencia	Supervisor	Cargo del Supervisor
CO1.PCCNTR.9106900	2026	Ana Maria Cortés Herrán	Profesional Especializado

Objeto:
Prestar servicios de apoyo a la gestión institucional de la Región Metropolitana Bogotá – Cundinamarca, mediante el acompañamiento administrativo y logístico de las actividades asociadas a la Gestión del Talento Humano.

Nombre del Contratista:	Ruth Daniela Pabòn Martìnez
Valor del contrato	$21.836.000 VEINTIUNO MILLONES OCHOCIENTOS TREINTA Y SEIS MIL PESOS
Plazo de Ejecución	**Fecha firma acta de inicio:** 28/01/2026 **Fecha finalización contrato:** 27/09/2026
Modificaciones	N/A

EL PRESENTE INFORME DETALLA LA EJECUCIÓN Y ESTADO DE AVANCE DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES DURANTE EL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE EL 01/02/2026 Y EL 28/02/2026

I. Obligaciones Generales del Contratista

El contratista ha cumplido con las obligaciones generales, relacionadas en el contrato.	**El contratista cumplió con las obligaciones generales del contrato Si_X__ No___**

II. Obligaciones Específicas del Contratista

N°	Obligación	Actividades realizadas
1	Participar en la planeación, logística y acompañamiento de las actividades enmarcadas en los planes de bienestar, capacitación y SST.	Durante el período facturado se participó en acciones de apoyo relacionadas con los planes de bienestar, capacitación y SST. En este marco, se elaboró y desarrolló una infografía de apoyo informativo, orientada a fortalecer la divulgación y comprensión de contenidos relevantes para los colaboradores. Esta actividad contribuyó al proceso de sensibilización y comunicación interna, brindando una herramienta visual y didáctica que facilita el acceso a la información
2	Apoyar las actividades de organización de la documentación del proceso de Gestión del Talento Humano de acuerdo con la TRD.	Se brinda apoyo oportuno en la gestión y organización de la bandeja SIGMA de la supervisión
3	Apoyar la elaboración de los documentos técnicos requeridos por la normativa vigente para la habilitación de la Sala Amiga de la Familia Lactante del entorno laboral de la RMBC	La actividad se realizó de manera exitosa, cumpliendo con los lineamientos establecidos por la normativa vigente.
4	Recolectar y reportar de manera mensual los indicadores del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST), conforme a la normatividad aplicable, y entregarlos al responsable del sistema en la entidad	Durante el período certificado se realizó la recolección y consolidación mensual de los indicadores del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST), conforme a la normatividad aplicable. Así mismo, se elaboró y envió la matriz de indicadores al responsable de Seguridad y Salud en el Trabajo de la entidad, para su respectiva revisión, seguimiento y control dentro del sistema.
5	Apoyar el registro mensual de incapacidades médicas en la matriz de ausentismo institucional y en el aplicativo dispuesto por la Administradora de Riesgos Laborales (ARL Positiva), garantizando la trazabilidad y oportunidad del reporte.	Durante el período certificado se apoyó el registro mensual de las incapacidades médicas en la matriz de ausentismo institucional, garantizando la trazabilidad, veracidad y oportunidad de la información reportada. Esta actividad se realizó con éxito, efectuando el cargue y actualización correspondiente dentro de la misma matriz de ausentismos, asegurando el adecuado control y seguimiento de los casos registrados.
6	Apoyar la tabulación de encuestas y presentar informes requeridos por la supervisión del contrato en el marco del proceso de Gestión del Talento Humano.	La actividad se llevó a cabo exitosamente, entregando los informes requeridos dentro de los tiempos establecidos y cumpliendo con los criterios de calidad solicitados.
7	Apoyar operativamente las actividades requeridas para la formulación de las políticas de discapacidad y género en el marco de las competencias de la Subdirección de Gestión Corporativa	Durante el periodo ejecutado, no fue solicitado el apoyo para esta actividad, por lo que no se llevó a cabo ninguna acción al respecto.
8	Las demás que le sean acordadas por el supervisor del contrato y que tengan relación directa con el objeto contractual	Se brindó apoyo en diversas actividades según las solicitudes del supervisor, cumpliendo con los requerimientos y tiempos establecidos.

IV. Declaraciones

EL CONTRATISTA manifiesta que toda la información proporcionada en este informe corresponde a las actividades llevadas a cabo durante el periodo en cuestión. Asimismo, certifica que la planilla adjunta, la cual respalda el pago de los aportes obligatorios al sistema de seguridad social en salud, pensión y riesgos laborales de este mes o del mes inmediatamente anterior, ha sido efectuada conforme a la ley, basándose en los ingresos derivados del contrato.

Este informe se adjunta en la plataforma SECOP II y ha sido debidamente verificado por el contratista, de acuerdo con la normatividad vigente, y aportado como parte del documento contractual con la firma del presente documento, toda vez que la fecha se ha verificado el cumplimiento de las obligaciones a cargo del contratista.

El SUPERVISOR manifiesta que la contratista cumplió las actividades durante el periodo señalado y atendió las observaciones y requerimientos del supervisor.

Que de conformidad con las disposiciones legales efectuó el pago a los aportes respectivos al sistema de seguridad social integral en salud, riesgos laborales y pensiones, mediante la planilla Número **45947617** mes de **enero** 2026.
Que por lo mes señalado, agrega el informe y los documentos presentados y entregados por la contratista durante el periodo mencionado en desarrollo de las obligaciones pactadas en el contrato en mención.

Fecha de diligenciamiento: 05/03/2026



RUTH DANIELA PABòN MARTìNEZ
C.C.



ANA MARIA CORTéS HERRáN
Profesional Especializado

Región Metropolitana

CERTIFICADO DE TRAMITE DE PAGO PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES Y DE APOYO A LA GESTIÓN

Proceso: Financiera **Código:** F-FIN-002 **Versión:** 1 **Fecha:** 15/07/2025

CONTRATO N°	CO1.PCCNTR.9106900	VIGENCIA	2026	FECHA ACTA INICIO	28/01/2026	FECHA FINAL	27/09/2026

OBJETO DEL CONTRATO

Prestar servicios de apoyo a la gestión institucional de la Región Metropolitana Bogotá – Cundinamarca, mediante el acompañamiento administrativo y logístico de las actividades asociadas a la Gestión del Talento Humano.

DATOS DEL CONTRATISTA

TIPO DE IDENTIFICACIÓN	C.C. 1,030,685,567	DV	3	NOMBRE - CONTRATISTA	RUTH DANIELA PABòN MARTìNEZ	ENTIDAD FINANCIERA
TELEFONO DE CONTACTO	3125915246	EXT.	0			SCOTIABANK COLPATRIA N° DE CUENTA BANCARIA **712021186** TIPO DE CUENTA **AHORROS**
EMAIL INSTITUCIONAL	rpabon@regionmetropolitana.gov.co			EMAIL PERSONAL	ruthdanielapabon6@gmail.com	

DATOS FINANCIEROS Y DE PRESUPUESTO

VALOR INICIAL CONTRATO	ADICIONES AL CONTRATO	REDUCCIONES AL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	% AVANCE EJECUCIÓN
$ 21.836.000,00	$ -	$ -	$ 21.836.000,00	13.75%
VALOR TOTAL GIRADO	**VALOR CAUSADO NO PAGADO**	**VALOR EJECUTADO**	**VALOR DISPONIBLE POR PAGAR**	
$ 272.949,00	$ 2.729.500,00	$ 3.002.449,00	$ 18.833.551,00	

UNIDAD EJECUTORA	N° REGISTRO (RP)	RUBRO PRESUPUESTAL	RECURSO	VALOR A PAGAR
01.Región Metropolitana	142	2.1.2.02.02.0080383113	05.RB	**$ 2.729.500,00**

DATOS DEL PAGO

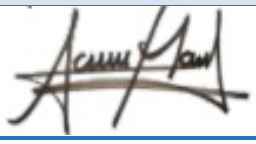
CONCEPTO DEL PAGO	FACTURA N°			TOTAL A PAGAR
Pago de honorarios correspondiente al mes de Febrero de 2026, según contrato CO1.PCCNTR.9106900.	NO RESPONSABLE DE IVA	Valor (Sin I.V.A)	$ 2.729.500,00	**$ 2.729.500,00**
		I.V.A	$ -	
		FECHA FACTURA	NO APLICA	

SEGURIDAD SOCIAL

N° PLANILLA SGSS	PERIODO DE APORTE	FECHA DE PAGO	Aportes Salud	Aportes Pensión	Aportes ARL	Total Planilla
45947617	Febrero 2026	11/02/2026	$ 136.475,00	$ 174.688,00	$ 5.699,20	**$ 316.862,20**

APROBACIÓN DEL SUPERVISOR

En calidad de supervisor / interventor del presente contrato de prestación de servicios, certifico que el contratista cumplió a satisfacción las especificaciones contenidas en el contrato y el informes mensual de actividades fue aprobado a través del sistema SECOP II con todos los requisitos legales necesarios para autorizar el pago.

PARA CONSTANCIA FIRMO EL DÍA:	05/03/2026		FIRMA DEL SUPERVISOR / INTERVENTOR
SUPERVISOR / INTERVENTOR	Ana Maria Cortés Herrán		
CC o NIT	1.023.873.066	DV	
CARGO	PROFESIONAL ESPECIALIZADO		
DEPENDENCIA (ÁREA)	SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN CORPORATIVA		
EMAIL SUPERVISOR	acortes@regionmetropolitana.gov.co		

Region Metropolitana

DECLARACION JURAMENTADA

Codigo: F-FIN-003
Version: 1
Fecha: 02/03/2026

Proceso: Financiera

1. DATOS PERSONALES

NOMBRE COMPLETO:	RUTH DANIELA PABÒN MARTÌNEZ				
TIPO DE IDENTIFICACION:	C.C.	NUMERO:	1.030.685.567	LUGAR DE EXPEDICION:	Bogota

2. INFORMACION CONTRACTUAL

CONTRATO No.:	CO1.PCCNTR.9106900	SUPERVISOR:	Ana Maria Cortés Herrán	CARGO SUPERVISOR:	Profesional Especializado
PERIODO QUE CUBRE LA DECLARACION:	Desde: fecha inicio (01/02/2026) Hasta: Fecha finalizacion (28/02/2026)				

3. CONCEPTOS PARA BASE DE RETENCION EN LA FUENTE SOBRE PAGOS

Declaro bajo la gravedad de juramento, para los efectos correspondientes del pago de los honorarios correspondientes al contrato relacionado en el item No. 2 y que he suscrito con la Region Metropolitana Bogota - Cundinamarca, que he realizado los aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social por los ingresos en materia de honorarios, en la cuantia establecida en la legislacion vigente, y asi mismo, informo los demas conceptos requeridos para la liquidacion del pago de honorarios correspondiente al periodo que cubre la presente declaracion juramentada:

CONCEPTO	SI	NO	SOPORTE
Planilla soporte de pago de aportes al Sistema de Seguridad Social	**x**		Numero de planilla: 45947617 Fecha de pago planilla: 11/02/2026
Declarante de renta		**x**	-
Pertenece al Regimen De Tributacion SIMPLE		**x**	-
Responsable de impuesto a las ventas		**x**	-
Calidad de pensionado o ha cumplido requisitos para pension o por disposiciones legales no esta obligado a cotizar a pensiones		**x**	-
Aportes a Cuentas de Ahorro y Fomento a la Construccion - AFC		**x**	-
Aportes voluntarios a pension		**x**	-
Pago intereses en prestamos para adquisicion de vivienda, limite 100 UVT		**x**	-
Pago a medicina prepagada y/o planes adicionales de salud		**x**	-
Personas a cargo para deduccion de retencion en la fuente por dependientes del 10% de los ingresos brutos sin exceder 32 UVT		**x**	-
Cotiza por otros ingresos provenientes de vinculacion laboral y/o reglamentaria, mesadas pensionales, independiente por cuenta propia u otros contratos.		**x**	-

4. CONSIDERACIONES

Me comprometo a informar a la Region Metropolitana Bogota - Cundinamarca toda modificacion o novedad a la informacion suministrada.

Adjunto los soportes y certificados correspondientes, de manera libre y espontanea, y bajo la gravedad de juramento manifiesto que SI () NO (**X**) seran tomados en cuenta como descuento de la base de retencion en la fuente en contratos suscritos con otras entidades.

En caso de ser negativa la respuesta: Por lo anterior, las deducciones **SI** seran tomadas en cuenta para la disminucion de la base de retencion en la fuente de la REGION METROPOLITANA BOGOTA-CUNDINAMARCA atendiendo el articulo 1.2.4.1.6 del Decreto Reglamentario 1625 de 2016.

La presente Declaracion Juramentada se firma en la ciudad de Bogota, el dia (**2**) del mes de (**marzo**) de (**2026**).



RUTH DANIELA PABÒN MARTÌNEZ
C.C. 1.030.685.567

Mediante el registro de los datos personales aqui relacionados se autoriza a la Region Metropolitana Bogota - Cundinamarca a recolectarlos, almacenarlos, procesarlos y usarlos conforme lo establece la Ley 1581 de 2012 y en el Decreto 1377 de 2013, compilado en el capitulo 25 del Decreto 1074 de 2015, y las demas normas aplicables para el tratamiento y proteccion de datos personales.

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1030685567	RUTH DANIELA PABON MARTINEZ	DG 30A SUR NUM 6 F12	3125915246	ruthdanielapabon6@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		CUNDINAMARCA	SOACHA		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2026-01	2026-01	I	11/02/2026	45947617	$541.800	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	218.900	0		0		0	0	0	0	218.900	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	280.200	0	0	0	0	0	0		280.200	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	42.700				42.700	0	0	42.700			427	42.700	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	218.900	218.900
Pensión	1	280.200	280.200
Riesgos Laborales	1	42.700	42.700
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	541.800	541.800

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1030685567	RUTH DANIELA PABON MARTINEZ		DG 30A SUR NUM 6 F12	3125915246	ruthdanielapabon6@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	**CLASE APORTANTE**	**NOMBRE SUCURSAL**	**CÓDIGO**	**DEPARTAMENTO**	**CIUDAD / MUNICIPIO**	**EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD**
ÚNICA	I – Independiente			CUNDINAMARCA	SOACHA	NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2026-01	2026-01	I	11/02/2026	45947617	$541.800	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1030685567	PABON MARTINEZ RUTH DANIELA	59	0			N																	230301	1.750.905	280.200	0	0	0	0	EPS005	1.750.905	218.900	14-23	1.750.905	3	42.700		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información