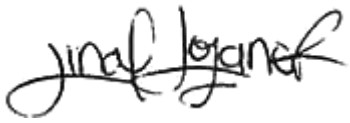
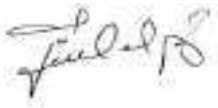
DATOS BASICOS DEL CONTRATO						
Tipo	Contrato	**X**	**Convenio**		**No. 1528-2024**	**Fecha de suscripción**: (12-08-2024)
Objeto	*Apoyar la elaboración e implementación de estrategias con enfoque diferencial en el sector público y privado que fomenten el desarrollo de capacidades de las mujeres en sus diferencias y diversidad.*					
Valor	*$ 20.920.000*					
Contratista	*OMAIRA JIMENA TELPIZ FUELAGÁN*					
Identificación (CC – NIT)	*1.032.362.672*					
Representante Legal e identificación	*N.A.*					
Plazo de ejecución del contrato o convenio	*El plazo de ejecución del presente contrato será de cuatro (4) meses sin exceder el 31 de diciembre de 2024, contados a partir del cumplimiento de los requisitos de perfeccionamiento y ejecución, esto es a partir de la afiliación a la ARL, la expedición del Registro Presupuestal, la aprobación de la garantía y suscripción del acta de inicio.*					
Supervisora (or) / Interventora (or) del Contrato	*LINA TATIANA LOZANO RUIZ –DIRECTORA DIRECCIÓN DE ENFOQUE DIFERENCIAL*					
Apoyo a la supervisión. (Si aplica)	*N.A.*					
CONSTANCIA DE LAS PARTES						
Fecha de inicio	*14 de agosto de 2024*					
Fecha de terminación	*13 de diciembre de 2024*					
En Bogotá, a los catorce (14) días del mes de agosto de 2024, en las instalaciones de la Secretaria Distrital de la Mujer se reunieron, LINA TATIANA LOZANO RUÍZ, en calidad de Supervisora (or) del Contrato y/o Convenio No. 1528-2024 y OMAIRA JIMENA TELPIZ FUELAGÁN como Contratista, y considerando que se encuentran revisados todos los requisitos de legalización necesarios para dar inicio a la ejecución del contrato o convenio, se suscribe la presente acta de inicio.						
ACUERDO						
1. Firmar la presente acta de inicio del contrato o convenio No. 1541-2024 suscrito el (12-08-2024). 2. Fijar como fecha de inicio el (14-08-2024). 3. Fijar como fecha de terminación el (13-12-2024).						

PARA CONSTANCIA SE FIRMA

Por la Secretaría Distrital de la Mujer	**Por la (el) Contratista**
 _____ Nombre Supervisora (r) **LINA TATIANA LOZANO RUIZ** Cargo **Directora de Enfoque Diferencial**	 _____ Nombre **OMAIRA JIMENA TELPIZ FUELAGÁN** Cargo **Contratista**
Nombre del Apoyo a la supervisión Cargo	

Elaboró: Diana Teresa Sierra Gómez – Contratista– Dirección de Enfoque Diferencial
Revisó: Nathalia Díaz- Contratista – Contratista – Dirección de Enfoque Diferencial

FORMULARIO CERTIFICACIÓN CATEGORÍA TRIBUTARIA CONTRATOS PRES. DE SERVICIOS PROF. Y APOYO G.

VIGENCIA: 16 DE ABRIL 2024 A 15 DE ABRIL DE 2025. Con el fin de dar cumplimiento a la normatividad vigente, en especial los Artículos No. 103, 383, 387 y 388 del Estatuto Tributario y Artículos No. 1.2.4.1.6, 1.2.4.1.7, 1.2.4.1.18, 1.2.4.1.24 y 1.2.4.1.27 del Decreto No. 1625 de 2016 expedido por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, modificado a través del Decreto 359 de 2020 expedido por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, para efectos de determinar la calidad de responsable de IVA y la depuración de la base gravable en el cálculo de la retención en la fuente por renta, Ley 2277 de 2022 expedida por el Congreso de Colombia y Decreto 2231 de 2023 expedida por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público.

CERTIFICACIÓN DE LOS DATOS

1

Al pulsar el botón acepto, autorizo a la Secretaria Distrital de la Mujer, para almacenar dentro de su sistema de información, los datos personales que yo voluntariamente diligencie dentro del presente formulario.
Entiendo que estos datos serán custodiados y tratados en los términos de la ley 1581 de 2012 expedida por el Congreso de la República, Decreto 1377 de 2013 expedido por el Presidente de la República y demás disposiciones concordantes. *

- [x] Acepto
- [ ] No Acepto

DATOS GENERALES

(Diligenciar el formulario en mayúsculas, no usar puntos, comas ni caracteres especiales)

2

TIPO DE NOVEDAD. *

- [ ] Creación
- [x] Actualización
- [ ] Cesión

3

Nombres y Apellidos Completos.
(registre los datos como aparecen en el documento de identificación). *

Omaira Jimena Telpiz Fuelagan

4

Tipo de Identificación. *

- (●) Cédula de Ciudadanía
- ( ) Cédula de Extranjería
- ( ) Identificación de extranjeros diferente al NIT asignado por la DIAN

5

Número de Identificación.
(no usar puntos, comas, espacios, ni caracteres especiales)
*

1032362672

6

Cargar copia de la cédula de ciudadanía en formato PDF (Pregunta no anónima) *

Cédula de Ciudadanía.pdf

7

Correo electrónico de contacto reportado en el RUT. *

ojtelpizf@unal.edu.co

8

Dirección.
(Diligencie la dirección actual de su domicilio incluyendo complemento, ejemplo torre, apto, int, edificio entre otros) *

Carrera 135 # 17-35 Torre 3 Apartamento 523

9

Municipio de su domicilio reportado en la pregunta anterior.
(Ejemplo, Bogotá, Soacha, Zipaquirá, Chia, entre otros) *

Bogotá

10

Departamento.
(Ejemplo, Bogotá, Cundinamarca, Antioquia, Santander, entre otros) *

Bogotá

11

Teléfono de contacto (Número telefónico fijo o celular).
(no usar puntos, comas, espacios ni caracteres especiales)
*

3132844297

SISTEMA DE PAGOS

12

Entidad Financiera.
(Seleccione la entidad financiera a la cual se le realizará el pago) *

BANCO DAVIVIENDA S.A.

13

Tipo de Cuenta.
(Seleccione el tipo de cuenta al cual se le realizará el pago) *

- (●) Ahorros
- ( ) Corriente

14

Digite tal como aparece en el certificado bancario, el número de cuenta a la que se le realizará el pago.
(no usar puntos, comas, espacios ni caracteres especiales)

*

0570007770322209

15

Certificación Cuenta Bancaria.
(Cargar archivo en formato PDF emitido por la entidad financiera, el documento no debe tener claves)
(Pregunta no anónima) *

Certificación bancaria.pdf

CLASIFICACIÓN TRIBUTARIA

(Diligenciar el formulario en mayúsculas, no usar puntos, comas, espacios, ni caracteres especiales)

16

Con el fin de clasificar el concepto y nivel de ingresos, responda las siguientes preguntas: *

	SI	NO
A) Mis ingresos son generados por contratos de prestación de servicios personales,de acuerdo con el artículo 103 del E.T. Decreto 1625-2016 Art. 1.2.4.1.6 para ser considerado como rentas de trabajo.	◉	○
B) Durante el año gravable anterior(**2023**) los ingresos brutos totales provenientes de la actividad con **entidades Privadas**, son iguales o superiores a las 3.500 UVT($ 148.442.000).	○	◉

	SI	NO
C) Durante el año gravable anterior(**2023**) los ingresos proveniente de Contratos de Prestación de Servicios suscritos con el **Estado** fueron iguales o superiores 4.000 UVTS ($ 169.648.000).	○	◉
D) Durante el año gravable (**2024**) he celebrado contratos con **entidades Privadas** por prestación de servicios superiores , a 3.500 UVT ($164.727.500).	○	◉

	SI	NO
E) Durante el año gravable (**2024**) he celebrado contratos por prestación de servicios con el **Estado** superiores 4.000 UVTS ($188.260.000).	○	◉

17

Digite el código de la actividad económica que tiene registrada en el RUT.
(El código esta compuesto de **4 dígito**s como se observa en la imagen resaltadas en color negro (ejemplo: **6910** o **7490**), recuerde que su RUT puede tener varias actividades, **por lo cual la actividad a registrar será acorde con el objeto del contrato suscrito con la entidad).** *

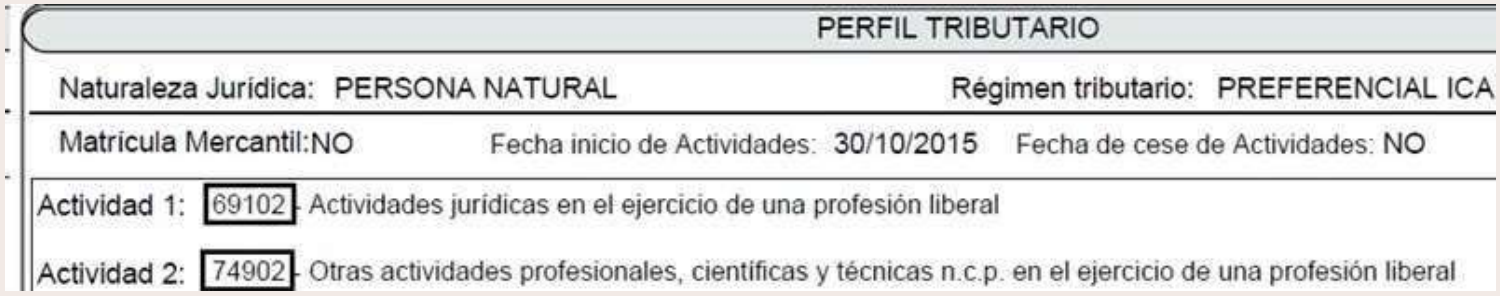


7490

18

Digite el código de la actividad económica que aparece registrada en el RIT.

(El código puede contener **4 o 5 dígitos**, como se observa en la imagen resaltada en color negro (Ejemplo: **69102** o **74902**), la cual coincide los primeros **4 dígitos** con la identificada en el RUT y a su vez será acorde con el objeto del contrato suscrito con la entidad. *



74902

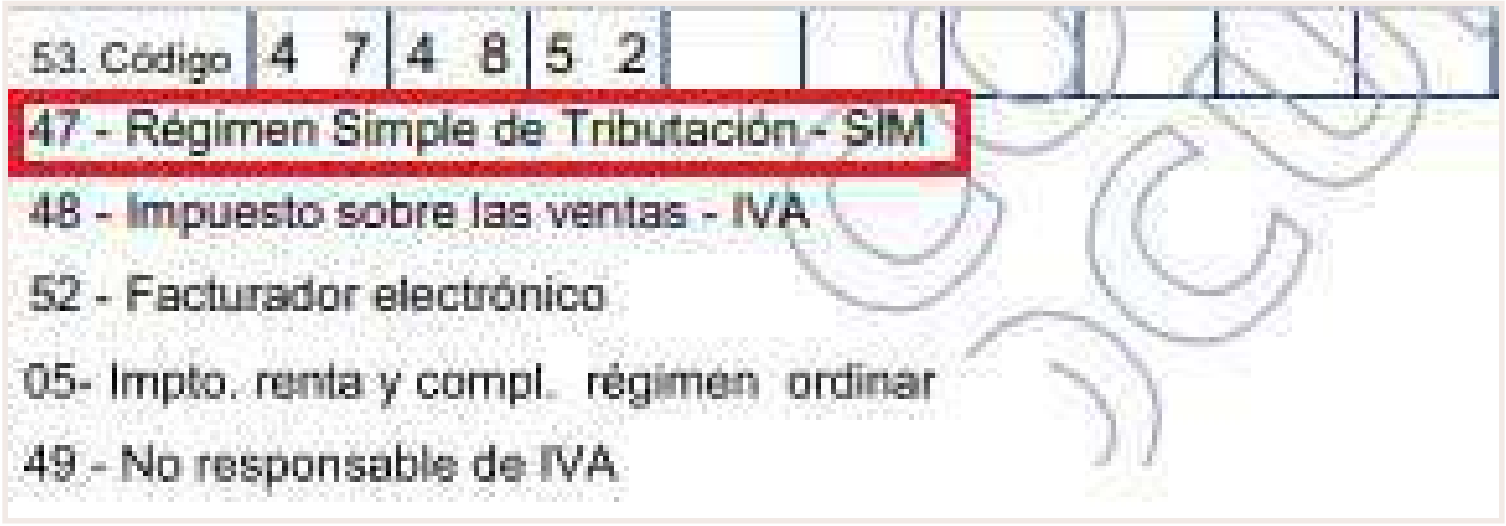
19

De acuerdo con las opciones de la casilla 53 tal como se muestra en la imagen y según responsabilidades, calidades y tributos, contenidas en el Registro Único Tributario - RUT, usted presenta el siguiente Régimen de tributación?

1. Código 47-Régimen Simple de Tributación - SIM

Revisar la responsabilidad en el RUT.

*



- ( ) Si
- (•) NO

20

Según responsabilidades, calidades y tributos, contenidas en el Registro Único Tributario - RUT (casilla 53), seleccione si es **responsable de IVA**.
(Revisar las responsabilidades en el RUT) *

- ( ) SI
- (•) NO

21

Según responsabilidades, calidades y tributos, contenidas en el Registro Único Tributario - RUT (casilla 53), seleccione si **factura electrónicamente**.
(Revisar las responsabilidades en el RUT) *

- ○ SI
- ◉ NO

22

Anexo copia Registro Único Tributario - RUT (Formato PDF, **NO** se aceptan en estado borrador), (el documento no debe tener claves). (Pregunta no anónima) *

Registro Unico Tributario (RUT).pdf

23

Anexo copia Registro Información Tributara - RIT (Formato PDF, **NO** se aceptan en estado borrador), (el documento no debe tener claves). (Pregunta no anónima) *

Registro de Identificación Tributario (RIT).pdf

24

¿Esta obligado a cotizar pensión?. *

- (●) **SI**, debo cotizar a pensión
- ( ) **NO**, no debo cotizar a pensión por mi edad
- ( ) **NO**, ya cumplió con los requisitos para pensionarme o mi pensión ya esta en trámite
- ( ) **NO**, acredita la imposibilidad de cumplir con los requisitos para pensión

25

Su calificación del Riesgo Laboral - ARL, de acuerdo al Contrato suscrito con la entidad corresponde a: *

Clase de Riesgo I - 0.522% Financieras, tra... ⌄

ALIVIOS TRIBUTARIOS

Diligenciar el formulario en mayúsculas, no usar puntos, comas, espacios, ni caracteres especiales

26

¿Realiza aportes a cuenta AFC (Ahorro fomento para la construcción) Art. 126-4 del Estatuto Tributario?.

Si la respuesta es **SI** (Anexar soporte de pago de AFC de manera mensual en el aplicativo **ICOPS**).

*

- ○ SI
- ◉ NO

27

¿Realiza Aportes Voluntarios a Pensión Diferentes a los Obligatorios Art. 126-1 del Estatuto Tributario?.

Si la respuesta es **SI** (Anexar soporte de pago de aportes voluntarios a pensión de manera mensual en el aplicativo **ICOPS**)

*

- ○ SI
- ◉ NO

PAGO INTERESES CRÉDITOS HIPOTECARIOS

***Créditos en UVR (Intereses y Corrección Monetaria)**

28

Pagos por concepto de Intereses o Corrección Monetaria en Préstamos para Adquisición de Vivienda o el Costo Financiero en un Contrato de Leasing de un bien inmueble destinado a vivienda del Contratista.
Durante la vigencia 2023. Art. 119 y 387 E.T - Art. 1.2.4.1.23 Decreto No. 1625 de 2016.

*

- ( ) SI
- (•) NO

29

¿Realizó pagos por concepto de Medicina Prepagada y/o Planes Adicionales de Salud del Contratista, Cónyuge, Hijos o Dependientes?. Durante la vigencia 2023- Art. 387 del Estatuto Tributario.

*

- ( ) SI

NO

30

¿Certificó que tengo dependientes, de acuerdo con los requisitos exigidos en el Parágrafo 2 del Artículo 387 del Estatuto Tributario y Artículo 1.2.4.1.18 del Decreto No. 1625 de 2016?. *

SI

NO

31

Si la respuesta a la pregunta anterior fue **SI**, marque la clase de dependiente, según las definiciones de la letras A a la E: en cualquiera de las opciones anexar certificado expedido por el contratista que identifique la persona dependiente a su cargo que da lugar al tratamiento tributario, adjuntando los siguientes documentos según el numeral que le aplique: *

A. Hijos que tengan hasta 18 años de edad **1.** Certificado expedido por el contratista que identifique la persona dependiente a su cargo **2.** Registro Civil. (No es válida la Tarjeta de Identidad)

B. Hijos con edad entre 18 y 23 años, cuando el padre o madre (contratista) se encuentre financiando su educación en instituciones formales de educación superior certificadas por el ICFES o la autoridad oficial correspondiente; o en los programas técnicos de educación no formal debidamente acreditados por la autoridad competente. **1.** Certificado expedido por el contratista que identifique la persona dependiente a su cargo **2.** Certificación que está activo y cursando estudios superiores. (El documento debe actualizarse de acuerdo a la periodicidad de Estudio (Semestral o anual) **Nota:** No son válidos los recibos de pago

C. Los hijos del contribuyente mayores de dieciocho (18) años que se encuentren en situación de dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por medicina legal **1.** Certificado expedido por el contratista que identifique la persona dependiente a su cargo **2.** (Registro Civil de Nacimiento y Certificados por Medicina Legal).

D. Cónyuge o compañero permanente que se encuentre en situación de dependencia sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientos sesenta (260) UVT($12.236.900)**1.** Certificado expedido por el contratista que identifique la persona dependiente a su cargo **2.** (Certificación dependencia económica expedida por Contador Público, acompañada de tarjeta profesional y certificado de antecedentes disciplinarios vigente).o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos(Certificados por Medicina Legal, partida de matrimonio y/o declaración juramentada de unión libre).

E. Padres y los hermanos que se encuentren en situación de dependencia, sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientas sesenta (260) UVT($12.236.900) **1.** Certificado expedido por el contratista que identifique la persona dependiente a su cargo **2.**(Certificación dependencia económica expedida por Contador Público,tarjeta profesional y certificado de antecedentes disciplinarios vigentes).o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos. **3.** (Certificados por Medicina Legal).

32

Nombres y Apellidos Completos del Dependiente. *

Danna Palchucan Telpiz

33

Tipo de Identificación del Dependiente. *

Tarjeta de Identidad

34

Número de identificación del Dependiente.
(Escriba en números sin puntos ni comas, espacios, caracteres especiales, no incluya decimales) *

1014672091

35

Adjuntar documentos que certifica lo señalado en la pregunta relacionada con **clase de dependiente..** (Pregunta no anónima) *

Documentos dependiente.pdf

36

¿Utilizará costos y gastos al final del año en su declaración de renta?.
(Si la opción es **NO** **disminuye** su retención en la fuente)
(Si la opción es **SI**, **aumenta** su retención en la fuente)
*

- ( ) SI
- (•) NO

37

Es usted declarante de Renta? *

- ( ) SI
- (•) NO

APLICACIÓN DE UNA TARIFA DE RETENCIÓN EN LA FUENTE SUPERIOR A LA DETERMINADA

38

¿Desea que se le aplique una tarifa de Retención en la Fuente superior a la determinada?. *

- ( ) SI
- (•) NO

39

Se firma en la Ciudad de Bogotá D.C., el día. *

7/9/2024

40

Al incluir el archivo Imagen con mi Firma en formato **PNG**, **JPEG** o **JPG** certificando bajo gravedad de juramento la veracidad de la información aquí registrada.
(Pregunta no anónima) *

Firma digital.jpeg