




FECHA DE PRESENTACIÓN: 06 de mayo de 2026 NÚMERO INFORME: 3 PERIODO: ABRIL 01-30 DE 2026		
DATOS BASICOS DEL CONTRATO		
TIPO DE CONTRATO	CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	
No. CONTRATO Y FECHA	746 - 2026, 30 de enero de 2026	
NOMBRE DEL CONTRATISTA	LESLY PAOLA ARBOLEDA MOSQUERA	
TIPO (C.C - NIT) Y No. DE IDENTIFICACION	1077445836	
PLAZO DE EJECUCIÓN INICIAL	OCHO (8) MESES CERO (0) DIAS	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$32.880.000	
NÚMERO REGISTRO PRESUPUESTAL	2431	
VALOR DEL PERIODO DE COBRO	\$4.110.000	
FECHA ACTA DE INICIO	10 de febrero de 2026	
PRORROGA	N/A	
ADICIÓN	N/A	
SUSPENSIÓN	N/A	
REINICIO	N/A	
VALOR TOTAL (INCLUYENDO ADICIONES)	\$32.880.000	
PLAZO TOTAL (INCLUYENDO PRORROGAS Y SUSPENSIONES)	OCHO (8) MESES Y CERO (0) DIAS	
FECHA PREVISTA DE TERMINACIÓN (INCLUYENDO PRORROGAS Y SUSPENSIONES)	09 de octubre de 2026	
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTAR LOS SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN TÉCNICO Y ADMINISTRATIVOS EN EL DESARROLLO DE LA ESTRATEGIA TERRITORIAL DE SALUD MENTAL EN LA LOCALIDAD DE CIUDAD EN EL CUMPLIMIENTO DE LAS METAS DEL PLAN DE DESARROLLO LOCAL 2025- 2028.	
APORTES DE SEGURIDAD SOCIAL		
EPS	ARL	PENSION
E.P.S. SANITAS	SEGUROS POSITIVA	COLPENSIONES
NÚMERO DE PLANILLA	PERIODO COTIZADO	
6012292120	2026-03	

DESARROLLO DEL INFORME	
<b>OBLIGACION ESPECIFICA 1</b>	
Brindar su apoyo administrativo en las actividades que se desarrollan en los proyectos relacionados con la estrategia de territorialización de salud mental para la localidad de Ciudad Bolívar.	
ACTIVIDADES DESARROLLADAS	MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL
1.1 El día 09-04-2026 participe en la articulación de espacio con referente del CPL 1.2 El día 27-04-2026 participe en la Mesa De Trabajo CPS 883 OPERADOR MORIAH COMPANYY. 1.3 El día 24-04-2026 participe en la capacitación de SECOP II por parte de la coordinación de salud mental.	<a href="#">Ver evidencias</a>
<b>OBLIGACION ESPECIFICA 2</b>	
Apoyar administrativamente la revisión técnica, administrativa y documental de los informes producto de los contratos suscritos para la estrategia territorial salud mental en la localidad de Ciudad Bolívar.	
ACTIVIDADES DESARROLLADAS	MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL
2.1 Elabore el día 01-04-26 ACTA SEGUIMIENTO PLAN DE TRABAJO: se realiza seguimiento al plan de trabajo de salud mental con el objetivo de realizar la respectiva gestión documental 2026. 2.2 Elabore el día 06-04-26 ACTA SEGUIMIENTO PLAN DE TRABAJO: se realiza seguimiento al plan de trabajo de salud mental con el objetivo de realizar la respectiva gestión documental 2026. 2.3 Elabore el día 20-04-26 ACTA SEGUIMIENTO PLAN DE TRABAJO: se realiza seguimiento al plan de trabajo de salud mental con el objetivo de realizar la respectiva gestión documental 2026. 2.4 Elabore el día 21-04-26 ACTA GESTIÓN DOCUMENTAL VIGENCIA 2025: apoyo en la gestión documental de la vigencia 2025.	<a href="#">Ver evidencias</a>
<b>OBLIGACION ESPECIFICA 3</b>	
Apoyar en la consolidación de información requerida para las respuestas a los derechos de petición y demás requerimientos de la comunidad y de otras entidades que sean asignados.	
ACTIVIDADES DESARROLLADAS	MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL
3.1 El día 27-04-2026 Mesa De Trabajo CPS 883 OPERADOR MORIAH COMPANYY participe en la mesa de trabajo con el operador con el objetivo de revisar las cuentas pendientes por pagar y el motivo por el cual se eh generado traumatismo en el pago oportuno al operador. 3.2 El día 20-04-2026 participe en la articulación de espacio de sensibilización ZAE NINEZ	<a href="#">Ver evidencias</a>
<b>OBLIGACION ESPECIFICA 4</b>	
Atender e informar al público sobre los asuntos y trámites propios de las actividades relacionadas con los temas de salud mental que le sean designados.	
ACTIVIDADES DESARROLLADAS	MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL
4.1 Para el periodo reportado en el presente informe no se elaboraron actividades relacionadas con esta obligación	<a href="#">Ver evidencias</a>
<b>OBLIGACION ESPECIFICA 5</b>	
Atender e informar al público sobre los asuntos y trámites propios de las actividades relacionadas con los temas de salud que le sean designados.	
ACTIVIDADES DESARROLLADAS	MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL
5.1 Para el periodo reportado en el presente informe no se elaboraron actividades relacionadas con esta obligación.	<a href="#">Ver evidencias</a>
<b>OBLIGACION ESPECIFICA 6</b>	
Asistir a los espacios de participación del sector Salud y demás comités que le sean asignados y, apoyar la elaboración de actas y demás documentos que se requieran en el marco de la estrategia territorial de salud mental de la localidad.	
ACTIVIDADES DESARROLLADAS	MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL

6.1 20-04-26 se realiza mesa de trabajo con referente del CPL con el objetivo de gestionar sensibilización con el equipo de salud mental.	Ver evidencias
6.2 27-04-2026 participe en la mesa de trabajo CLOPS SALUD MENTAL para realizar sensibilizaciones con el equipo de salud mental en la localidad de ciudad bolivar.	
6.3 26-02-26 REUNIÓN DE EQUIPO ADMINISTRATIVO: se lleva a cabo reunión de equipo administrativo para definir horarios y entrega de actas por parte de los profesionales.	
<b>OBLIGACION ESPECIFICA 7</b>	
Apoyar la consolidación del informe mensual de la implementación estrategia territorial de salud mental de la localidad.	
<b>ACTIVIDADES DESARROLLADAS</b>	<b>MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL</b>
7.1 Para el periodo reportado en el presente informe no se elaboraron actividades relacionadas con esta obligación	Ver evidencias
<b>OBLIGACION ESPECIFICA 8</b>	
Las demás que le sean asignadas por el supervisor del contrato y que se deriven del objeto contractual.	
<b>ACTIVIDADES DESARROLLADAS</b>	<b>MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL</b>
8.2 se realiza el día 16-04-2026 Curso de primeros auxilios en salud mental para el mes de abril.	Ver evidencias

<b>FIRMAS</b>	
<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 mes anterior al Sistema de Seguridad Social de periodo cotizado correspondiente para los fines pertinentes del presente pago.</p> <p>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.</p>	<p style="text-align: center;"><b>CONTRATISTA</b></p> <div style="text-align: center;">   05/05/2026 08:41:02 Firmado electrónicamente </div> <p><b>NOMBRE: LESLY PAOLA ARBOLEDA MOSQUERA</b>  <b>CEDULA: 1077445836</b></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, 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;"><b>SUPERVISOR</b></p> <div style="text-align: center;">   06/05/2026 11:10:35 Firmado electrónicamente </div> <p><b>NOMBRE: DIEGO ARLEY ARENAS MANRIQUE</b>  <b>CARGO: ALCALDE LOCAL</b></p>
<p><b>APOYO A LA SUPERVISIÓN</b></p>	<div style="text-align: center;">   05/05/2026 16:02:17 Firmado electrónicamente </div> <p><b>NOMBRE: YULIETH ANDREA DÍAZ MARTINEZ</b>  <b>CARGO: CONTRATISTA</b></p>

Bogotá D.C., 02 de mayo 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, LESLY PAOLA ARBOLEDA MOSQUERA, identificado(a) con cédula de ciudadanía número 1077445836, me permito informar que actualmente SI X NO \_\_, me encuentro ejecutando contratos de prestación de servicios profesionales o de apoyo a la gestión, con otras entidades estatales

ENTIDAD PÚBLICA	NUMERO DE CONTRATO	PLAZO DE EJECUCIÓN	VALOR TOTAL CONTRATO	FECHA INICIO CONTRATO	FECHA TERMINACIÓN
SUBRED CENTRO ORIENTE	CPS-7646	3 MES	12.573.000	01/05/2026	31/07/2026

El presente documento se diligencia y firma bajo gravedad de juramento, el 02 de mayo de 2026



03/05/2026 10:34:27 Firmado electrónicamente

Lesly Paola Arboleda Mosquera  
C.C. 1077445836  
Celular: 3217946668  
Dirección: KR 7C 2 77 SUR  
Correo electrónico: lesly.arboleda@gobiernobogota.gov.co

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

