

158-848

Firm

FECHA DE PRESENTACIÓN: 11 de mayo de 2026		
NÚMERO INFORME: 02		
PERÍODO: marzo 01-31 de 2026		
DATOS BÁSICOS DEL CONTRATO		
TIPO DE CONTRATO	CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES	
No. CONTRATO Y FECHA SUSCRIPCIÓN	852-2026 DEL 30 DE ENERO DE 2026	
NOMBRE DEL CONTRATISTA	PAULA ANDREA RODRÍGUEZ YARA	
TIPO (C.C-NIT) Y NO. DE IDENTIFICACIÓN (CEDENTE CUANDO APLIQUE)	1010007337 de Bogotá	
NOMBRE DEL CONTRATISTA (CESIONARIO CUANDO APLIQUE)	N/A	
TIPO (C.C-NIT) Y NO. DE IDENTIFICACIÓN	N/A	
PLAZO INICIAL DE EJECUCIÓN	8 MESES	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 40.920.000	
NUMERO DE REGISTRO PRESUPUESTAL	1930	
VALOR DEL PERIODO DE COBRO	\$ 5.115.000	
FECHA ACTA DE INICIO	27 de febrero de 2026	
PRÓRROGA ¹	N/A	
ADICIÓN	N/A	
SUSPENSIÓN	N/A	
REINICIO	N/A	
CESIÓN (CUANDO APLIQUE)	N/A	
DISMINUCIÓN DE PLAZO (CUANDO APLIQUE)	N/A	
REDUCCIÓN DE VALOR (CUANDO APLIQUE)	N/A	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	\$ 40.920.000	
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO	8 meses	
FECHA PREVISTA DE TERMINACIÓN (INCLUYENDO PRÓRROGAS, SUSPENSIONES O DISMINUCIÓN DE PLAZO)	26 de octubre de 2026	
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES Y ESTRATEGIAS DE SEGUIMIENTO Y CUMPLIMIENTO DE METAS EN EL MARCO DE LOS PROYECTOS DE INVERSIÓN EN SALUD DEL FONDO DE DESARROLLO LOCAL DE BOSA, SIGUIENDO LOS LINEAMIENTOS, PROCEDIMIENTOS Y NORMATIVIDAD VIGENTE.	
APORTES DE SEGURIDAD SOCIAL		
EPS	ARL	PENSION
COMPENSAR	Sura	PORVENIR
NÚMERO DE PLANILLA	PERIODO COTIZADO	
70561222	03-2026	

¹ Si el contrato presenta más de una suspensión y/o adición y/o prórroga se deben incluir las filas requeridas para el registro de la información.



CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO E
INFORME DE ACTIVIDADES

DESARROLLO DEL INFORME	
OBLIGACIÓN ESPECÍFICA # 1	
1. Desarrollar acciones de apoyo a la supervisión de contratos en caso que le sea asignado, realizando el seguimiento, verificación y constatación de las obligaciones contractuales y/o términos de referencia que debe desarrollar el contratista, plazos y condiciones establecidas, realizando la programación y seguimiento al PAC, informes de seguimiento, acciones de liquidación entre las otras que sean requeridas, acorde con el manual de supervisión e interventoría de la Secretaría Distrital de Gobierno, los lineamientos y orientaciones brindadas por la Alcaldía Local y la normatividad vigente.	
ACTIVIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL
Para este periodo no se asignó esta obligación	No aplica
OBLIGACIÓN ESPECÍFICA # 2	
2. Consolidar y presentar un análisis sistematizado de la información derivada de la ejecución del Proyecto 2839 ¿Bosa empática y garante de una ciudadanía saludable ¿, la información debe estar soportada con bases de datos y soportes de las actividades realizadas.	
ACTIVIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL
Para este periodo no se asignó esta obligación	No aplica
OBLIGACIÓN ESPECÍFICA # 3	
3. Elaborar un cronograma mensual de actividades que contenga la ejecución y seguimiento de actividades relacionadas con el Proyecto de inversión 2839 ¿Bosa empática y garante de una ciudadanía saludable ¿ en sus diferentes líneas de inversión.	
ACTIVIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL
3.1 Se realizó seguimiento de los compromisos de cada uno de los componentes correspondientes al Proyecto de Inversión 2839	3.1 Anexos cargados en Plataforma Secop II – Carpeta de Evidencias.
OBLIGACIÓN ESPECÍFICA # 4	
4. Elaborar los informes periódicos sobre la gestión, ejecución, avance y las novedades con relación al proyecto de inversión 2839 ¿Bosa empática y garante de una ciudadanía saludable?	
4.1 Se consolidó el informe de las acciones del sector salud con la información de cada uno de los coordinadores de los diferentes componentes, acciones complementarias, SPA, SSR y DAP. 4.2 Se consolidó el informe acciones sector salud para el área de comunicaciones con la información de cada uno de los coordinadores de los diferentes componentes, acciones complementarias, SPA, SSR, Salud mental y DAP.	4.1 Anexos cargados en Plataforma Secop II – Carpeta de Evidencias. 4.2. Anexos cargados en Plataforma Secop II – Carpeta de Evidencias.



SECRETARÍA DE
GOBIERNO

CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO E
INFORME DE ACTIVIDADES


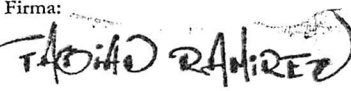
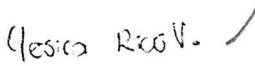
OBLIGACIÓN ESPECÍFICA # 5	
5. Generar de manera mensual un informe que contenga el análisis de impacto derivado de la ejecución del proyecto de inversión 2839 ¿Bosa empática y garante de una ciudadanía saludable en sus diferentes líneas de inversión, este informe debe ser emitido con énfasis en el impacto evidenciado en la comunidad.	
ACTIVIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL
Para este periodo no se realizó esta obligación	No aplica
OBLIGACIÓN ESPECÍFICA # 6	
6. Brindar respuesta a los requerimientos, solicitudes y derechos de petición que le sean asignados en pro de brindar respuesta a los entes de control, rama judicial, entidades públicas y/o privadas o comunidad en general. Dicha información debe ser veraz y acorde con la realidad jurídica y técnica que reposa en las dependencias de la Alcaldía Local de Bosa, de conformidad con la normatividad existente para la materia, y dentro de los plazos, términos y condiciones establecidos para la misma.	
ACTIVIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL
<p>Durante el período objeto del presente informe se desarrollaron las siguientes actividades:</p> <p>6.1 Se realizó de manera permanente el seguimiento, revisión y depuración de los derechos de petición, oficios y demás requerimientos ingresados al sector salud mediante el aplicativo ORFEO del Fondo de Desarrollo Local de Bosa y se efectuó control a los tiempos de respuesta.</p>	6.1 Anexos cargados en Plataforma Secop II – Carpeta de Evidencias.
OBLIGACIÓN ESPECÍFICA # 7	
7. Asistir a las reuniones que se desarrollen con relación al objeto del contrato y representar a la alcaldía en los eventos que se le deleguen.	
Durante el periodo objeto del presente informe asistí a la siguiente reunión:	
7.1 10 de marzo de 2026, reunión para socializar las acciones desarrolladas por el sector salud con los sectores de Cultura, Educación, Integración Social y Mujer y Género	7.1 Anexos cargados en Plataforma Secop II – Carpeta de Evidencias.
7.2 16 de marzo de 2026, asistí a la reunión Mesa de Formulación del componente de Dispositivos de Asistencia Personal, correspondiente a la línea de dispositivos visuales para la vigencia 2026.	7.2 Acta mesa de formulación dispositivos visuales.
7.3 16 de marzo de 2026, asistí a la mesa de formulación del componente de Dispositivos de Asistencia Personal, correspondiente a la línea de dispositivos de movilidad para la vigencia 2026.	7.3 Acta mesa de formulación Dispositivos de Asistencia Personal.
OBLIGACIÓN ESPECÍFICA # 8	
8. Cumplir con las demás obligaciones que sean inherentes al objeto contractual, que se encuentren en la normatividad vigente o que sean solicitadas por el supervisor o apoyo a la supervisión del contrato.	





SECRETARÍA DE
GOBIERNO

CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO E
INFORME DE ACTIVIDADES

ACTIVIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL
8.1 Se realiza el envío mediante correo electrónico de las peticiones recibidas en el aplicativo ORFEO a los profesionales del sector salud según componente.	8.1 Anexos cargados en Plataforma Secop II – Carpeta de Evidencias.
FIRMAS	
<p>DECLARACIÓN DEL CONTRATISTA: Manifiesto que he cumplido con las obligaciones derivadas del contrato y que las actividades mencionadas en el presente informe corresponden a las efectivamente desarrolladas en el período indicado, declarando que seré responsable por las afirmaciones contenidas en el presente documento, que sirve como soporte para certificar el cumplimiento del objeto del contrato.</p> <p>Adicionalmente, conforme a lo establecido en la minuta del Contrato de Prestación de Servicios, presento <u>(las certificaciones de afiliación) () o (planilla) (X)</u> al Sistema de Seguridad Social de periodo cotizado correspondiente para los fines pertinentes del presente pago.</p> <p><u>Por lo anterior, manifiesto que, conforme al Decreto 1273 de 2018 del Gobierno Nacional, el cual establece que "...los trabajadores independientes podrán realizar el pago de sus aportes al Sistema de Seguridad Social Integral mes vencido..." no me acoto a los beneficios tributarios derivados de dicha disposición. (Aplica cuando se acoge a mes vencido)</u></p>	<p style="text-align: center;">CONTRATISTA</p> <p>Firma: </p> <p>Nombre: PAULA ANDREA RODRÍGUEZ YARA Cédula: 1010007337</p>
<p>DECLARACIÓN DEL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR: Una vez verificados los soportes allegados por el contratista manifiesto que el/la contratista, ha cumplido con las obligaciones establecidas en el contrato.</p> <p>Así mismo, certifiqué el cumplimiento de los aportes al Sistema de Seguridad Social Integral (salud, pensión y riesgos laborales) por parte del contratista, en los términos establecidos en el Parágrafo 1 del artículo 23 de la Ley 1150 de 2007 y el artículo 244 de la Ley 1955 de 2019. Cabe señalar que, tratándose de personas naturales, no es obligatorio el pago de los aportes parafiscales relativos al SENA, ICBF y Cajas de Compensación Familiar, por lo que dicha verificación se limita al cumplimiento de los aportes al sistema de seguridad social, incluidos los correspondientes a la ARL (Administradora de Riesgos Laborales), cuando aplique.</p>	<p style="text-align: center;">SUPERVISOR/INTERVENTOR</p> <p>Nombre: FABIAN ERNESTO RAMÍREZ CRUZ Cargo: Alcalde Local de Bosa Firma: </p> <hr/> <p style="text-align: center;">APOYO A LA SUPERVISIÓN</p> <p>Nombre: YESICA JOHANA RIOS VARGAS Cargo: Apoyo a la supervisión Firma: </p>



Número de Contrato 852 de 2026

Yo, **PAULA ANDREA RODRÍGUEZ YARA**, identificada con cédula de ciudadanía No. 1010007337 expedida en la ciudad de Bogotá.

INFORMACIÓN PERSONAL	SI/NO
Soy Pensionado	NO
Devolución de saldos (No estoy obligado a cotizar pensión)	NO
Soy Declarante de Renta año 2025/	SI
Para efectos de la aplicación de la tabla de retención en la fuente de qué trata el artículo 383 Parágrafo 4 del artículo 1.2.4.1.17 del Decreto 1625 de 2016. Haré uso de costos y deducciones asociadas a los pagos o abonos en cuenta por concepto de HONORARIOS; o por compensaciones por SERVICIOS PERSONALES.	NO

Solicito que al momento de la depuración de la base de la retención en la fuente sea tenida en cuenta la exención prevista en el numeral 10 del artículo 206 del Estatuto Tributario. Toda vez que cumplo con las previsiones del numeral 6 del artículo 1.2.4.1.6 del Decreto 1625 de 2016 modificado por el artículo 9 del Decreto 2231 de 2023.

De acuerdo con lo anterior, CERTIFICO QUE: (Seleccione con X para cada concepto que le aplique y anexe el soporte según corresponda):

DEPURACIÓN CÁLCULO DE RENTA	SI/NO
¿Soy responsable del Impuesto a las ventas – IVA?	NO
¿Hago aportes a cuenta AFC – Ahorro de Fomento a la Construcción-?	NO
¿A la fecha hago aportes VOLUNTARIOS a pensión?	NO
¿Aporto certificación de pago de intereses en préstamos de vivienda del año inmediatamente anterior?	NO
¿Aporto certificación de pagos a medicina prepagada y/o planes adicionales de salud del año inmediatamente anterior o del período objeto de pago?	NO
¿Certifico que tengo dependientes de acuerdo con los requisitos exigidos en el parágrafo 2 del artículo 387 del Estatuto Tributario y en concordancia con ley 2277 de 2022 y Art 388 del Estatuto Tributario; Decreto 1625 de 2016 artículo 1.2.4.1.6 y artículo 1.2.4.1.18 modificado por el artículo 9 del Decreto 2250 de 2017). base retención (10%) de los ingresos brutos y hasta máximos de 32 UVT?	NO

Se expide y firma a los 11 días del mes de mayo del 2026.

Paula Rodríguez

Firma:

Nombre: Paula Andrea Rodríguez Yara

C.C: 1010007337

Dirección de correspondencia: Cra 79g N° 15ª-27

Teléfono de contacto: 3124812306

Correo electrónico institucional: N/A

Correo electrónico personal: yara.paularod@gmail.com

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1010007337	PAULA ANDREA RODRIGUEZ YARA	Carrera 79g 15a-27	3228572265	prodriguezara@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		70561222	26/03/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-03	2026-03	1	\$5,127,232	\$1,688.900	

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	641.000	0	0	0	0	0	0	0	0	641.000	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	900224808-8	820.400	0	0	0	0	0	0	0	820.400	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										
14-11	ARL SURA	890903790-5	124.900				124.900	0	0	124.900			1.249	124.900	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	102.600	0	0	102.600	1

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	641.000	641.000
Pensión	1	820.400	820.400
Riesgos Laborales	1	124.900	124.900
CCF	1	102.600	102.600
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	1,688.900	1,688.900

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1010007337	PAULA ANDREA RODRIGUEZ YARA		Carrera 79g 15a-27	3228572265	prodriguezzyara@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		70561222	26/03/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-03	2026-03	I	\$5,127,232	\$1,668,900	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE			INFORMACIÓN NOVEDADES														PENSIÓN				SALUD				RIESGOS LABORALES				CCF				PARAFISCALES														
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cédula	Balneario	Extranjero	Colombiano	Exterior	EPS	IBT	IDE	IAE	ITOP	VSP	VST	VSA	VSA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCION	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización/ Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC 1010007337	RODRIGUEZ YARA PAULA ANDREA	59	0			N							X								230301	5,127,232	30	26,400	0	0	0	0	EPS008	5,127,232	30	641,000	14-11	5,127,232	30	3	124,900	CCF24	5,127,232	30	102,600	0	0	0	0	0

PAGADA