

FORMATO CAUSACIÓN CONTABLE

FONDO DE DESARROLLO LOCAL RAFAEL URIBE URIBE

ART 383

CONTRATO No. Prestacion de Servicios 599-2025 **FECHA:** 3/02/2026

CONTRATISTA: SANDRA MILENA MUÑOZ NAVARRO **NIT. o C.C.** 1031148872

PERIODO: Del 1/01/2026 Al 9/01/2026

PAGO No. 2 Documento No. Cuenta cobro 2

Responsable IVA **Pensionado** **Dependientes** **Declarante de renta**

PAGO	CUENTA CONTABLE CGN	CUENTA CONTABLE SDH	BASE	%	VALOR
VALOR BRUTO	51118001	5111809000			1.260.000
Retefuente Honorarios			-	0,00%	0
Retefuente Servicios			-	0,00%	0
Retefuente Rentas de Trabajo	24361502	2436150201	835.297	0,00%	0
Retefuente Compras					
Retefuente C.O.P					
Reteiva	243627		-	0,00%	0
Reteica	243627	2436270100	1.113.729	0,966%	10.759
Contribución Especial					
Amortización Anticipos					
Otros Ajustes de Reten.					0
TOTAL DESCUENTOS					10.759
NETO A PAGAR	240101	2401010100			1.249.241



LUISA FERNANDA GUZMAN MARTINEZ
Contador (E) F.D.L RUU

Elaboró: Nicolas Moreno Contratista FDLRUU

PLANILLA MES DEL INGRESO DICIEMBRE

Aprobó:

Objeto del Contrato:

PRESTAR SERVICIOS DE APOYO TECNICO PARA APOYAR LA FORMULACION, EJECUCION Y SEGUIMIENTO DE LOS PROYECTOS DE INVERSION QUE FORMAN PARTE DEL PLAN DE DESARROLLO LOCAL DE LA LOCALIDAD DE RAFAEL URIBE URIBE

Rubro Presupuesta: **O230117459920242775**

OBSERVACIONES:

Se liquida según Certificado de Cumplimiento suscrito por el Supervisor y Supervisor de apoyo, autorización expresa del Ordenador del Gasto (Alcalde Local) y cuenta radicada en el aplicativo Orfeo, remitida por el Profesional Especializado 222-24 de área de Gestión Administrativa y Financiera.

Base para pago de salud, pensión y ARL	504.000
Aporte obligatorio para salud - 12,5%	63.000
Aporte obligatorio para pensión - 16% (+) FSP	80.640
Aporte obligatorio ARL	2.631
TOTAL APORTES SALUD Y PENSIÓN	146.271

**PRESENTACIÓN INFORME DE ACTIVIDADES
Y ANEXOS**

Bogotá D.C 02 de febrero de 2026

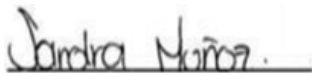
Doctora
DIANA CAROLINA SÁNCHEZ CASTILLO
ALCALDESA LOCAL RAFAEL URIBE URIBE
CALLE 32 SUR 23 62
Ciudad

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. 1078998209- 1079005936 correspondiente al mes de DICIEMBRE 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: DICIEMBRE

Numero de planilla: [1078998209](#)

CONCEPTO	ENTIDAD	VALOR APORTE
ARL (Riesgos Profesionales)	POSITIVA	\$ 8.800
EPS (Aporte Salud Obligatoria)	SALUD TOTAL	\$ 210.000
AFP(AportesPensionesObligatorias)	COLFONDOS	\$ 268.800

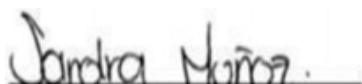
Mes de aporte: ENERO

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, SUSPENSIÓN 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.

INFORME DE ACTIVIDADES

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
<p>Se realiza atención y orientación a la ciudadanía en la oficina de planeación, los días:</p> <p>Actividad 1: ENERO 2026 Hora : 8:00 am a 4:00 pm</p>	<p>Actividad 1: Como medio de verificación se cuenta con cronograma que sustenta la actividad</p>

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			
<p>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.</p>		CONTRATISTA	
		<p>Firma: </p> <p>Nombre: SANDRA MIELNA MUÑOZ NAVARRO Cédula: 1031148872</p>	
<p>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.</p>		VISTO BUENO	
		<p>Nombre: FREDDY ALBERTO ARIAS MARQUEZ Cargo:</p> <p>Firma: </p>	
		<p>APOYO A LA SUPERVISION (CUANDO APLIQUE)</p> <p>Nombre: DIANA CAROLINA SÁNCHEZ CASTILLO Cargo: ALCALDESALOCAL RAFAEL URIBE URIBE</p> <p>Firma: </p>	



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>2025</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 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):

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 párrafo 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

SOLICITUD DE DEDUCCIÓN DE LA BASE DE LA RETENCIÓN EN LA FUENTE POR CONCEPTO DE DEPENDIENTES

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

Con la presente me permito solicitar la aplicación de la deducción mensual del 10% del total de mis ingresos brutos provenientes del CONTRATO de Prestación de Servicios N° 599-2025, que suscribí con la ALCALDIA LOCAL DE RAFAEL URIBE URIBE, teniendo en cuenta que bajo la gravedad de juramento, CERTIFICO que la persona(s) que relaciono a continuación dependen de mí económicamente, situación que me otorga el derecho a tomar la deducción mencionada hasta un máximo de 32 UVT mensuales, en concordancia con la ley 2277 de 2022 y Art 388 del Estatuto Tributario; artículos 1.2.4.1.6 Decreto 1625 de 2016 y artículo 1.2.4.1.18 del Decreto 1625 de 2016 modificado por el artículo 9 del Decreto 2250 de 2017).

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

FECHA DE SOLICITUD DÍA 02 MES FEBRERO AÑO 2026

INFORMACIÓN DILIGENCIADA POR EL CONTRATISTA

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONTRATISTA	CÉDULA N°	UBICACIÓN (PROYECTO-SITIO TRABAJO)	TELÉFONO
SANDRA MILENA MUÑOZ NAVARRO	1031148872	planeacion	3228588851

RECUERDE: La deducción de la base de retención en la fuente por concepto de dependientes, no podrá ser solicitada por más de un contribuyente en relación con un mismo dependiente y su vigencia será hasta el 31 de diciembre de cada año.

Relacione los datos del dependiente que desea declarar

NOMBRES Y APELLIDOS	PARENTESCO	EDAD	INGRESOS DEL DEPENDIENTE
VALERIE PAULINA NIETO MUÑOZ	hija	13	0
NICOL DAHAN NIETO MUÑOZ	hija	10	0

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.

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 o 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 o 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.

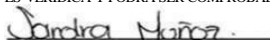
Requisitos:
 * Copia auténtica del Registro Civil de Matrimonio, en caso de no estar inscrito.
 * Para compañero (a) permanente: Escritura pública de unión marital de hecho o declaración de convivencia ante notario, en caso de no estar inscrito
 * Certificación de Contador Público en la que conste la 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 o ingresos en el año anterior a 260 UVT por dependencia originada en factores físicos o 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 o 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 o psicológicos

DECLARACIÓN JURAMENTADA

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



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 CONTRATISTA: 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 suyo

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 requerido en cada caso de se debe anexar por una única vez y solo en caso de actualización o cambio en la información deberá allegar nuevamente

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

REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 53555548

NUIP 1.206.215.800

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina
 Registraduría Notaría Número Consulado Corregimiento Inspección de Policía Código A B A

REGISTRADURIA DE SAN CRISTOBAL BOGOTA DC - COLOMBIA - CUNDINAMARCA

Datos del inscrito
 Primer Apellido: NIETO
 Segundo Apellido: MUÑOZ
 Nombre: VALERIE PAULINA
 Fecha de nacimiento: Año 2012 Mes AGO Día 29 Sexo (en interés): FEMENINO
 Grupo sanguíneo: O Factor Rh: POSITIVO
 Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento o/o Inspección): COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOTA D.C.

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): _____
 Firma: _____

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

Fecha de inscripción
 Año 2013 Mes ABR Día 24

Nombre y firma del funcionario que autoriza
 JOSE ANDRES MEDINA MONCADA. REG.
 Nombre y firma: _____

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 2180/83) BOGOTÁ D.C. LOCALIDAD 04. A LOS

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

REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 53648941

NUIP 1.144.725.581

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina
 Registraduría Notaría Número Consulado Corregimiento Inspección de Policía Código D U Y

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 2015 Mes JUN Día 03 Sexo (en interés): FEMENINO
 Grupo sanguíneo: O Factor Rh: POSITIVO
 Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento o/o Inspección): COLOMBIA META GRANADA

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): _____
 Firma: _____

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

Fecha de inscripción
 Año 2015 Mes JUN Día 04

Nombre y firma del funcionario que autoriza
 CLAUDIA MILENA FORERO E - REGISTR
 Nombre y firma: _____

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

Quié le presentó fotocopia es fiel copia tomada: _____
 Fecha de expedición: 24 JUN 2015

Claudia Milena Forero E
 [Firma]

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 web application interface. The header includes the Orfeo logo, the text 'Version Nueva', and navigation links for Ayuda, Info, Creditos, Contraseña, Estadísticas, and Cerrar. The main content area displays a search form with the following fields: LISTADO DE: Entrada, USUARIO: SANDRA MILENA MUNOZ NAVARRO, and DEPENDENCIA: 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.' The left sidebar contains a navigation menu with options like Mis Consultas, Solicitar Anulación, RADICACION, Mis Oficios, Mis Memorandos, and CARPETAS. The bottom left corner features the logo of the Alcaldía Mayor de Bogotá D.C. and the text 'Alcaldía Mayor de Bogotá D.C. Secretaría de Gobierno'.

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? Sí 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 >

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

Supervisor,



FREDDY ALBERTO MARQUEZ ARIAS
C.C. No 13.275.913 de Cucuta



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



SECRETARÍA DE
GOBIERNO

CONTROL DE RETIRO

Código GCO-GCI-F102
Versión: 4
Vigencia 15 septiembre de
2021
Caso HOLA: 189189

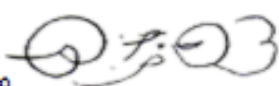


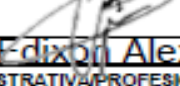
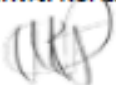
LA ALCALDÍA LOCAL DE RAFAEL URIBE URIBE
CERTIFICA QUE:

Fecha: _____ 19/01/2026 Desarrollo Local Rafael Uribe Uribe
El(la) señor(a): _____ Sandra Milena Muñoz Navarro
Identificado(a) con la cédula de ciudadanía No.: _____ 1031148872 de: Bogotá
Correo Personal : Sanmilmuna93@gmail.com Celular : _____ 322 858 8851
Dirección para notificación (puede ser el correo personal): _____ Sanmilmuna93@gmail.com

INFORMACIÓN DEL CONTRATO			
Contrato No.	599	2025	Proyecto No. 2775
Desde:	10/12/2025	Hasta:	9/01/2026

MOTIVACIÓN DE LA SOLICITUD			
<input checked="" type="radio"/> Terminación de contrato	<input type="radio"/> Cesión de contrato	Otro:	terminación unilateral

¿POSEE CUENTA DE CORREO INSTITUCIONAL? SI _____ NO _____ CUAL? _____

DIRECCIÓN DE TECNOLOGÍA E INFORMACIÓN O PROFESIONAL ALCALDIA LOCAL	
MESA DE SERVICIOS O PROFESIONAL ALCALDIA LOCAL  Verificado Nombre: Carlos Barrera A.	Observaciones ENTREGA EQUIPO DE COMPUTO: No tiene equipos a cargo BANDEJA DE SIPSE SIN PROCESOS PENDIENTES:
APLICATIVO DE GESTIÓN DOCUMENTAL O PROFESIONAL ALCALDIA LOCAL  Supervisor Orfeo	Observaciones A la fecha las bandejas del aplicativo de gestión documental se encuentran vacías
DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA/ÁREA DE GESTIÓN DEL DESARROLLO-ADMINISTRATIVA Y FINANCIERO	
ÁREA DE INVENTARIOS/ PROFESIONAL ALCALDIA LOCAL  Verificado Nombre: Edixon Alexander Tovar Pinzón	Observaciones No tiene elementos a cargo
ÁREA INVENTARIOS/ PROFESIONAL NIVEL CENTRAL  Verificado Nombre: Edixon Alexander Tovar Pinzón	Observaciones No tiene elementos a cargo
ADMINISTRATIVA/PROFESIONAL ALCALDIA LOCAL Carné  Verificado Nombre: Johanna Rubiano	Observaciones No cuenta con carné institucional físico.
GESTIÓN DOCUMENTAL/PROFESIONAL ALCALDIA LOCAL Edilson Velandía Verificado Nombre: _____	Observaciones SERIE CONTRATOS: Sin expedientes en préstamo Ley 884 de 2000 Ley General de Archivo Título IV Artículo 16