

PRESENTACIÓN INFORME DE ACTIVIDADES Y ANEXOS

Bogotá D.C 02 de febrero de 2026

Doctora

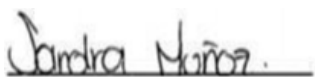
DIANA CAROLINA SÁNCHEZ CASTILLO
ALCALDESA LOCAL RAFAEL URIBE URIBE
CALLE 32 SUR 23 62
Ciudad

Estimada supervisora,

De manera atenta envío el informe mensual de actividades No.2 correspondiente a la ejecución del Contrato de Prestación de Servicios No 599-2025 por un valor de \$ 1.260.000 junto con los soportes respectivos para el periodo comprendido entre el 01 de ENERO de 2026 al 9 de ENERO 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. 1079005936 correspondiente al mes de ENERO para los fines pertinentes del presente pago.

Agradezco su amable atención y colaboración



Sandra Milena Muñoz Navarro
C.C. 1031148872 de Bogotá D.C
Correo electrónico: sanmilmuna93@gmail.com

Bogotá D.C 02 de febrero de 2026

Cuenta de Cobro No 2
EL FONDO DE DESARROLLO LOCAL DE RAFAEL URIBE URIBE
NIT. 899.999.061-9

DEBE A:

SANDRA MILENA MUÑOZ NAVARRO
C.C. 1031148872 DE BOGOTÁ

LA SUMA DE: 1.260.000

SON: Un millón doscientos sesenta mil pesos M/Cte

POR CONCEPTO DE: Actividades realizadas en la ejecución del contrato de prestación de servicios No. 599 del 2025 durante el periodo comprendido entre el **1 de ENERO al 9 de ENERO de 2026**

Código actividad económica principal RUT: 8299

No soy responsable del Impuestos a las Ventas - IVA

CERTIFICO QUE: Para dar cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 18 de la ley 1122 de 2007, el artículo 50 de la ley 789 de 2002 y el artículo 02 de la ley 1562 del 2012, los documentos soporte del pago de los aportes obligatorios al sistema de seguridad social corresponden a los ingresos provenientes del contrato materia del pago sujeto a retención (Decreto 2271/2009, concepto SDH 1195/2009), suscrito con el Fondo de Desarrollo Local de Rafael Uribe Uribe, así:

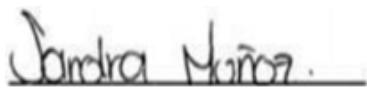
Mes de aporte: ENERO

Numero de planilla: 1079005936

CONCEPTO	ENTIDAD	VALOR APORTE
ARL (Riesgos Profesionales)	POSITIVA	\$ 9.200
EPS (Aporte Salud Obligatoria)	SALUD TOTAL	\$ 218.900
AFP(AportesPensionesObligatorias)	COLFONDOS	\$ 280.200

Favor Consignar a: CUENTA DE AHORROS No 04396985034 de Bancolombia.

Atentamente



Sandra Milena Muñoz Navarro
C.C. 1031148872 de Bogotá D.C
Correo electrónico: sanmilmuna93@gmail.com

INFORME MENSUAL DE ACTIVIDADES No 2 PERÍODO: 1 al 9 DE ENERO DE 2026	
DATOS BÁSICOS DEL CONTRATO	
TIPO DE CONTRATO	<u>CPS</u>
No. CONTRATO Y FECHA SUSCRIPCIÓN	<u>599- 10 DE DICIEMBRE DE 2025</u>
NOMBRE DEL CONTRATISTA (CEDENTE CUANDO APLIQUE)	<u>N/A</u>
TIPO (C.C-NIT) Y NO. DE IDENTIFICACIÓN (CEDENTE CUANDO APLIQUE)	<u>N/A</u>
NOMBRE DEL CONTRATISTA	<u>SANDRA MILENA MUÑOZ NAVARRO</u>
TIPO (C.C-NIT) Y NO. DE IDENTIFICACIÓN	<u>1031148872</u>
PLAZO INICIAL DE EJECUCIÓN	<u>1 MES</u>
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	<u>\$ 4.200.000</u>
VALOR DEL PERIODO DE COBRO	<u>\$ 1.260.000</u>
FECHA ACTA DE INICIO	<u>10 DE DICIEMBRE DE 2025</u>
PRÓRROGA ¹	<u>N/A</u>
ADICIÓN	<u>N/A</u>
SUSPENSIÓN	<u>N/A</u>
CESIÓN	<u>N/A</u>
DISMINUCIÓN DE PLAZO	<u>N/A</u>
REDUCCIÓN DE VALOR	<u>N/A</u>
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	<u>\$4.200.000</u>
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO	<u>1 MES</u>
FECHA PREVISTA DE TERMINACIÓN (INCLUYENDO PRÓRROGAS, SUSPENSIONES O DISMINUCIÓN DE PLAZO)	<u>09 DE ENERO DE 2026</u>
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTAR SERVICIOS DE APOYO TECNICO PARA APOYAR LA FORMULACION, EJECUCION Y SEGUIMIENTO DE LOS PROYECTOS DE INVERSIÓN QUE FORMAN PARTE DEL PLAN DE DESARROLLO LOCAL DE LA LOCALIDAD DE RAFAEL URIBE URIBE.

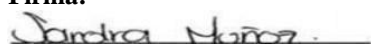
¹ Si el contrato presenta más de una suspensión y/o adición y/o prórroga se deben incluir las filas requeridas para el registro de la información

OBLIGACIÓN ESPECÍFICA 1	
Apoyar en la elaboración de diagnósticos, presentaciones, documentos técnicos, análisis del sector, estudios de mercado, herramientas de seguimiento y ejecución y todos los demás que hagan parte de la formulación y ejecución de los proyectos de inversión del Fondo de Desarrollo Local de Rafael Uribe Uribe.	
ACTIVIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL
Para este periodo no se realizo esta obligacion.	Para este periodo no se realizo esta obligacion.
OBLIGACIÓN ESPECÍFICA 2	
Apoyar en la elaboración de actas de reuniones, comunicaciones, registro de información en los aplicativos y/o herramientas del nivel central, Alcaldía Local, respuestas a requerimientos; así como herramientas que se requieran para la formulación y ejecución de los proyectos de inversión y demás documentos requeridos por el supervisor (a) del contrato.	
ACTIVIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL
Para este periodo no se realizo esta obligacion.	Para este periodo no se realizo esta obligacion.
OBLIGACIÓN ESPECÍFICA 3	
Apoyar y mantener actualizadas las carpetas físicas y expedientes magnéticos con la información de los contratos, proyectos de inversión que le sean designados por el supervisor (a) del contrato.	
ACTIVIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL
Para este periodo no se realizo esta obligacion.	Para este periodo no se realizo esta obligacion.

OBLIGACIÓN ESPECÍFICA 1	
Apoyar en la elaboración de diagnósticos, presentaciones, documentos técnicos, análisis del sector, estudios de mercado, herramientas de seguimiento y ejecución y todos los demás que hagan parte de la formulación y ejecución de los proyectos de inversión del Fondo de Desarrollo Local de Rafael Uribe Uribe.	
ACTIVIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL
Para este periodo no se realizo esta obligacion.	Para este periodo no se realizo esta obligacion.

OBLIGACIÓN ESPECÍFICA 4	
Apoyar y/o asistir a las actividades, reuniones presenciales y/o virtuales, capacitaciones entre otros que se generen en el marco de los Proyectos de Inversión del Fondo de Desarrollo Local de Rafael Uribe Uribe.	
ACTIVIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL
Para este periodo no se realizo esta obligacion.	Para este periodo no se realizo esta obligacion.
OBLIGACIÓN ESPECÍFICA 5	
Presentar el informe mensual de actividades con las evidencias que soportan la ejecución de las obligaciones específicas del contrato.	
ACTIVIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL
Se presenta informe es insumo de evidencia y entrega de documentos que se generaron en el cumplimiento del objeto y obligaciones contractuales.	Como medio de verificación se realiza el informe de actividad correspondiente al mes de Diciembre
OBLIGACIÓN ESPECÍFICA 6	
Las demás que sean asignadas por el supervisor y/o apoyo a la supervisión del contrato.	
ACTIVIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL
Se realiza atención y orientación a la ciudadanía en la oficina de planeación, los días: Actividad 1: ENERO 2026 Hora : 8:00 am a 4:00 pm	Actividad 1: Como medio de verificación se cuenta con cronograma que sustenta la actividad

INFORME DE ACTIVIDADES

OBLIGACIÓN ESPECÍFICA 1			
Apoyar en la elaboración de diagnósticos, presentaciones, documentos técnicos, análisis del sector, estudios de mercado, herramientas de seguimiento y ejecución y todos los demás que hagan parte de la formulación y ejecución de los proyectos de inversión del Fondo de Desarrollo Local de Rafael Uribe Uribe.			
ACTIVIDAD		MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL	
INFORMACIÓN ADICIONAL			
APORTES DE SEGURIDAD SOCIAL:	NOMBRE DE LA ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD	NOMBRE DE LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES.	NOMBRE DE LA ADMINISTRADORA DE FONDO DE PENSIONES
	SALUD TOTAL	POSITIVA	COLFONDOS
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.		CONTRATISTA	
		Firma:  Nombre: SANDRA MIELNA MUÑOZ NAVARRO Cédula: 1031148872	
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.		SUPERVISOR/INTERVENTOR	
		Nombre: FREDDY ALBERTO ARIAS MARQUEZ Cargo: APOYO A LA SUPERVISION	
		Firma: APOYO A LA SUPERVISIÓN (CUANDO APLIQUE)	
		Nombre: DIANA CAROLINA SÁNCHEZ CASTILLO Cargo: ALCALDESA LOCAL RAFAEL URIBE URIBE Firma:	

PAGADO 22/01/2026

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	SANDRA MILENA MUÑOZ NAVARRO				
Documento	CC1031148872	Dirección	CR 12B SUR #32 A - 09		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	2782205		
Tipo Persona	NATURAL	Forma Presentación	ÚNICO	Total, Afiliados	1
Ciudad	BOGOTA D.C.	Departamento	BOGOTA D.C.		
Representante Legal		Identificación			

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades										Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales					Total																														
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RETI	STAF	STAJ	STAB	STAB	STAB	STAB	STAB	STAB	STAB	STAB	STAB	STAB	STAB	STAB	STAB	STAB	STAB	STAB	STAB	STAB	STAB	STAB	STAB	STAB	Total																															
CC 1031148872	MUNOZ NAVARRO SANDRA MILENA	99	00																											\$ 543.400																															
														COLFONDOS			SALUD TOTAL EPS			POSITIVA DE SEGUROS			CAFAM																																						
														\$ 1.750.905			\$ 280.200			SALUD TOTAL EPS			\$ 1.750.905			\$ 218.900			POSITIVA DE SEGUROS			\$ 1.750.905			\$ 9.200			CAFAM			\$ 1.750.905			\$ 35.100			\$ 0			\$ 0			\$ 0			\$ 0			\$ 543.400		

III. TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes FSP	Aportes FSS	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	Incapacidades, Licencias, Saludos	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE	TOTAL INTERESES	TOTAL FINAL
\$ 1.750.905	\$ 1.750.905	\$ 1.750.905	\$ 1.750.905	\$ 280.200	\$ 0	\$ 0	\$ 218.900	\$ 9.200	\$ 35.100	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 543.400	\$ 0	\$ 543.400





¡Hola, Sandra Milena Muñoz!

Estado de la Transacción: **Aprobada** ✓

Los siguientes son los datos de tu transacción:

Valor: \$ 543.400

Empresa: SIMPLE OI

Descripción: Pago de Seguridad Social

Fecha de la transacción: 22/01/2026

CUS: 546497

Gracias por utilizar nuestro servicio.



Ten en cuenta estos tips de seguridad:



Usa dispositivos personales o de confianza para realizar tus pagos.

No abras enlaces sospechosos.

Cambia tus contraseñas con regularidad.

Digita manualmente la URL del portal de tu entidad financiera.

Recuerda que PSE nunca te contactará para solicitarte información personal.



SECRETARÍA DE
GOBIERNO

CERTIFICACIÓN CALIDAD TRIBUTARIA DEL CONTRATISTA

Declaración Juramentada

Número del Contrato 599 de 2025

Yo, SANDRA MILENA MUÑOZ NAVARRO Identificado con cedula de ciudadanía No 1031148872 expedido en la ciudad de Bogotá

INFORMACIÓN PERSONAL	SI	NO
Soy Pensionado		X
Devolución de saldos (No estoy obligado a cotizar pensión)		X
Soy Declarante de Renta año <u>2024</u>		X
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.	X	

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):

DEPURACION CALCULO DE RENTA	SI	NO
¿Soy responsable del Impuesto a las ventas – IVA? (Anexar RUT y certificación de autorización de numeración de facturación electrónica)		X
¿Hago aportes a cuenta AFC – Ahorro de Fomento a la Construcción-? (Anexar soporte de pago de aporte mensual)		X
¿A la fecha hago aportes VOLUNTARIOS a pensión? (Anexar soporte de pago de aporte mensual)		X
¿Aporto certificación de pago de intereses en préstamos de vivienda del año inmediatamente anterior? (Anexar certificación en la primera cuenta)		X



SECRETARÍA DE
GOBIERNO

CERTIFICACIÓN CALIDAD TRIBUTARIA DEL CONTRATISTA

Declaración Juramentada

¿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)		X
¿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)		X

Se expide y firma a los 2 de FEBRERO de 2026

Sandra Milena Muñoz Navarro
C.C. 1031148872 de Bogotá D.C
Correo electrónico: sanmilmuna93@gmail.com



Código: GCO-GCI-F137
Versión: 04
Vigencia: 21 de febrero de 2025
Caso 124431

El cuerpo del formato se elabora de acuerdo con las necesidades de cada proceso

DÍA

02

MES

FEBRERO

AÑO

2026

INFORMACIÓN DILIGENCIADA POR EL CONTRATISTA

CÉDULA N°

UBICACIÓN (PROYECTO-SITIO TRABAJO)**TELÉFONO**

1031148872

planeacion

3228588851

Relacione los datos del dependiente que desea declarar

[illegible]

Marque con una X en el recuadro la (s) solicitud (es) que desea realizar.

Los hijos que tengan hasta 18 años y dependan económicamente de usted.

x

Requisito: Copia auténtica del Registro Civil de Nacimiento, en caso de no estar inscrito.

Los hijos con edad entre 18 y 25 años a los cuales les está financiando su educación superior en instituciones certificadas por el ICFES o la autoridad oficial correspondiente; o programas técnico de educación no formal debidamente acreditados por la autoridad competente.

Requisitos:	Certificado de constancia de estudios del año en curso emitida por la institución de educación superior ó programas de educación no formal el cual debe contener la siguiente información:
*	Nombre del estudiante
*	Nombre o razón Social y NIT de la entidad beneficiaria
*	Copia auténtica del Registro Civil de Nacimiento, en caso de no estar inscrito.

Los hijos con edad mayor a 23 años que se encuentren en situación de dependencia originada en factores físicos ó psicológicos

Requisitos:

- * Copia auténtica del Registro Civil de Nacimiento, en caso de no estar inscrito.
- * Certificado emitido por Ministerio de Salud y Protección Social o la entidad determinada por las normas vigentes.

El cónyuge o compañero (a) permanente del contribuyente que se encuentre en situación de dependencia ya sea por ausencia de ingresos o ingresos menores el año anterior a 260 UVT o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sea certificado por el Instituto Nacional de Medicina Legal.

Requisitos:

- * Copia auténtica del Registro Civil de Matrimonio, en caso de no estar inscrito.
- * Para compañero (a) permanente: Escritura pública de unión marital de hecho o declaración de convivencia ante notario, en caso de no estar inscrito
- * Certificación de Contador Público en la que conste la ausencia de ingresos o ingresos menores en el año a 10 salarios mínimos mensuales vigentes
- * Certificado emitido por el Instituto Nacional de Medicina Legal en caso de dependencia por factores físicos o psicológicos

Los padres y los hermanos del contribuyente que se encuentren en dependencia ya sea por ausencia de ingresos ó ingresos en el año anterior a 260 UVT por dependencia originada en factores físicos ó psicológicos que sea certificado por el Instituto Nacional de Medicina Legal.

Requisito:	
*	Para el caso de los Padres: Copia auténtica del registro civil de nacimiento del trabajador
*	Para el caso de los Hermanos: Copia auténtica del registro civil de nacimiento del trabajador y de sus hermanos donde acrediten el parentesco
*	Certificación de Contador Público y copia de la Tarjeta Profesional en la que conste la ausencia de ingresos ó ingresos menores en el año anterior a 260 UVT
*	Certificado emitido por el Instituto Nacional de Medicina Legal en caso de dependencia por factores físicos ó psicológicos

DECLARACIÓN JURAMENTADA

DECLARO BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO QUE LA ANTERIOR INFORMACIÓN ES VERÍDICA Y PODRÁ SER COMPROBADA POR LA ENTIDAD CUANDO LO CONSIDERE CONVENIENTE. DECLARO QUE

Sandra Muñoz.

FIRMA DEL CONTRATISTA

GUÍA DE DILIGENCIAMIENTO DEL FORMATO DE DEDUCIBLE POR CONCEPTO DE DEPENDIENTES

Para diligenciar el formato tenga en cuenta los siguientes pasos:

FECHA DE SOLICITUD: Registre la fecha de presentación del formato en la versión día, mes, año en la casilla correspondiente

NOMBRE DEL CONTRATATISTA: Registre los nombres y apellidos de la persona que presenta la solicitud.

CÉDULA: Registre el número de cédula de quien presenta la solicitud

UBICACIÓN LABORAL -SITIO DE TRABAJO: Registre el área, dependencia y/o proyecto donde labora

TELÉFONO: Registre el número de teléfono y extensión del área o dependencia donde labora

NOMBRE: Registre el nombre y apellidos completos del familiar que declara como dependiente suyo.

PARENTESCO: Registre el parentesco del familiar que declara como dependiente o no.

EDAD: Registre la edad del familiar que declara como dependiente suyo.

INGRESOS DEL DEPENDIENTE: Registre los ingresos anuales del familiar que declara como dependiente suyo

REQUISITO: De acuerdo con los documentos requisito en cada caso de se debe anexar por una única vez y solo en caso de actualización o cambio en la información deberá allegarlo nuevamente.

FIRMA DEL CONTRATISTA: Registre la firma del contratista que está tramitando la solicitud

REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO

Indicativo 53555548
Serial

NUIP 1.206.215.800

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registradora ☒ Notaria ☐ Número ☐ Consulado ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ Código A B A
País - Departamento - Municipio - Corregimiento o/o Inspección de Policía
REGISTRADURIA DE SAN CRISTOBAL BOGOTA DC - COLOMBIA - CONDINAMARCA

Datos del inscrito
Primer Apellido NIETO Segundo Apellido MUÑOZ
Nombre VALERIE PAULINA
Fecha de nacimiento Año 2012 Mes AGO Día 29 Sexo (en letras) FEMENINO Grupo sanguíneo O Factor RH POSITIVO
Año de nacimiento (Clase - Departamento - Municipio - Corregimiento o/o Inspección de Policía)
COLOMBIA CONDINAMARCA BOGOTA D.C.

Tipo de documento correspondiente a Declaración de testigos
PRESENTACION PERSONAL Y FIRMA DEL FOLIO Número certificado de nacido vivo

Datos de la madre
Apellidos y nombres completos MUÑOZ NAVARRO SANDRA MILENA
Documento de identificación (Clase y número) CC 1.031.148.872 Nacionalidad COLOMBIA

Datos del padre
Apellidos y nombres completos NIETO MORA HUGO ALBERTO
Documento de identificación (Clase y número) CC 1.013.625.344 Nacionalidad COLOMBIA

Datos del declarante
Apellidos y nombres completos NIETO MORA HUGO ALBERTO
Documento de identificación (Clase y número) CC 1.013.625.344

Datos primer testigo
Apellidos y nombres completos
Documento de identificación (Clase y número)

Datos segundo testigo
Apellidos y nombres completos
Documento de identificación (Clase y número)

Fecha de inscripción Año 2013 Mes ABR Día 24
Nombre y firma del funcionario que autoriza JOSE ANDRES MEDINA MONCADA REG.

Reconocimiento paterno
Firma
Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento



REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

ES FIEL COPIA DEL ORIGINAL ART. 1115 DCTO 1260/70 Y ART. 1º DCTO 278/72. SE EXPIDE PARA ACREDITAR PARENTESCO EXENTO DE SELLO (ART. 11 DCTO 2150/95) VALIDEZ PERMANENTE (ART. 1º DCTO 2180/93) BOGOTÁ D.C. LOCALIDAD 04, A LOS

JOSE ANDRES MEDINA MONCADA 24 ABR 2013
REGISTRADOR AUXILIAR DE SAN CRISTOBAL LOC. 4

REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO

Indicativo 53648941
Serial

NUIP 1.144.725.581

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registradora ☒ Notaria ☐ Número ☐ Consulado ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ Código D U Y
País - Departamento - Municipio - Corregimiento o/o Inspección de Policía
REGISTRADURIA DE GRANADA H.D. DE GRANADA - COLOMBIA - META - GRANADA

Datos del inscrito
Primer Apellido NIETO Segundo Apellido MUÑOZ
Nombre NICOL DAHIAN
Fecha de nacimiento Año 2013 Mes JUN Día 03 Sexo (en letras) FEMENINO Grupo sanguíneo O Factor RH POSITIVO
Año de nacimiento (Clase - Departamento - Municipio - Corregimiento o/o Inspección de Policía)
COLOMBIA META GRANADA

Tipo de documento correspondiente a Declaración de testigos
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO Número certificado de nacido vivo 526814267

Datos de la madre
Apellidos y nombres completos MUÑOZ NAVARRO SANDRA MILENA
Documento de identificación (Clase y número) CC 1.031.148.872 Nacionalidad COLOMBIA

Datos del padre
Apellidos y nombres completos NIETO MORA HUGO ALBERTO
Documento de identificación (Clase y número) CC 1.013.625.344 Nacionalidad COLOMBIA

Datos del declarante
Apellidos y nombres completos NIETO MORA HUGO ALBERTO
Documento de identificación (Clase y número) CC 1.013.625.344

Datos primer testigo
Apellidos y nombres completos
Documento de identificación (Clase y número)

Datos segundo testigo
Apellidos y nombres completos
Documento de identificación (Clase y número)

Fecha de inscripción Año 2015 Mes JUN Día 04
Nombre y firma del funcionario que autoriza CLAUDIA MILENA FORERO E REGISTR

Reconocimiento paterno
Firma
Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

EL REGISTRADOR DEL ESTADO CIVIL
DE GRANADA META
CERTIFICA

ESPACIO PARA NOTAS

Que la presente fotocopia es fiel copia tomada
Fecha de expedición 24 JUN 2015

Claudia Milena Forero E
R. Forero E

24 JUN 2015

Bogotá D. C.,

Señores:

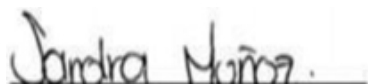
FONDO DE DESARROLLO LOCAL RAFAEL URIBE URIBE

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

Yo, SANDRA MILENA MUÑOZ NAVARRO, identificado(a) con cédula de ciudadanía número 1031148872 de Bogotá, me permito informar que actualmente SI_NQ_x, me encuentro ejecutando contratos de prestación de servicios profesionales o de apoyo a la gestión, con otras entidades estatales.

No.	ENTIDAD PÚBLICA	NÚMERO DE CONTRATO	PLAZO DE EJECUCIÓN	VALOR TOTAL CONTRATO	FECHA DE INICIO EJECUCIÓN (DD/MM/AAAA)	FECHA DE TERMINACIÓN (DD/MM/AAAA)
1						
2						
3						
4						
5						

El presente documento se diligencia y firma bajo gravedad de juramento, El 2 de FEBRERO de 2026.



Sandra Milena Muñoz Navarro
C.C. 1031148872 de Bogotá D.C
Correo electrónico: sanmilmuna93@gmail.com

Bogotá, D. C. 02 de FEBRERO de 2026

CONSTANCIA

Yo, **SANDRA MILENA MUÑOZ NAVARRO**, habiendo suscrito contrato No. **599** de **2025** con el Fondo de Desarrollo Local Rafael Uribe Uribe, manifiesto haber cumplido a cabalidad con los asuntos que me fueron encargados con ocasión a las obligaciones contractuales.

Asimismo, dejo constancia de lo siguiente:

1. Que a la fecha no registro ningún asunto pendiente de trámite en el aplicativo Orfeo (si aplica).
Nota: De tener Orfeos pendientes no deben ser superiores a 10 días, o si su vencimiento es inferior (10 días) no estar por fuera del término establecido).
2. Que todas las peticiones y/o solicitudes a mi designadas, fueron tramitadas en su oportunidad y dentro de términos de ley.
3. Que no he creado carpetas personales en el ORFEO para realizar traslados de PQRSD para su archivo sin gestión o posterior trámite; como tampoco se han traslado a la bandeja de otro(s) usuario(s) del Fondo Local de Rafael Uribe Uribe.
4. Que no quedó pendiente de trámite ninguna solicitud asignada a mí.

Por lo anterior, suscribo la presente.

The screenshot shows the Orfeo application interface. The top header includes the Orfeo logo and navigation links: AYUDA, INFO, CREDITOS, CONTRASEÑA, ESTADISTICAS, and CERRAR. The main content area displays a search form with the following fields:

LISTADO DE:	USUARIO:	DEPENDENCIA:
Entrada	SANDRA MILENA MUÑOZ NAVARRO	Area de Gestion de Desarrollo Local Rafael Uribe Uribe

Below the search bar, there is a message: "NO SE ENCUENTRAN RADICADOS CON LOS DATOS DE BUSQUEDA DIGITADOS." and a "BUSCAR" button.

Sandra Muñoz

Sandra Milena Muñoz Navarro
C.C. 1031148872 de Bogotá D.C
Correo electrónico: sanmilmuna93@gmail.com

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

☐ Porcentaje ☐ Recepción de artículos

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? ☐ Si ☒ No

Id de pago	Número de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor total de la factura	Estado	
Pago 001	20254214261952	24 días de tiempo transcurrido (29/12/2025 11:56:00 AM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)	24 días de tiempo transcurrido (29/12/2025 12:00:00 PM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)	2.940.000 pesos	Aceptada	Detalle

Crear

Documentos de ejecución del contrato

Descripción	Nombre del archivo	Cargado por
<input type="checkbox"/> Formato PSM_CRP5000961432 (1).pdf	Formato PSM_CRP5000961432 (1).pdf	Comprador Descargar Detalle
<input type="checkbox"/> SANDRA MILENA MUÑOZ NAVARRO CPS-599-2025.pdf	SANDRA MILENA MUÑOZ NAVARRO CPS-599-2025.pdf	Comprador Descargar Detalle
<input type="checkbox"/> ACTA DE INICIO 599 DE 2025 (1).pdf	ACTA DE INICIO 599 DE 2025 (1).pdf	Comprador Descargar Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >



EVIDENCIA DE REUNIÓN

Código: GDI-GPD-F029
Versión: 6
Vigencia: 21 de agosto de 2024
Caso HOLA: 70103

[illegible]

DESARROLLO Y CONCLUSIONES DE LA REUNIÓN:

Informe de actividades final 10 de DICIEMBRE de 2025 al 09 de ENERO de 2026

Obligación 1: Durante el periodo contractual se realizo actividades de apoyo en la formulación y ejecución de los proyectos de inversión del Fondo de Desarrollo Local de Rafael Uribe Uribe.
Obligación 2: Se realizó actas de reuniones de los diferentes, proyectos y de equipo, comunicaciones internes y externas, registro de información en los aplicativos y/o herramientas del nivel central, Alcaldía Local.
Obligación 3: Se apoya y mantiene actualizadas las carpetas físicas del archivo de los proyectos y expedientes magnéticos con la información de los contratos según cada profesional
Obligación 4: Durante el periodo del contrato se apoya y/o asiste a las diferentes actividades consagradas en cada uno de los poryectos, reuniones presenciales y/o virtuales, capacitaciones entre otros que existan dentro de los Proyectos de Inversión del Fondo de Desarrollo Local de Rafael Uribe Uribe.
Obligación 5: se presentaron los 2 informes mensuales como elemento de evidencia y entrega de documentos que se originaron en el marco del cumplimiento del objeto y obligaciones contractuales.
Obligación 6: En el proceso contractual se realizó la atencion y orientacion a la ciudadanía en la oficina de planeacion de lunes a viernes de 8:00 am a 5:00 pm durante el tiempo que duro el contrato.

SECRETARIA DISTRITAL DE GOBIERNO - ALCALDIA LOCAL DE RAFAEL URIBE URIBE

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS 599-2025

Yo DIANA CAROLINA SÁNCHEZ CASTILLO en calidad de supervisor(a) del contrato No. 599-2025 suscrito entre el **FONDO DE DESARROLLO LOCAL DE RAFAEL URIBE URIBE y SANDRA MILENA MUÑOZ NAVARRO** identificado(a) con el número de documento 1031148872 certifico que el(la) contratista cumplió con las obligaciones pactadas en dicho contrato, de acuerdo con el informe 2 presentado para el período comprendido entre el 1 de ENERO al 9 de ENERO 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
\$ 1.260.000

En constancia se firma a los 2 de FEBRERO de 2026

Apoyo a la supervisión,

Supervisor,

FREDDY ALBERTO MARQUEZ ARIAS
C.C. No 13.275.913 de Cucuta
Apoyo a la supervisión

DIANA CAROLINA SÁNCHEZ CASTILLO
C.C No 52.883.374 de Bogotá
Alcaldesa Local de Rafael Uribe Uribe