

|                                                                     |                                                                                                                                                                                |                  |
|---------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|
| FECHA DE PRESENTACIÓN: 04 de mayo de 2026                           |                                                                                                                                                                                |                  |
| NÚMERO INFORME: 4                                                   |                                                                                                                                                                                |                  |
| PERIODO: ABRIL 01-30 DE 2026                                        |                                                                                                                                                                                |                  |
| DATOS BASICOS DEL CONTRATO                                          |                                                                                                                                                                                |                  |
| TIPO DE CONTRATO                                                    | CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS                                                                                                                                            |                  |
| No. CONTRATO Y FECHA                                                | 840 - 2026, 26 de enero de 2026                                                                                                                                                |                  |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA                                              | JEIMY STEFANY ROZO GÓMEZ                                                                                                                                                       |                  |
| TIPO (C.C - NIT) Y No. DE IDENTIFICACION                            | 1000576443                                                                                                                                                                     |                  |
| PLAZO DE EJECUCIÓN INICIAL                                          | DIEZ (10) MESES QUINCE (15) DIAS                                                                                                                                               |                  |
| VALOR INICIAL DEL CONTRATO                                          | \$53.760.000                                                                                                                                                                   |                  |
| NÚMERO REGISTRO PRESUPUESTAL                                        | 856                                                                                                                                                                            |                  |
| VALOR DEL PERIODO DE COBRO                                          | \$5.120.000                                                                                                                                                                    |                  |
| FECHA ACTA DE INICIO                                                | 26 de enero de 2026                                                                                                                                                            |                  |
| PRORROGA                                                            | N/A                                                                                                                                                                            |                  |
| ADICIÓN                                                             | N/A                                                                                                                                                                            |                  |
| SUSPENSIÓN                                                          | N/A                                                                                                                                                                            |                  |
| REINICIO                                                            | N/A                                                                                                                                                                            |                  |
| VALOR TOTAL (INCLUYENDO ADICIONES)                                  | \$53.760.000                                                                                                                                                                   |                  |
| PLAZO TOTAL (INCLUYENDO PRORROGAS Y SUSPENSIONES)                   | DIEZ (10) MESES Y QUINCE (15) DIAS                                                                                                                                             |                  |
| FECHA PREVISTA DE TERMINACIÓN (INCLUYENDO PRORROGAS Y SUSPENSIONES) | 10 de diciembre de 2026                                                                                                                                                        |                  |
| OBJETO DEL CONTRATO                                                 | PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES BRINDANDO SOPORTE EN LA EJECUCIÓN DE LOS PROCESOS Y PROYECTOS DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO EN LA DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO |                  |
| APORTES DE SEGURIDAD SOCIAL                                         |                                                                                                                                                                                |                  |
| EPS                                                                 | ARL                                                                                                                                                                            | PENSION          |
| E.P.S. SANITAS                                                      | SEGUROS POSITIVA                                                                                                                                                               | COLPENSIONES     |
| NÚMERO DE PLANILLA                                                  |                                                                                                                                                                                | PERIODO COTIZADO |
| 9503892804                                                          |                                                                                                                                                                                | 2026-04          |

| DESARROLLO DEL INFORME                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                         |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| OBLIGACION ESPECIFICA 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                         |
| Brindar apoyo en la realización y documentación de actividades encaminadas al cumplimiento del Plan de Trabajo Anual del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST) ¿programas de promoción y prevención y de intervención en medicina preventiva y del trabajo y riesgo psicosocial, entre las que se cuentan: Actualización del documento del programa de salud mental e implementación de este; actualización del SVE y seguimientos debidamente documentados en el formato establecido para tal fin; capacitaciones-. |                                                         |
| ACTIVIDADES DESARROLLADAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL |
| 1.1 Durante el mes de abril se realizó 1 capacitación en intervención de riesgo psicosocial, enfocadas en Primeros Auxilios Psicológicos (PAP), dirigidas a funcionarios y contratistas de la alcaldía local de Kennedy.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <a href="#">Ver evidencias</a>                          |
| OBLIGACION ESPECIFICA 2                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                         |
| Apoyar la programación y ejecución de las actividades en el área logística, administrativa y contractual, que se requieran para el desarrollo del SG-SST.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                         |
| ACTIVIDADES DESARROLLADAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL |
| 2.1 Se consolidó y apoyo en la organización documental, elaboración de actas e informes administrativo requerido para el cumplimiento del componente psicosocial.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <a href="#">Ver evidencias</a>                          |
| 2.2 Se realizo informe sobre hallazgos en la visita a las corregidurías visitadas.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                         |
| 2.3 Se realizaron 11 entrevistas psicológicas para proceso de teletrabajo en el mes de abril.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                         |
| OBLIGACION ESPECIFICA 3                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                         |
| Acompañar la realización de las actividades en el marco de las inducciones, reinducciones y la semana y/o mes de SST, realizando seguimiento al diligenciamiento de la asistencia y brindando apoyo al expositor.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                         |
| ACTIVIDADES DESARROLLADAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL |
| 3.1 Se realizó apoyo y acompañamiento en inducción de los primeros auxilios psicológicos mediante la socialización sobre el aplicativo de positiva frente a sesiones de bienestar y orientación psicológica que se llevo a cabo en la alcaldía de Kennedy.                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <a href="#">Ver evidencias</a>                          |
| OBLIGACION ESPECIFICA 4                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                         |
| Apoyar la consolidación y documentación de listas y soportes de asistencia y registros estadísticos de las actividades ejecutadas del SG-SST.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                         |
| ACTIVIDADES DESARROLLADAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL |
| 4.1 Se apoyo en la consolidación de listados y soportes de asistencia en las capacitaciones del SG-SST a lo largo del mes de abril.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <a href="#">Ver evidencias</a>                          |
| OBLIGACION ESPECIFICA 5                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                         |
| Apoyar las investigaciones de accidentes de trabajo.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                         |
| ACTIVIDADES DESARROLLADAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL |
| 5.1 Se realizó el seguimiento correspondiente a los profesionales de las Alcaldías Locales asignadas, con el fin de brindar apoyo y efectuar seguimiento a los soportes relacionados con los accidentes de trabajo.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <a href="#">Ver evidencias</a>                          |
| OBLIGACION ESPECIFICA 6                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                         |
| Apoyar las actividades realizadas para el proceso de Riesgo psicosocial                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                         |
| ACTIVIDADES DESARROLLADAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL |
| 6.1 Se apoyó actividades relacionadas con la identificación, intervención, seguimiento y documentación del proceso de riesgo psicosocial, incluyendo consolidación de información, apoyo en capacitaciones para el mes de abril                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <a href="#">Ver evidencias</a>                          |
| 6.2 Se realizo una solicitud de espacios con el acueducto para llevar a cabo una jornada de desconexión laboral.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                         |

| OBLIGACION ESPECIFICA 7                                                                                                                                 |                                                         |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| Las demás que le sean asignadas por el supervisor y que estén enmarcadas en la misionalidad de la dependencia y el objeto contractual.                  |                                                         |
| ACTIVIDADES DESARROLLADAS                                                                                                                               | MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL |
| 7.1 Se realizó una reunión con el equipo de teletrabajo para llegar a acuerdos sobre entrevistas psicológicas para teletrabajo de la vigencia 2020-2021 | <a href="#">Ver evidencias</a>                          |

| FIRMAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>DECLARACIÓN DEL CONTRATISTA:</b>Manifiesto que he cumplido con las obligaciones derivadas del contrato y que las actividades mencionadas en el presente informe corresponden a las labores efectivamente desarrolladas en el periodo 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 la planilla del mismo mes al Sistema de Seguridad Social de periodo cotizado correspondiente para los fines pertinentes del presente pago.</p>                                                                                                                                                                                                                 | <p><b>CONTRATISTA</b></p> <div><p>28/04/2026 16:18:08 Firmado electrónicamente</p></div> <p><b>NOMBRE:</b> JEIMY STEFANY ROZO GÓMEZ<br/><b>CÉDULA:</b> 1000576443</p>                                   |
| <p><b>DECLARACIÓN DEL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR:</b>Una vez verificado los soportes allegados por el contratista manifiesto que el/la contratista ha cumplido a la fecha con las obligaciones establecidas en el contrato.</p> <p>Así mismo, certificó 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><b>SUPERVISOR</b></p> <div><p>04/05/2026 13:43:06 Firmado electrónicamente</p></div> <p><b>NOMBRE:</b> NATALIA MARÍA CHÁVEZ NAVARRETE<br/><b>CARGO:</b> DIRECTORA DE GESTION DEL TALENTO HUMANO</p> |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <p><b>APOYO A LA SUPERVISIÓN</b></p> <div><p>30/04/2026 11:55:25 Firmado electrónicamente</p></div> <p><b>NOMBRE:</b> JOSE GIOVANNI CORDERO GUTIERREZ<br/><b>CARGO:</b> PROFESIONAL UNIVERSITARIO</p> |

Bogotá D.C., 30 de abril de 2026

Señores:

SECRETARÍA DISTRITAL DE GOBIERNO

Asunto: Declaración juramentada - Relación de contratos de prestación de servicios vigentes con otras entidades estatales. Artículo 17  
Decreto 189 de 2020

Yo, JEIMY STEFANY ROZO GÓMEZ , identificado(a) con cédula de ciudadanía número 1000576443, me permito informar que  
actualmente SI ☐ NO ☒ , me encuentro ejecutando contratos de prestación de servicios profesionales o de apoyo a la gestión, con otras  
entidades estatales

| ENTIDAD<br>PÚBLICA | NUMERO DE<br>CONTRATO | PLAZO DE<br>EJECUCIÓN | VALOR TOTAL<br>CONTRATO | FECHA INICIO<br>CONTRATO | FECHA<br>TERMINACIÓN |
|--------------------|-----------------------|-----------------------|-------------------------|--------------------------|----------------------|
|                    |                       |                       |                         |                          |                      |
|                    |                       |                       |                         |                          |                      |
|                    |                       |                       |                         |                          |                      |
|                    |                       |                       |                         |                          |                      |
|                    |                       |                       |                         |                          |                      |

El presente documento se diligencia y firma bajo gravedad de juramento, el 30 de abril de 2026



28/04/2026 16:18:12 Firmado electrónicamente

Jeimy Stefany Rozo Gómez  
C.C. 1000576443  
Celular: 3024321991  
Dirección: Carrera 1 C Este # 47 54 Sur  
Correo electrónico: JEIMY.ROZO@GOBIERNOBOGOTA.GOV.CO

Código: GCO-CGI-F156  
Versión: 01  
Vigencia desde: 01 de febrero de 2021  
CASO HOLA: 152085  
Página 1 de 1

