BOGOTÁ | SECRETARÍA DE GOBIERNO

FORMATO CAUSACIÓN CONTABLE

Código: GCO-GCI-F148
Versión: 03
Vigencia: 21 de diciembre de 2022
Caso HOLA: 282943

FONDO DE DESARROLLO LOCAL RAFAEL URIBE URIBE

ART 383 ☑

CONTRATO No.	PRESTACION DE SERVICIOS		594-2024	**FECHA:**	**4/12/2024**
CONTRATISTA:	OLGA MILENA OSPINA MONSALVE			**NIT. o C.C.**	43.997.810
PERIODO:	**Del**	**15/11/2024**	**Al**	**30/11/2024**	
PAGO No.	**1**		Documento No.	Cuenta cobro	**1**

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

PAGO	CUENTA CONTABLE CGN	CUENTA CONTABLE SDH	BASE	%	VALOR
VALOR BRUTO	51117901	5111790317			**3.168.000**
Retefuente Arrendamientos			-	0,00%	**0**
Retefuente Servicios			-	0,00%	**0**
Retefuente Rentas de Trabajo	24361502	**2436150201**	1.862.286	0,00%	**0**
Retefuente Compras					
Retefuente C.O.P					
Reteiva	243625	**2436250100**	-	15,00%	**0**
Reteica	**243627**	**2436270100**	2.799.848	0,966%	**27.047**
Contribución Especial					
Amortización Anticipos					
Otros Ajustes de Reten.					**0**
TOTAL DESCUENTOS					**27.047**
NETO A PAGAR	**240101**	**2401010100**			**3.140.953**

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

Elaboró: Nicolas Moreno - Profesional de apoyo FDLRUU
Aprobó:

PLANILLA MES DEL INGRESO ☑ NOVIEMBRE

Objeto del Contrato:

PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES EN EL AREA DE GESTION DE DESARROLLO LOCAL PARA APOYAR LA FORMULACION, EJECUCIÓN Y SEGUIMIENTO DE LOS PROYECTOS DE INVERSIÓN EN EL MARCO DEL CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE DESARROLLO LOCAL DE LA ALCALDÍA LOCAL DE RAFAEL URIBE URIBE 2021-2024

Rubro Presupuesta: **O230116055700000001697**

OBSERVACIONES:

Se liquida según la certificación de cumplimiento del supervisor y el apoyo a la supervisión, de acuerdo con autorización del ordenador del gasto con memorando No. 20246820025233 de fecha 2/12/2024 y cuenta radicada en aplicativo ORFEO remitida por la Profesional Especializada 222 grado 24 Area de Gestión Adminsitrativa y Financiera.

Base para pago de salud, pensión y ARL	1.267.200
Aporte obligatorio para salud - 12,5%	158.400
Aporte obligatorio para pensión - 16% (+) FSP	202.752
Aporte obligatorio ARL	7.000
TOTAL APORTES SALUD Y PENSIÓN	368.152

Bogotá D.C 02 DIC 2024

Doctora:
DIANA CAROLINA SÁNCHEZ CASTILLO
Alcaldesa Local de Rafael Uribe Uribe
Calle 32 Sur No. 23 - 62
Ciudad

Asunto: **Pago No. 1 – CPS No. 594 de 2024**

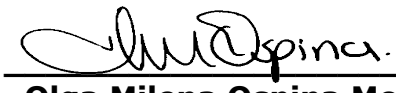
Respetada Doctora:

Por medio de la presente remito el informe del Contrato de Prestación de Servicios No. 594 de 2024 para trámite de pago:

Periodo comprendido entre: EL 15 DE NOVIEMBRE HASTA EL 30 DE NOVIEMBRE DEL 2024

1. Cuenta de cobro
2. Informe de Actividades.
3. Aportes Parafiscales del mes de noviembre de 2024
4. Soporte de pago seguridad social.
5. Certificación Tributaria mensual.
6. Acta de Inicio
7. Clausulado
8. Certificación Bancaria
9. Rut
10. Rit
11. Declaración Juramentada de Otros contratos
12. Formulario Declaración del estado de Otros Contratos
13. Pantallazo de encuesta

Agradezco su amable atención y colaboración.



Olga Milena Ospina Monsalve
CC N° 43.997.810 de Bogotá
Cr 77 Nro 20 53 APTO 906
320 419 46 08
Nanayospina27@hotmail.com

Bogotá D.C 02 DIC 2024

Cuenta de Cobro No 01

FONDO DE DESARROLLO LOCAL DE RAFAEL URIBE URIBE
NIT. 899.999.061-9

DEBE A:
Olga Milena Ospina Monsalve
C.C. 43.997.810

LA SUMA DE: Tres Millones Ciento sesenta y ocho mil pesos ($3.168.000) M/C.

POR CONCEPTO DE: Pago correspondiente del contrato de Prestación de Servicios No. 594 de 2024, del periodo comprendido entre el 15 de noviembre al 30 de noviembre del 2024.

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: **Noviembre** Numero de planilla:81686460

CONCEPTO	ENTIDAD	VALOR APORTE
ARL (Riesgos Profesionales)	POSITIVA	$ 10.200
EPS (Aporte Salud Obligatoria)	NOMBRE	$ 243.000
AFP (Aportes Pensiones Obligatorias)	NOMBRE	$ 311.000

Favor Consignar a: CUENTA DE AHORRO No 009400837408 del Banco Davivienda

Atentamente,



Olga Milena Ospina Monsalve
CC N° 43.997.810 de Bogotá
Cr 77 Nro 20 53 APTO 906
320 419 46 08
Nanayospina27@hotmail.com
06 de Marzo de 1984

Bogotá D.C 02 DIC 2024

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICADO

BOGOTA D.C., **20/11/2024**
DISTRITO
CAPITAL,
COLOMBIA,
A quién interese

Por medio de la presente hacemos constar que **el señor OLGA MILENA OSPINA MONSALVE** con **Cédula de Ciudadanía** número **43997810**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS

Número	**009400837408**
Fecha de apertura	**17/11/2017**

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141140507418

(415)7707212489984(8020) 000014114050741 8

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
4 3 9 9 7 8 1 0	4	Impuestos de Bogotá 3 2	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	4 3 9 9 7 8 1 0	

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Antioquia 0 5	Medellín 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
OSPINA	MONSALVE	OLGA	MILENA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

41. Dirección principal: CR 77 20 53

42. Correo electrónico: nanyospina27@hotmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 2 0 4 1 9 4 6 0 8	

CLASIFICACIÓN

Actividad económica				Ocupación	
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 2 9 9	2 0 1 3 0 1 1 7	7 4 9 0	2 0 2 0 1 2 1 5					

Responsabilidades, Calidades y Atributos

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código	4	9																								

49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54. Código										
	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores					
55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
		57. Modo			
		58. CPC			

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2024 - 10 - 29 / 18 : 46: 41

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre OSPINA MONSALVE OLGA MILENA

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
HACIENDA
Secretaría de Hacienda

DIRECCIÓN DE IMPUESTOS DE BOGOTÁ
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT
INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

Fecha:29/10/2024

CONTRIBUYENTE	C.C. 43997810	OLGA MILENA OSPINA MONSALVE

INFORMACIÓN BÁSICA

Dirección: KR 77 20 53 Teléfonos: 3204194608

Dirección electrónica: nanyospina27@hotmail.com Ciudad: BOGOTÁ DC Municipio: BOGOTÁ, D.C.

Fecha de Inscripción: 28/02/2018 Soporte Inscripción: -

PERFIL TRIBUTARIO

Naturaleza Jurídica: PERSONA NATURAL Régimen tributario: PREFERENCIAL ICA Fecha desde: 29/10/2024

Matrícula Mercantil:NO Fecha inicio de Actividades: 22/05/2012 Fecha de cese de Actividades: NO No. Establecimientos: 0

Actividad 1: 8299 - Otras actividades de servicio de apoyo a las empresas n.c.p.

Actividad 2: 74902 - Otras actividades profesionales, científicas y técnicas n.c.p. en el ejercicio de una profesión liberal

Actividad 3:

Actividad 4:

Actividad 5:

ESTABLECIMIENTOS ACTIVOS

REPRESENTANTES ACTIVOS

Señor Contribuyente: Esta es la información suministrada por usted y registrada en la Secretaria de Hacienda Distrital.

Fuente: RIT-SHD

ALCALDÍA DE RAFAEL URIBE URIBE

ACTA DE INICIO

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS No 594 de 2024

CONTRATISTA: OSPINA MONSALVE OLGA MILENA

OBJETO: PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES EN EL AREA DE GESTION DE DESARROLLO LOCAL PARA APOYAR LA FORMULACION, EJECUCIÓN Y SEGUIMIENTO DE LOS PROYECTOS DE INVERSIÓN EN EL MARCO DEL CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE DESARROLLO LOCAL DE LA ALCALDÍA LOCAL DE RAFAEL URIBE URIBE 2021-2024

VALOR: $ 14.850.000,00

PLAZO: 2 mes(es), 15 día(s)

El día 15 de NOV de 2024 se reunieron OSPINA MONSALVE OLGA MILENA , mayor de edad, con C.C. No 43997810, en calidad de contratista, y el(la) doctor(a) DIANA CAROLINA SANCHEZ CASTILLO, en calidad de supervisor(a) del CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS No 594 de 2024, con el fin de iniciar el contrato.

Para constancia se firma por quienes intervinieron,

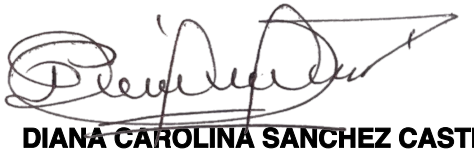
Contratista,



OSPINA MONSALVE OLGA MILENA

C.C. No 43997810

Por la ALCALDÍA DE RAFAEL URIBE URIBE,



DIANA CAROLINA SANCHEZ CASTILLO

DESPACHO ALCALDIA LOCAL - SUPERVISOR

ALCALDÍA LOCAL DE RAFAEL URIBE URIBE

INFORME **MENSUAL** DE ACTIVIDADES No 1 PERÍODO 15 NOV AL 30 NOV DE 2024	
DATOS BÁSICOS DEL CONTRATO	
TIPO DE CONTRATO	Prestacion de Servicios
No. CONTRATO Y FECHA	594 del 2024 Fecha de suscripción 06 de noviembre de 2024
NOMBRE DEL CONTRATISTA	Olga Milena Ospina Monsalve
TIPO (C.C-NIT) Y NO. DE IDENTIFICACIÓN	43.997.810 de Medellín
PLAZO DE EJECUCIÓN	2 (MESES), 15 (DIAS)
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	14.850.000
VALOR DEL PERIODO DE COBRO	3.168.000
No. DEL PROYECTO (IMPUTACIÓN PRESUPUESTAL)	023011605570000001697
FECHA ACTA DE INICIO	15 de noviembre de 2024
PRÓRROGA[1]	N/A
ADICIÓN	N/A
SUSPENSIÓN	N/A
FECHA PREVISTA DE TERMINACIÓN (INCLUYENDO PRÓRROGAS Y SUSPENSIONES)	29 de enero del 2025
OBJETO DEL CONTRATO	**PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES EN EL AREA DE GESTION DE DESARROLLO LOCAL PARA APOYAR LA FORMULACION, EJECUCIÓN Y SEGUIMIENTO DE LOS PROYECTOS DE INVERSIÓN EN EL MARCO DEL CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE DESARROLLO LOCAL DE LA ALCALDÍA LOCAL DE RAFAEL URIBE URIBE 2021-2024**

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

ALCALDÍA LOCAL DE RAFAEL URIBE URIBE

OBLIGACIONES ESPECIFICAS	ACTIVIDAD	PRODUCTOS	MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL
1.Elaborar diagnósticos/ documentos y/o informes entre otros relacionados con los Proyectos de Inversión y temas que se relaciones con el Plan de Desarrollo Local de Rafael Uribe Uribe requeridos por el Alcalde local de Rafael Urie Uribe dando estricto cumplimiento al plazo requerido	Para el mes de noviembre no se requirió desarrollar esta actividad	Para el mes de noviembre no se requirió desarrollar esta actividad	N/A
2. Realizar el seguimiento a la ejecución de los recursos y metas del Plan de Desarrollo Local y/o Proyectos de inversión asignados por el supervisor (a) del Fondo de Desarrollo Rafael Uribe Uribe para lo cual deberá presentar mensualmente informes de gestión	Para el dia 19 de Noviembre de 2024 se realizo una reunion donde se llevo a cabo el seguimiento de los proyectos asignados a cada profesional en mi caso esta asignado dos proyectos los cuales son: 8460 2024 Ingreso Minimo Garantizado 1647 2024 Filarmonica de Bogota Se establecieron compromisos, metodologia de seguimiento y lineamientos.	1 Acta de reunion 1 Base de datos .	1 ARCHIVO pdf 1 Archivo Excel
3. Elaborar los estudios previos, anexos técnicos, estudio del sector, matriz de riesgos, estudio de mercado entre otros en su parte técnica durante la fase precontractual de los procesos derivados de (los) Proyectos de Inversión donde sea designado por el supervisor (a) del Fondo de Desarrollo Rafael Uribe Uribe	Para el mes de noviembre no se asigno proyectos que requieran desarroyar los productos mencionados en la obligacion.	Para el mes de noviembre no se asigno proyectos que requieran desarroyar los productos mencionados en la obligacion	N/A
4. Verificar, calificar y evaluar técnicamente las propuestas para los	Para el mes de noviembre no se requirió desarrollar esta actividad	Para el mes de noviembre no se requirió desarrollar esta actividad	N/A

ALCALDÍA LOCAL DE RAFAEL URIBE URIBE

OBLIGACIONES ESPECIFICAS	ACTIVIDAD	PRODUCTOS	MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL
procesos de contratación que le sean asignados por el supervisor (a) del contrato			
5. Participar en las reuniones, citaciones de la junta de administración Local, comités de contratación, comités técnicos de seguimiento, reuniones, actividades de la administración local, distrital, capacitaciones, entre otros donde sea designado (a) por el supervisor del contrato.	Se tiene programada reunion de seguimiento con la FILARMONICA BOGOTA para el dia 22 de noviembre a las 9:00 am con el fin de contextualizar los avances de ejecucion del contrato Envio por parte de la filarminica todos los documentos referentes al contrato.	1 Correo electronico 1 Correo Electronico	2 archivos pdf
6. Elaborar las respuestas a las solicitudes y/o requerimientos de diferente índole que por competencia le sean asignados por el supervisor (a) del contrato dando cumplimiento estricto a los tiempos que exige la norma	Para este mes fui enlace con Secretaria de Integracion Social para tramitar las firmas y revision del documento de la reunion que se llevo a cabo con la finalidad de socializar el proyecto 8460 2024	1 correo de trazabilidad 1 Acta de Reunion	2 archivos pdf
7.Realizar el seguimiento técnico, administrativo, financiero y contable de los procesos contractuales donde sea designado como apoyo a la supervisión en el marco de lo previsto en	Para el mes de noviembre no se requirió desarrollar esta actividad	Para el mes de noviembre no se requirió desarrollar esta actividad	N/A

ALCALDÍA LOCAL DE RAFAEL URIBE URIBE

OBLIGACIONES ESPECIFICAS	ACTIVIDAD	PRODUCTOS	MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL
el manual de supervisión de la Secretaría Distrital de Gobierno			
8. Entregar, mensualmente informe de actividades, adjuntando las evidencias que soportan la ejecución de las obligaciones específicas	Para el mes de noviembre no se requirió desarrollar esta actividad	Para el mes de noviembre no se requirió desarrollar esta actividad	N/A
9. Apoyar las demás actividades que se generen en la ejecución del contrato y que le sean asignadas por el	En el mes de noviembre no me fue asignada alguna otra obligación a las ya descritas en el informe de actividades	En el mes de noviembre no me fue asignada alguna otra obligación a las ya	N/A

ALCALDÍA LOCAL DE RAFAEL URIBE URIBE

OBLIGACIONES ESPECIFICAS	ACTIVIDAD	PRODUCTOS	MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL
alcalde Local y/o el supervisor (a) del contrato y que surjan de la Naturaleza del Contrato.		descritas en el informe de actividades	

INFORMACIÓN ADICIONAL			
APORTES DE SEGURIDAD SOCIAL:	**NOMBRE DE LA EMPRESA EN DONDE SE APORTA PAGO DE SALUD**	**NOMBRE DE LA EMPRESA EN DONDE SE APORTA PAGO DE ARL**	**NOMBRE DE LA EMPRESA EN DONDE SE APORTA PENSIÓN**
	COMPENSAR	**POSITIVA**	**PROTECCION**

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 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.	**CONTRATISTA** **Firma:** **Nombre: Olga Milena Ospina Monsalve** **Cédula: 43.997.810**
DECLARACIÓN DEL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR: 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.	**SUPERVISOR/INTERVENTOR** **Nombre: Diana Carolina Sánchez Castillo** **Cargo: alcaldesa Local de Rafael Uribe Uribe** **Firma:** **APOYO A LA SUPERVISIÓN (CUANDO APLIQUE)** **Nombre: Freddy Alberto Márquez Arias** **Cargo: Apoyo a la Supervisión** **Firma:**

*Nota: La columna de productos se diligenciará únicamente para contratos en los aplique la forma de pago contra producto, en los demás casos se eliminará esta columna, o según directriz del supervisor. En lo que respecta a personas naturales, el supervisor del contrato definirá si es o no obligatoria la entrega del informe final de actividades para efectos del último pago.
*Este documento es controlado, por lo cual no se permiten modificaciones. Exclusión: el único cambio que se le puede realizar al formato es la eliminación de la columna productos.

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	43997810	OLGA MILENA OSPINA MONSALVE	Cra 77 #20 - 53	2973220	nanyospina27@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-11	2024-11	I	12/11/2024	81686460	$564.200	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	243.000	0		0		0	0	0	0	243.000	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	311.000	0	0	0	0	0	0		311.000	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	10.200				10.200	0	0	10.200			102	10.200	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	243.000	243.000
Pensión	1	311.000	311.000
Riesgos Laborales	1	10.200	10.200
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	564.200	564.200

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	43997810	OLGA MILENA OSPINA MONSALVE		Cra 77 #20 - 53	2973220	nanyospina27@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-11	2024-11	I	12/11/2024	81686460	$564.200	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	43997810	OSPINA MONSALVE OLGA MILENA	59	0			N																	230201	1.943.600	311.000	0	0	0	0	EPS008	1.943.600	243.000	14-23	1.943.600	1	10.200		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

BOGOTÁ | SECRETARÍA DE GOBIERNO

CERTIFICACIÓN CALIDAD TRIBUTARIA DEL CONTRATISTA

Declaración Juramentada

Número de Contrato 594 de 2024

Yo, Olga Milena Ospina Monsalve, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 43.997.810 expedida en la ciudad de Medellín

INFORMACIÓN PERSONAL	SI	NO
Soy Pensionado		**x**
Devolución de saldos (No estoy obligado a cotizar pensión)		**x**
Soy Declarante de Renta año 2023		**x**
He contratado o vinculado dos o más trabajadores o contratistas asociados a la actividad generadora de renta.		**x**
Declaro que el 80% o más de mis ingresos provienen de la prestación de servicios de manera personal o de la realización de la actividad económica	**x**	

Así mismo, en cumplimiento del Decreto Nacional No. 1070 del 28 de Mayo de 2013, Artículo 2 *"Depuración de la base del cálculo de la retención en la fuente"* y el Decreto Nacional No. 099 de enero 25 de 2013, mediante el cual se reglamentó lo ordenado en el artículo 383 del Estatuto Tributario, estableciendo que la tabla de retención establecida en la mencionada norma se podrá aplicar a toda persona natural, según lo estipulado en el artículo 329 del Estatuto Tributario, modificado por la Ley 1819 de 2016.

De acuerdo con lo anterior, CERTIFICO QUE: (Seleccione con X para cada concepto que le aplique y anexe el soporte según corresponda):

DEPURACIÓN CÁLCULO 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**

CERTIFICACIÓN CALIDAD TRIBUTARIA DEL CONTRATISTA

Declaración Juramentada

DEPURACIÓN CÁLCULO DE RENTA	SI	NO
¿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 lo reglamentado en el parágrafo 3 del artículo 2 del Decreto Nacional 099 de 2013, 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 (02) días del mes de diciembre del 2024

Firma: 

Nombre: Olga Milena Ospina Monsalve

C.C: 43.997.810

Dirección de correspondencia: Cr 77 nro 20 53

Teléfono de contacto: 320 419 46 08

Correo electrónico institucional: olga.ospina@gobiernobogota.gov.co

Correo electrónico personal: nanyospina 27@hotmail.com

BOGOTÁ | SECRETARÍA DE GOBIERNO	**SOLICITUD DE DEDUCCIÓN DE LA BASE DE LA RETENCIÓN EN LA FUENTE POR CONCEPTO DE DEPENDIENTES**	Código: GCO-GCI-F137 Versión: 03 Vigencia: 07 de febrero de 2022 Caso HOLA: 225687

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° 594 de 06/NOV/2024, que suscribí con la SECRETARÍA DISTRITAL DE GOBIERNO, teniendo en cuenta que bajo la gravedad de juramento, CERTIFICO que la(s) 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 lo normado por el (Decreto 099 de 2013 Art. 2 Numeral 3).

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

FECHA DE SOLICITUD	DÍA	2	MES	12	AÑO	2024

INFORMACIÓN DILIGENCIADA POR EL CONTRATISTA

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONTRATISTA	CÉDULA N°	UBICACIÓN LABORAL (PROYECTO-SITIO TRABAJO	TELÉFONO
Olga Milena Ospina Monsalve	43,997,810	Alcaldia Local Rafael Uribe Uribe	320 419 46 08

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

NOBRES Y APELLIDOS	PARENTESCO	EDAD	INGRESOS DEL DEPENDIENTE
Ivan MatiasMendoza Ospina	hijo	5	

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

X	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 23 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
Requisito:	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
	Los hijos con edad mayor a 23 años que se encuentren en situación de dependencia originada en factores físicos ó psicológicos
Requisito:	
*	Copia auténtica del Registro Civil de Nacimiento, en caso de no estar inscrito.
*	Certificado emitido por el Instituto Nacional de Medicina Legal
	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
Requisito:	
*	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
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



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 ó 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 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

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 59441555

NUIP 1145933107

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 73 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código DVC

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía

COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTA D.C

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
MENDOZA	OSPINA

Nombre(s)

IVAN MATIAS

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2018 Mes DIC Día 10	MASCULINO	A	POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)

COLOMBIA-CUNDINAMARCA-BOGOTA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO	15034900-9

Datos de la madre o padre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el primer apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos

OSPINA MONSALVE OLGA MILENA

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 43997810 de MEDELLIN	COLOMBIANA

Datos de la madre o padre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el segundo apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos

MENDOZA RAMIREZ IVAN GUILLERMO

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 79720949 de BOGOTA	COLOMBIANO

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

MENDOZA RAMIREZ IVAN GUILLERMO

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC 79720949 de BOGOTA	

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	Nombre y firma del funcionario autorizado
Año 2018 Mes DIC Día 13	HECTOR FABIO C...

Nombre y firma

REPÚBLICA DE COLOMBIA ... Encargado ... SETENTA Y TRES

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

59441555

BOGOTÁ | SECRETARÍA DE GOBIERNO

RELACIÓN DE CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS VIGENTES CON OTRAS ENTIDADES ESTATALES APLICACIÓN DEL ART 17 DEL DECRETO 189 DE 2020

Bogotá D. C.,

Señores:
ALCALDIA LOCAL DE RAFAEL URIBE URIBE

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

Yo, Olga Milena Ospina Monsalve identificado(a) con cédula de ciudadanía número 43 997 810, 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.

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	Instituto Distrital de Recreación y Deporte	3437 2024	4 meses	19.436.000	07-09-2024	06-01-2025
2						
3						
4						
5						

El presente documento se diligencia y firma bajo gravedad de juramento, el 02 de diciembre de 2024.

Firma:
Nombre: OLGA MILENA OSPINA MONSALVE
C.C: 43997810
Dirección de Residencia: CR 77 NRO 20 53
Teléfono de contacto: 320 419 46 08
Correo electrónico institucional: NANYOSPINA27@HOTMAIL.COM
Correo electrónico de notificación:

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE GOBIERNO

ALCALDÍA LOCAL DE RAFAEL URIBE URIBE

CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO (Persona Natural)

Teniendo en cuenta el informe presentado por el contratista Olga Milena Ospina Monsalve sobre las actividades desarrolladas para dar cumplimiento a los términos contratados y los resultados obtenidos, una vez realizada la revisión del informe, se autoriza el pago correspondiente al:

periodo comprendido entre el 15 noviembre de 2024 y el 30 de noviembre de 2024

Contrato:	No. 594 2024
Tipo de Contrato:	Prestación de Servicios
Contratista:	Olga Milena Ospina Monsalve
Cédula o NIT	No. 43.997.810
Objeto:	PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES EN EL AREA DE GESTION DE DESARROLLO LOCAL PARA APOYAR LA FORMULACION, EJECUCIÓN Y SEGUIMIENTO DE LOS PROYECTOS DE INVERSIÓN EN EL MARCO DEL CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE DESARROLLO LOCAL DE LA ALCALDÍA LOCAL DE RAFAEL URIBE URIBE 2021-2024
Plazo del contrato:	2 (MESES), 15(DIAS)
Fecha iniciación:	15 de noviembre de 2024
Fecha de terminación:	29 de enero de 2025
Prórroga(s)	(escribir tiempo correspondiente en caso que se haya efectuado)
Valor inicial pactado:	$ 14.850.000
Valor adicional:	$(valor en números)
Valor a pagar:	$3.168.000 (No. de pago: 1.)
Numero de PIN:	81686460
Periodo cotizado.	Mes Noviembre año 2024

Se verificó el cumplimiento del pago de los aportes parafiscales relativos a SENA, ICBF, Cajas de Compensación Familiar, cuando corresponda, y ARL (Administradora de riesgos laborales) y al Sistema de Seguridad Social Integral) por parte del contratista, de conformidad con el Parágrafo 1 del Art. 23 la Ley 1150 de 2007 y el Artículo 244 de la Ley 1955 de 2019.

En constancia se firma a los 03 días del mes de diciembre dos mil veinti cuatro (2024).

Interventor o Supervisor,

Diana Carolina Sánchez Castillo
C.C. No. 52.883.374 de Bogotá

Freddy Alberto Márquez Arias
C.C. No. 13275913 de Cúcuta