

FECHA DE PRESENTACIÓN: 4 de Mayo de 2026
NÚMERO INFORME: 4
PERÍODO: 1 DE ABRIL AL 30 DE ABRIL DE 2026

DATOS BÁSICOS DEL CONTRATO

TIPO DE CONTRATO	CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS	
No. CONTRATO Y FECHA SUSCRIPCIÓN	CPS-333-2026 del 13 de Enero de 2026	
NOMBRE DEL CONTRATISTA	ANGELA MILDREY MOTAVITA BAUTISTA	
TIPO (C.C-NIT) Y NO. DE IDENTIFICACIÓN (CEDENTE CUANDO APLIQUE)	C.C. 1110512688 IBAGUÉ	
NOMBRE DEL CONTRATISTA (CESIONARIO CUANDO APLIQUE)	N/A	
TIPO (C.C-NIT) Y NO. DE IDENTIFICACIÓN	N/A	
PLAZO INICIAL DE EJECUCIÓN	240 DÍAS CALENDARIO	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	44.000.000 CUARENTA Y CUATRO MILLONES PESOS M/CTE	
NUMERO DE REGISTRO PRESUPUESTAL	1754	
VALOR DEL PERIODO DE COBRO	5.500.000 CINCO MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS M/CTE	
FECHA ACTA DE INICIO	20 de Enero de 2026	
PRÓRROGA	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	44.000.000 CUARENTA Y CUATRO MILLONES PESOS M/CTE	
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO	240 DÍAS CALENDARIO	
FECHA PREVISTA DE TERMINACIÓN (INCLUYENDO PRÓRROGAS, SUSPENSIONES O DISMINUCIÓN DE PLAZO)	19 de Septiembre de 2026	
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES PARA LA ORGANIZACIÓN, CONSOLIDACIÓN Y DEPURACIÓN DE INFORMACIÓN CONDUCENTES A LA EJECUCIÓN Y SEGUIMIENTO DE LOS PROYECTOS DE INVERSIÓN Y EL COMPONENTE TÉCNICO DE LOS PROCESOS PRECONTRACTUALES, CONTRACTUALES Y POSCONTRACTUALES RELACIONADAS CON SALUD PARA EL CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE DESARROLLO LOCAL DE KENNEDY.	
APORTES DE SEGURIDAD SOCIAL		
EPS	ARL	PENSION
DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR (DISAN)	POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS	PROTECCIÓN S.A.
NÚMERO DE PLANILLA	PERIODO COTIZADO	
6013196311	abril	



CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO E INFORME DE ACTIVIDADES

DESARROLLO DEL INFORME

OBLIGACIÓN 1

Realizar actividades administrativas y operativas para la formulacion integral, ejecucion y seguimiento de los proyectos de inversion de acuerdo con la tematica de su competencia (Fichas tecnicas, DTS, Ficha EBI, entre otros) relacionado con proyectos de Salud, de acuerdo con los procedimientos y lineamientos establecidos y la normatividad vigente.

ACTIVIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL
1. Este mes se llevaron actividades de supervisión del contrato CPS- 815-2025 2. Este mes se llevó a cabo trabajo de prensa de salud inclusiva, enviando y solicitando piezas comunicativas.	Obligacion 1 Verificacion Virtual 20260416_Acta Comité Técnico CPS 815-2025 20260428_Correo Solicitud aprobación de piezas prensa 20260414 Correo solicitud publi prensa Mesa + bienes

OBLIGACIÓN 2

Realizar la busqueda, consolidacion, organizacion y presentacion de la informacion tecnica requerida para la construccion, ejecucion y seguimiento de los procesos de contratacion en las etapas precontractual, contractual y pos contractual para la ejecucion de los proyectos de inversion, contractual y poscontractual efectuando la articulacion con contratacion (estudios previos, estudios del sector y mercado, determinacion de riesgos, ficha tecnica, respuesta de observaciones, evaluacion de procesos, entre otros),siguiendo los procedimientos, lineamientos establecidos y la normatividad vigente.

ACTIVIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL
1. Revisión y aprobación Documentos CPS_815-2025 Salud Sexual y Reproductiva y Salud Mental 2. Solicitud facturas para ingreso al almacén CPS 815-2025	Obligación 2 Verificación Virtual 20260406_Actaproyeccionrtapolitica 20260409_Acta seguimiento CPS 815-2025 20260416 Correo solicitud factura CPS 815-2025

OBLIGACIÓN 3

Acompañar los procesos de participacion ciudadana, presupuestos participativos en sus diferentes componentes, articulacion con participacion y las instancias de participacion en lo que componente a inversion local, de acuerdo con los lineamientos establecidos.

ACTIVIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL
1. Este mes asistí a la rendición de cuentas de la Alcaldía Local de Kennedy	Obligación 3 Verificación Virtual 20260425_Acta Rendición de Cuentas

OBLIGACIÓN 4

Realizar la identificacion y organizacion de Informacion de acuerdo con la tematica asignada para los procesos de rendicion de cuentas ante los diferentes entes de control de acuerdo con los requerimientos y lineamientos establecidos.

ACTIVIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL
1. Este mes se realizó presentación en el debate de control Político en la JAL	Obligación 4 Verificación Virtual



CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO E INFORME DE ACTIVIDADES

	20260416_Acta presentacion debate control po
OBLIGACIÓN 5	
Organizar y/o asistir a las reuniones, capacitaciones y eventos que se desarrollen en relación con el objeto del contrato, de acuerdo con los lineamientos y protocolos establecidos, así como asistir y efectuar las presentaciones que sean requeridas ante la junta Administradora Local JAL, cuando le sea asignado o requerido; siguiendo los lineamientos establecidos, dejando registro de la asistencia y/o participación ya sea presencial y/o virtual.	
ACTIVIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL
1. En este periodo participé en las reuniones esenciales para el desarrollo de las actividades de salud inclusiva 2. En este periodo participé en capacitación de Cuentas Jurídicas	Obligación 5 Verificación Virtual 20260407_Acta capacitación en supervisión contratos jurídicos 20260409_Reunion Tablero de Control 20260422_Acta capacitación y creación OR
OBLIGACIÓN 6	
Brindar respuestas a comunicaciones, requerimientos, solicitudes, derechos de petición que le sean asignadas, provenientes de entes de control, rama judicial, entidades públicas y/o privadas, comunidad en general dentro de los plazos, términos y condiciones establecidos por la misma, así como efectuar el trámite de cierre en los sistemas de información ORFEO y otros establecidos para ello, siguiendo los procedimientos y normatividad vigente.	
ACTIVIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL
1. En este periodo se dio respuesta a oficios de ORFEO	Obligación 6 Verificación Virtual 20260428_Acta corrección respuesta derecho P
OBLIGACIÓN 7	
Desarrollar acciones de apoyo a la supervisión de contratos realizando el seguimiento, verificación y constatación del cumplimiento de las obligaciones contractuales y/o términos de referencia que debe desarrollar el contratista, plazos y condiciones establecidos, programación del PAC, entre otras, acorde con el Manual de Supervisión de Contratos y la normatividad vigente.	
ACTIVIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL
1. Durante este periodo se llevó a cabo como parte del desarrollo a la supervisión del contrato CPS 815-2025 reuniones y revisión documental 2. Se realizó plan de pagos SECOP II	Obligación 7 Verificación Virtual 20260416_COMITÉ TECNICO CPS 815 20260422_Acta capacitación y creación OR 20260422_Acta de Comité de Seguimiento
OBLIGACIÓN 8	
12. 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.	
ACTIVIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL



SECRETARÍA DE
GOBIERNO

CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO E INFORME DE ACTIVIDADES

1. Durante este mes se llevaron a cabo actividades de respuesta a políticas públicas
2. Realice atención a la ciudadanía

Obligación 8 Verificación Virtual
20260422_ActaReporteDP
20260420_Acta atención a la ciudadanía
20260604_Entrega Inf Política Publica

Edificio Liévano
Calle 11 No. 8 -17
Código Postal:
111711
Tel. 3387000 -
3820660
Información Línea
195
www.gobiernobogota.gov.co

Código: GCO-GCI-F110
Versión: 08
Vigencia: 28 de enero de 2026
Caso HOLA: 22935
Página 4 de 5





CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO E INFORME DE ACTIVIDADES

FIRMAS

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.

Adicionalmente, conforme a lo establecido en la minuta del Contrato de Prestación de Servicios, presento (las certificaciones de afiliación) o (planilla) al Sistema de Seguridad Social de periodo cotizado correspondiente para los fines pertinentes del presente pago.

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 acojo a los beneficios tributarios derivados de dicha disposición. (Aplica cuando se acoge a mes vencido)

CONTRATISTA

Firma:

Angela Motavita Bautista

**Nombre: ANGELA MILDREY MOTAVITA BAUTISTA
Cédula: 1110512688**

SUPERVISOR/INTERVENTOR

Nombre: JAVIER PRIETO TRISTANCHO

Cargo: ALCALDE LOCAL DE KENNEDY (ENCARGADO)

Firma:

APOYO A LA SUPERVISIÓN

Nombre: EIMY SOLANGY CASTRO CASALLAS

Cargo: PROFESIONAL ESPECIALIZADO I Título de Postgrado 25 meses o más de experiencia profesional

Firma:

Solangy

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.

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.



SECRETARÍA DE
GOBIERNO

PRESENTACIÓN INFORME DE ACTIVIDADES Y ANEXOS

Estimado(a) Supervisor(a)

De manera atenta envío el informe mensual de actividades No. 4 correspondiente a la ejecución del Contrato de Prestación de Servicios No. CPS-333-2026, por un valor de \$ 5.500.000, junto con los soportes respectivos para el periodo comprendido entre el 1 de Abril de 2026 al 30 de Abril de 2026.

Adicionalmente y conforme a lo establecido en la minuta del Contrato de Prestación de Servicios, adjunto a la presente la planilla de pago al Sistema de Seguridad Social Integral No. 6013196311 correspondiente al mes de abril de 2026, para los fines pertinentes del presente pago.

Cordialmente,

Angela Motavita Bautista

ANGELA MILDREY MOTAVITA BAUTISTA
C.C. 1110512688 IBAGUÉ
Correo electrónico: angela.alk2025@gmail.com



ALCALDIA LOCAL DE KENNEDY

RELACION DE TRAMITE DE RADICADOS ORFEO

NUMERO DE RADICADO	FECHA DE RADICACION	ESTADO DEL TRAMITE	ACCION O PLAN DE TRABAJO PARA TRAMITAR Y DAR CIERRE
ENTRADAS/ MIS OFICIOS/ MIS MEMORANDOS			

Logo: rfeo Versión Nueva

AYUDA INFO CREDITOS CONTRASERA ESTADISTICAS CERRAR

LISTADO DE: ESTADO DE: Entrada USUARIO: ANGELA MILDREY MOTAVITA BAUTISTA DEPENDENCIA: Area de Gestion de Desarrollo Local Kennedy

Radicados: Buscar

Escriba los números de radicado que quiere buscar, separados por comas.

NO SE ENCUENTRAN RADICADOS CON LOS DATOS DE BUSQUEDA DIGITADOS.

Mis Consultas Solicitar Anulación

RADICACION

- Mis Oficios
- Mis Memorandos

CARPETAS

- Mis Entrada(0)
- Mis Oficios(0)
- Mis Memorandos(0)
- Mis Visto Bueno(0)
- Mis Devueltos(0)
- Mis Apendados (0)
- Mis Informados (0)
- Mis Personales (0)

ALCALDIA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. GOBIERNO

Declaración Juramentada

Número de Contrato CPS-333-2026

Yo, ANGELA MILDREY MOTAVITA BAUTISTA , identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 1110512688 expedida en la ciudad de IBAGUÉ .

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 cumpla 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? (Anexar RUT y certificación de autorización de numeración de facturación electrónica)	NO
¿Hago aportes a cuenta AFC - Ahorro de Fomento a la Construcción? (Anexar soporte de pago de aporte mensual)	NO
¿A la fecha hago aportes VOLUNTARIOS a pensión? (Anexar soporte de pago de aporte mensual)	NO
¿Aporto certificación de pago de intereses en préstamos de vivienda del año inmediatamente anterior? (Anexar certificación en la primera cuenta)	NO
¿Aporto certificación de pagos a medicina prepagada y/o planes adicionales de salud del año inmediatamente anterior o del período objeto de pago? (Anexar certificación en la primera cuenta)	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? (Anexar formato gco-gci-f137 y sus soportes)	NO

Se expide y firma a los (4) días del mes de Mayo del 2026.

Firma: *Angela Motavita Bautista*

Nombre: ANGELA MILDREY MOTAVITA BAUTISTA
C.C: 1110512688 de IBAGUÉ
Dirección de correspondencia: CL 10 B 88 A 27 TORRE 8 303
Teléfono de contacto: 3159277000
Correo electrónico institucional: angela.alk2025@gmail.com
Correo electrónico personal: angela.alk2025@gmail.com

SECRETARÍA DISTRITAL DE GOBIERNO

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS No. CPS-333-2026

Yo JAVIER PRIETO TRISTANCHO, en calidad de supervisor(a) del contrato No. CPS-333-2026 suscrito entre la Secretaría Distrital de Gobierno y ANGELA MILDREY MOTAVITA BAUTISTA, identificado(a) con el número de documento C.C. 1110512688 IBAGUÉ, certifico que el(la) contratista cumplió con las obligaciones pactadas en dicho contrato, de acuerdo con el informe No. 4 presentado para el período comprendido entre el 1 de Abril de 2026 y el 30 de Abril de 2026.

Así mismo, certifico que 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.

De acuerdo con lo anterior y una vez verificados los documentos presentados, los cuales cumplen cabalmente con lo establecido en el procedimiento de pagos de la entidad, autorizo el pago por valor de \$5.500.000

En constancia se firma a los 4 días del mes de Mayo de (2026).



JAVIER PRIETO TRISTANCHO
ALCALDE LOCAL DE KENNEDY
(ENCARGADO)
SUPERVISOR



EIMY SOLANGY CASTRO CASALLAS
APOYO A LA SUPERVISIÓN

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN: CÉDULA DE CIUDADANÍA NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 1110512688
 NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: ANGELA MILDREY MOTAVITA BAUTISTA
 CIUDAD/MUNICIPIO: BOGOTA DISTRITO CAPITAL DEPARTAMENTO: BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
 DIRECCIÓN: CALLE 65B#88-97 TORRE 6 APTO TELÉFONO: 3159277
 TIPO APORTANTE: 02-INDEPENDIENTE CLASE APORTANTE: I-INDEPENDIENTE
 TIPO EMPRESA: PRIVADA ACTIVIDAD ECONOMICA: Otras actividades de servicios
 FORMA DE PRESENTACIÓN: ÚNICO
 APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA: **6013196311** TIPO DE PLANILLA: I-INDEPENDIENTES
 PERIODO COTIZACIÓN MES: abril PERIODO COTIZACIÓN MES: abril
 OTROS SUBSISTEMAS: AÑO: 2026 SALUD: AÑO: 2026
 DÍAS DE MORA: 0
 FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): 2026/04/28 NÚMERO AUTORIZACIÓN: 259893706

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

LIQUIDACIÓN GENERAL

TOTALES	
COTIZANTES	TOTAL PAGADO

PENSIÓN

ADMINISTRADORA		NOMBRE			
NIT	CÓDIGO				
8002248088	230301		230301-PORVENIR	1	\$ 352.000
SUBTOTAL:				1	\$ 352.000

SALUD

ADMINISTRADORA		NOMBRE			
NIT	CÓDIGO				
9010379161	MIN002		MIN002-ADRES-REGIMEN EXCEPCION	1	\$ 275.000
SUBTOTAL:				1	\$ 275.000

RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		NOMBRE			
NIT	CÓDIGO				
8600111536	14-23		14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	1	\$ 53.600
SUBTOTAL:				1	\$ 53.600

VALOR SIN MORA:	\$ 680.600
VALOR MORA:	\$ 0
TOTAL PAGADO:	\$ 680.600