INFORME DE ACTIVIDADES Y CERTIFICACIÓN DEL SUPERVISOR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES O DE APOYO A LA GESTIÓN

Código:	GCO-FT-020	Versión:	002

NOMBRE Y APELLIDOS:	Mayra Alejandra Quintero Moreno	C.C. No:	1033694654

N° CONTRATO	126-2024	VIGENCIA	2024	FECHA DE INICIO	19/02/24	FECHA TERMINACIÓN	31/12/24

OBJETO:	Prestar los servicios de forma independiente, por sus propios medios, con plena autonomía técnica, administrativa y financiera para apoyar la gestión de la Dirección de Participación, Contacto con las Víctimas y Enfoques Diferenciales, con el fin de impulsar operativamente la estrategia de contacto permanente con familias, personas, organizaciones, colectivos, movimientos y plataformas que buscan.

NÚMERO DE PAGO:	1

SUPERVISOR	CARGO
GLORIA ISABEL CAMARGO JAIME	Experto técnico

DESCRIPCIÓN DE OBLIGACIONES Y ACTIVIDADES DURANTE EL PERIODO RESPECTIVO

	RELACIÓN DE LAS OBLIGACIONES Y/O ACTIVIDADES ESPECÍFICAS ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO	DETALLE DE LAS ACTIVIDADES Y/O PRODUCTOS DESARROLLADAS DURANTE EL RESPECTIVO PERIODO, RESPECTO A CADA UNA DE LAS OBLIGACIONES	ADJ
1	Activar rutas interinstitucionales para la atención integral de personas buscadoras de acuerdo con los protocolos, memorandos de entendimiento o convenios suscritos por la UBPD.	Se asistió a la capacitación respecto al debido procedimiento que se debe tener en cuenta al momento de realizar esta obligación.	
2	Caracterizar y actualizar información de las personas y organizaciones buscadoras con el fin de definir las herramientas y criterios diferenciales para el contacto presencial, telefónico o virtual.	Se realiza exploración, navegación en SIM Busquemos, donde se actualizan los datos de: 29/02/2024 - PB ID16172629/02/2024 - PDD ID16172729/02/2024 - PDD ID275229/02/2024 - PDD ID3946Así como también se realiza abordaje telefónico el día 29/02/2024 - PB ID161726.	
3	Recibir, registrar, designar y comunicar las solicitudes de búsqueda recibidas por los canales de atención.	Para el periodo del presente informe se realizaron dos recepciones de solicitud de búsqueda. Sumado a estas el marco de la capacitación de la estrategia de contacto se recibe la debida inducción en relación a la recepción, registro y comunicación de las solicitudes de búsqueda recibidas por los canales de atención.	
4	Contactar a las coordinaciones de los Grupos Internos de Trabajo Territorial, para generar alertas, informar o solicitar datos relevantes para la búsqueda aportada por medio de los canales de atención telefónica, virtual o presencial.	Se emite correo a Rosa Agudelo informando la desactualización de las acciones adelantadas en territorio de los PDD Y PB actualizados	
5	Informar a las personas, organizaciones, colectivos, movimientos y/o plataformas sobre el avance y estado de la investigación humanitaria y extrajudicial de conformidad con los lineamientos emitidos por la UBPD	Se recibe información durante el proceso de inducción relacionado con el abordaje a personas, organizaciones, colectivos, movimientos y/o plataformas sobre el avance y estado de la investigación humanitaria y extrajudicial de conformidad con los lineamientos emitidos por la UBPD	
6	Materializar los enfoques diferenciales de género, étnico y territorial de acuerdo con las líneas estratégicas con el fin de garantizar el contacto permanente y diferenciado con personas buscadoras y organizaciones.	Se recibe contextualización y capacitación respecto a los enfoques diferenciales, identidad de genero, sexo asignado al nacer y orientación sexual, así como enfoque étnico y protocolos de atención diferencial. Para el contacto, caracterización, y actualización de:29/02/2024 - PB ID16172629/02/2024 - PDD ID16172729/02/2024 - PDD ID275229/02/2024 - PDD ID3946Realice la actualización de los enfoques diferenciales en torno al sexo asignado al nacer y orientación sexual y a la pertenencia étnica.	
7	Las demás que le sean asignadas por el supervisor y que estén directamente relacionadas con el objeto a ejecutar.	Se asiste a proceso de inducción y formación en contextualización a la estrategia de contacto con personas buscadoras de la Unidad de Búsqueda de Personas Dadas por DesaparecidasSoporte listado del proceso de capacitación.	

PRODUCTOS Y OTROS ANEXOS

Seguridad Social - Planilla	certificado de afiliación eapb

Observaciones o información adicional



Firma del Contratista

Certificación del supervisor

Con la suscripción del presente informe, el supervisor del Contrato de prestación de Servicios arriba relacionado, certifica el cumplimiento a cabalidad de las obligaciones establecidas en el mismo por parte del contratista y el recibido a satisfacción de las actividades descritas.

Firma del Supervisor(es)

GLORIA ISABEL CAMARGO JAIME



USUARIO Y FECHA

Estado	Enviado, revisado, aprobado por	Usuario / Fecha y hora	Observaciones
En digitación	Mayra Alejandra Quintero Moreno	Miercoles, 28 de Febrero del 2024	
Enviado a supervisor	Mayra Alejandra Quintero Moreno	Miercoles, 28 de Febrero del 2024	
Subsanar	GLORIA ISABEL CAMARGO JAIME	Viernes, 1 de Marzo del 2024	Saludo Mayra Favor ajustas las actividades. Las que aplique inducción. Los valores para el mes de Febrero de pago y seguridad social es necesario verificar Quedo atenta
En digitación	Mayra Alejandra Quintero Moreno	Viernes, 1 de Marzo del 2024	Saludo Mayra Favor ajustas las actividades. Las que aplique inducción. Los valores para el mes de Febrero de pago y seguridad social es necesario verificar Quedo atenta
Enviado a supervisor	Mayra Alejandra Quintero Moreno	Viernes, 1 de Marzo del 2024	Muchas gracias Mayra por atender a los ajustes
Subsanar	GLORIA ISABEL CAMARGO JAIME	Sabado, 2 de Marzo del 2024	Te agradezco si haces el registro de las actuaciones especificas, para poder hacer la aprobación. Gracias
En digitación	Mayra Alejandra Quintero Moreno	Sabado, 2 de Marzo del 2024	Muchas gracias Mayra por atender a los ajustes Te agradezco si haces el registro de las actuaciones especificas, para poder hacer la aprobación. Gracias
Enviado a supervisor	Mayra Alejandra Quintero Moreno	Lunes, 4 de Marzo del 2024	
Aprobado supervisor	GLORIA ISABEL CAMARGO JAIME	Lunes, 4 de Marzo del 2024	
Enviado a central de cuentas	GLORIA ISABEL CAMARGO JAIME	Lunes, 4 de Marzo del 2024	
Informe subido a SECOP (Contratista)	Mayra Alejandra Quintero Moreno	Martes, 5 de Marzo del 2024	
Enviado a supervisor	Johanna Andrea Conde Molina	Jueves, 7 de Marzo del 2024	Buen día, se debe corregir el valor autorizado de pago el cual debe ser 1.437.200, debe en el formato CERTIFICACIÓN DE AUTORIZACIÓN DE PAGO PARA CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES Y DE APOYO A LA GESTIÓN se debe corregir el número de días de cotización de seguridad social, los cuales deben ser mínimo 12, como selecciono el método de cotización es VENCIDO, no debe relacionar nada en la casilla de planilla y periodo. Al subsanar debe cargar documentos corregidos al SECOP II y que su Supervisor realice la aprobación con base a los Flujos de aprobación de pago en SECOP II, para continuar con el trámite de pago.
Enviado a supervisor	Mayra Alejandra Quintero Moreno	Jueves, 7 de Marzo del 2024	

			Saludo
Subsanar	GLORIA ISABEL CAMARGO JAIME	Jueves, 7 de Marzo del 2024	por favor ajustar valor de acuerdo a las orientaciones de contractual
			Saludo
En digitación	Mayra Alejandra Quintero Moreno	Jueves, 7 de Marzo del 2024	por favor ajustar valor de acuerdo a las orientaciones de contractual
Enviado a supervisor	Mayra Alejandra Quintero Moreno	Jueves, 7 de Marzo del 2024	
			Gracias
Aprobado supervisor	GLORIA ISABEL CAMARGO JAIME	Jueves, 7 de Marzo del 2024	Queda aprobado de acuerdo a las indicaciones de contractual y SAF
			Gracias
Enviado a central de cuentas	GLORIA ISABEL CAMARGO JAIME	Jueves, 7 de Marzo del 2024	Queda aprobado de acuerdo a las indicaciones de contractual y SAF

UBPD
UNIDAD DE BÚSQUEDA DE PERSONAS DADAS POR DESAPARECIDAS

CERTIFICACIÓN DE AUTORIZACIÓN DE PAGO PARA CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES Y DE APOYO A LA GESTIÓN

Código:	GFI-FT-006	Versión:	006

1. INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRES Y APELLIDOS	**Mayra Alejandra Quintero Moreno**
CÉDULA DE CIUDADANÍA	**1033694654**
CIUDAD(ES) DONDE PRESTA EL SERVICIO	**BOGOTÁ, D.C.**

2. INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO

CONTRATO No.	**126-2024**	VALOR TOTAL	**$ 37,606,733.00**	CDP	**8024**	RP	**33224**
VIGENCIA	**2024**	FECHA DE INICIO	**19/02/24**	FECHA DE TERMINACIÓN	**31/12/24**		
TIPO DE CONTRATO	**Prestación de servicios profesionales**						

3. MODIFICACIONES DEL CONTRATO

TIPO DE MODIFICACION	Cedente / Cesionario	Fecha Cesión	VALOR

4. INFORMACIÓN PARA PAGO/DESEMBOLSO

¿PENSIONADO?	**NO**	NÚMERO DE PAGO	**1**	MES	**2024-02-19 / 2024-02-29**
RESPONSABLE DE IVA	**NO RESPONSABLE DE IVA**	DÍAS DE COTIZACIÓN DE SEGURIDAD SOCIAL			**11**
		NÚMERO DE FACTURA (RESPONSABLE DE IVA)			

VALOR AUTORIZADO PARA PAGO	**$ 1,317,433**	BASE GRAVABLE	**$ 1,317,433**
		IVA	**$**
APORTES OBLIG. EN PENSIÓN	**$ 76,300**	**DATOS DE SEGURIDAD SOCIAL**	
APORTES OBLIG. EN SALUD	**$ 59,600**	FONDO DE PENSIÓN	**PORVENIR**
CLASIFICACIÓN DEL RIESGO ARL	**RIESGO UNO (1)**	EPS	**SALUD TOTAL**
APORTES ARL	**$ 2,500**	ARL	**POSITIVA**
APORTES FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL	**$**	MÉTODO DE COTIZACIÓN	**VENCIDO**

5. DATOS BANCARIOS

BANCO	**BANCO DAVIVIENDA**	TIPO	**AHORROS**	No. CTA	**474770003173**

NOTA: (*) El valor de los pagos correspondientes a los aportes obligatorios en salud, pensión y Fondo de Solidaridad Pensional deben estar calculados con base en el 40% de los honorarios mensuales (sin incluir IVA); en este valor deben estar excluidos los intereses de mora si estos fueron causados.
(**) Valor que depende del nivel de riesgo que establezca la Entidad.

6. CERTIFICACIÓN DEL CONTRATISTA

1º Anexo: a) Factura original (si aplica), b) fotocopia de los aportes obligatorios a salud, pensión, ARL (si aplica), del respectivo periodo, de conformidad con lo establecido en el artículo 3.2.7.6 (PLAZOS) del Decreto 1273 de 23 de julio de 2018, y, c) documentos establecidos en el contrato como requisitos para pago. Manifiesto que en caso de presentar el cobro de manera extemporánea o si las facturas (si aplica) no han sido correctamente elaboradas o no se acompañan los documentos requeridos para por la Entidad, seré responsable del pago de intereses de mora a que haya lugar por concepto de los aportes a seguridad social.

2º En calidad de contratista certifico bajo la gravedad de juramento, que los documentos soporte del pago de los aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social corresponden a ingresos provenientes del presente contrato, sujeto a retención en la fuente a título de renta. Artículo 4 Decreto 2271 / 18 de junio de 2.009.

3º El INFORME DE ACTIVIDADES correspondiente al periodo de pago según el objeto del contractual,se encuentra cargado en la plataforma SECOP II.

Nota: Los documentos anexos, serán objeto de verificación por la Subdirección administrativa y financiera, de no cumplir con los requisitos se
realizará la respectiva de devolución.



Firma del Contratista

7. CERTIFICACIÓN DEL SUPERVISOR(ES) DEL CONTRATO			
NOMBRE	GLORIA ISABEL CAMARGO JAIME	CARGO - DEPENDENCIA	Experto técnico

En mi (nuestra) calidad de supervisor(es) del presente contrato de prestación de servicios, certifico(amos) el cumplimiento por parte del contratista de las actividades descritas en el formato GCO-FT-020, el cual será remitido debidamente firmado para su inclusión en el expediente contractual, razón por la cual autorizo(amos) el pago.

Nota: Certifico que se verificó con los Operadores de Información, que se encuentran autorizados por el Ministerio de Salud y Protección Social, el pago de los aportes realizados por concepto de: Salud, Pensión, Arl, Fondo de Solidaridad Pensional (si aplica), conforme a la planilla que adjunta el contratista, a este documento.

GLORIA ISABEL CAMARGO JAIME



USUARIO Y FECHA

Estado	Enviado, revisado, aprobado por	Usuario / Fecha y hora	Observaciones
En digitación	Mayra Alejandra Quintero Moreno	Miercoles, 28 de Febrero del 2024	
Enviado a supervisor	Mayra Alejandra Quintero Moreno	Miercoles, 28 de Febrero del 2024	
Subsanar	GLORIA ISABEL CAMARGO JAIME	Viernes, 1 de Marzo del 2024	Saludo Mayra Favor ajustas las actividades. Las que aplique inducción. Los valores para el mes de Febrero de pago y seguridad social es necesario verificar Quedo atenta
En digitación	Mayra Alejandra Quintero Moreno	Viernes, 1 de Marzo del 2024	Saludo Mayra Favor ajustas las actividades. Las que aplique inducción. Los valores para el mes de Febrero de pago y seguridad social es necesario verificar Quedo atenta
Enviado a supervisor	Mayra Alejandra Quintero Moreno	Viernes, 1 de Marzo del 2024	
Subsanar	GLORIA ISABEL CAMARGO JAIME	Sabado, 2 de Marzo del 2024	Muchas gracias Mayra por atender a los ajustes Te agradezco si haces el registro de las actuaciones especificas, para poder hacer la aprobación. Gracias
En digitación	Mayra Alejandra Quintero Moreno	Sabado, 2 de Marzo del 2024	Muchas gracias Mayra por atender a los ajustes Te agradezco si haces el registro de las actuaciones especificas, para poder hacer la aprobación. Gracias
Enviado a supervisor	Mayra Alejandra Quintero Moreno	Lunes, 4 de Marzo del 2024	
Aprobado supervisor	GLORIA ISABEL CAMARGO JAIME	Lunes, 4 de Marzo del 2024	
Enviado a central de cuentas	GLORIA ISABEL CAMARGO JAIME	Lunes, 4 de Marzo del 2024	
Informe subido a SECOP (Contratista)	Mayra Alejandra Quintero Moreno	Martes, 5 de Marzo del 2024	

CERTIFICACIÓN DE AUTORIZACIÓN DE PAGO PARA CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES Y DE APOYO A LA GESTIÓN

Código:	GFI-FT-006	Versión:	006

Enviado a supervisor	Johanna Andrea Conde Molina	Jueves, 7 de Marzo del 2024	Buen día, se debe corregir el valor autorizado de pago el cual debe ser 1.437.200, debe en el formato CERTIFICACIÓN DE AUTORIZACIÓN DE PAGO PARA CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES Y DE APOYO A LA GESTIÓN se debe corregir el número de días de cotización de seguridad social, los cuales deben ser mínimo 12, como selecciono el método de cotización es VENCIDO, no debe relacionar nada en la casilla de planilla y periodo. Al subsanar debe cargar documentos corregidos al SECOP II y que su Supervisor realice la aprobación con base a los Flujos de aprobación de pago en SECOP II, para continuar con el trámite de pago.
Enviado a supervisor	Mayra Alejandra Quintero Moreno	Jueves, 7 de Marzo del 2024	Saludo
Subsanar	GLORIA ISABEL CAMARGO JAIME	Jueves, 7 de Marzo del 2024	por favor ajustar valor de acuerdo a las orientaciones de contractual
En digitación	Mayra Alejandra Quintero Moreno	Jueves, 7 de Marzo del 2024	Saludo por favor ajustar valor de acuerdo a las orientaciones de contractual
Enviado a supervisor	Mayra Alejandra Quintero Moreno	Jueves, 7 de Marzo del 2024	Gracias
Aprobado supervisor	GLORIA ISABEL CAMARGO JAIME	Jueves, 7 de Marzo del 2024	Queda aprobado de acuerdo a las indicaciones de contractual y SAF
Enviado a central de cuentas	GLORIA ISABEL CAMARGO JAIME	Jueves, 7 de Marzo del 2024	Gracias Queda aprobado de acuerdo a las indicaciones de contractual y SAF

DECLARACIÓN JURAMENTADA

Código:	GFI-FT-007	Versión:	006

Yo (Informacion del Contratista)

Identificado(a) con:	**Cédula de ciudadanía**	Número:	**1033694654**

Nombres y apellidos: **Mayra Alejandra Quintero Moreno**

Teléfonos:

Celular No: **3115683920**

Dirección: **calle 72 A Bis Sur # 17 c 24**

Correo electrónico personal: **malequmo1@gmail.com** CONTRATO No: **126-2024**

En mi calidad de Persona Natural: Declarante de Renta **NO**

Declaro bajo la gravedad de juramento que:

a) Para dar cumplimiento lo dispuesto en el Parágrafo 1° del Artículo 4° del Decreto 2271 de 2009, el Artículo 126-1 del ET y el Artículo 15 del Decreto 836 de 1991, los documentos soporte del pago de aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social corresponden a los ingresos provenientes del contrato suscrito con la Unidad de Búsqueda de Personas dadas por Desaparecidas en el contexto y en razón del conflicto armado - UBPD, objeto del pago sujeto a retención; adicionalmente, en cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 18 de la Ley 1122 de 2007 y el artículo 50 de la Ley 789 de 2002, hago entrega de la copia detallada de la planilla que se relaciona a continuación, generada desde el operador de información, en la cual se evidencia su estado pagada:

PLANILLA	PERIODO	
	MES	AÑO
no aplica	Febrero	2024

	¿SI / NO?
b) La(s) personas(s) que relaciono en el formato GTH-FT-005 (el cual anexo al presente documento) dependen económicamente de mi (Decreto 1625 de 2016, Artículo 1.2.4.1.18), para lo cual adjunto documentación que así lo certifica; así mismo, manifiesto que ninguna otra persona podrá requerir beneficio en forma adicional en los términos establecidos de la norma precitada.Con base en lo anterior y de acuerdo a lo establecido en art. 387 del E.T., modificado por el Art. 15 de la Ley 1607 de 2012, Modificado por el Art 9 de la Ley 2277 del 2022 solicito deducción por Dependientes.	**NO**
c) Durante el año 2023 cancelé intereses por crédito hipotecario, para lo cual anexo la correspondiente Certificación de la Entidad Financiera.Con base en lo anterior y de acuerdo a lo establecido en art. 387 del E.T., modificado por el Art. 15 de la Ley 1607 de 2012, solicito deducción por intereses de vivienda.	**NO**
d) Durante el año 2023 realicé pagos por concepto de medicina prepagada, para lo cual anexo la correspondiente Certificación.Con base en lo anterior y de acuerdo a lo establecido en art. 387 del E.T., modificado por el Art. 15 de la Ley 1607 de 2012, solicito deducción por este concepto.	**NO**
e) Durante la vigencia, he suscrito contratos de prestación de servicios y/o de apoyo a la gestión con otra Entidad del Estado.	**NO**

Número Contrato	Entidad	Fecha suscripción	Valor total contrato

Solicitud Deducción de Rentas Exentas - Aportes Voluntarios

Acogiéndome al beneficio del Articulo 126-1 y 126-4 del ET, solicito que para el pago que está en trámite se aplique la deducción por el siguiente concepto, respecto del cual adjuto la correspondiente certificación de la Entidad Financiera:

Concepto	Nombre Entidad	No. De Cuenta	Valor
AFC			$ .00
Pensión Voluntaria			$ .00

Tratamiento de datos:

Manifiesto que conozco y acepto la política de tratamiento de datos de la UBPD, misma que se encuentra publicada en la página web de la Entidad y autorizo el tratamiento de mis datos personales suministrados en el presente documento para los fines pertinentes.

Se firma a los **7** días del mes de **Marzo** del año **2024**

CC 1033694654

Firma

Bogotá, Febrero / 11 de 2024

Señor (a): MAYRA ALEJANDRA QUINTERO MORENO
CC. 1033694654
CL 72 A BIS SUR NO 17 C 24
BOGOTÁ

Referencia: Certificado de afiliación a Salud Total EPS-S S.A.

Reciba un Cordial saludo en nombre de Salud Total EPS-S SA,

Por medio de la presente, nos permitimos certificar que, a la fecha de expedición de la presente comunicación, registra en nuestras bases de datos su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS-S S.A., la cual se realizó a partir de Agosto / 26 de 2019, y su estado afiliación es Activo como COTIZANTE.

CARTA NO VÁLIDA PARA TRASLADO.

En Salud Total EPS-S S.A. apreciamos la confianza que usted ha depositado en nosotros y esperamos que usted y su familia continúen disfrutando de nuestros servicios de salud con calidad total. Escucharte es la manera de mejorar nuestro servicio por eso conoce los canales por los cuales puedes generar certificaciones. Ingresa a la APP Salud Total EPS-S opción certificaciones o www.saludtotal.com.co Oficina Virtual, portal transaccional.

Cualquier información adicional, con gusto será atendida a través del enlace **Te Escuchamos en www.saludtotal.com.co** o puede comunicarse con nuestra línea 018000114524 a nivel nacional o en Bogotá al teléfono 4854555.

Cordialmente,

GERENCIA DE OPERACIONES COMERCIAL
SALUD TOTAL EPS-S S.A.
Elaboró: *Oficina Virtual*

NOTA: En caso requerido, este certificado es válido para la atención a través del Régimen Subsidiado o como población vinculada, si el estado actual es afiliación cancelada, novedad de retiro de trabajo, afiliación no efectiva, exclusión o anulación de la afiliación y siempre y cuando al momento de retiro o exclusión no haya reportado mora. Si es mora, o cancelación por falta de pago, debe informar a su aportante que debe ponerse al día en los pagos.

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

COMPROBANTE DE RADICACIÓN DE LA AFILIACIÓN DEL DIA 16/02/2024

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo documento:	NI	**Número de documento:**	901158482	**Cédula Usuario:**	CC 1014197279
Nombre:	UNIDAD DE BUSQUEDA DE PERSONAS DADAS POR DESAPARECIDAS EN EL CONTEXTO Y EN RAZON DEL CONFLICTO ARMADO				
Dirección:	KR 10 28 49 ED CENTRO INTERNACIONAL TO A				
Departamento:	BOGOTA D.C.		**Municipio:**	BOGOTA D.C.	
Correo electrónico:	cobroincapacidades@ubpdbusquedadesaparecidos.co				
Teléfono:	6013770607		**Tarifa:**	0.522	
Actividad Económica:	1841501 ACTIVIDADES DE OTROS ORGANOS DE CONTROL, INCLUYE LOS ORGANOS DE CONTROL QUE SON INSTITUCIONES DEL ESTADO QUE NO PERTENECEN A NINGUNA RAMA DEL PODER PUBLICO Y CUENTAN CON AUTONOMIA ADMINISTRATIVA Y PRESUPUESTAL PARA ADELANTAR LAS FUNCIONES QUE LA CONSTITUCION LES ASIGNA TALES COMO: LA CONTRALORIA, LA PROCURADURIA, LA DEFENSORIA DEL PUEBLO, LA ORGANIZACION ELECTORAL INCLUYE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS POR LOS ORGANOS INDEPENDIENTES QUE SE ENCARGAN DE CUMPLIR FUNCIONES DEL ESTADO DIFERENTES A LAS REALIZADAS POR LAS RAMAS DEL PODER PUBLICO, LA PROTECCION Y PROMOCION DE LOS DERECHOS HUMANOS, LA PROTECCION DEL INTERES P				

DATOS DEL USUARIO QUE REALIZA LA RADICACIÓN

Cédula Usuario	Nombres y Apellidos del Usuario
CC 1014197279	ANDRES LEONARDO CABRERA TAPIERO

DATOS AFILIADOS RADICADOS

	Radicado	Cobertura	Documento	Nombre Trabajador	Riesgo	Tarifa	Tipo
1	90	19/02/2024	CC 1033694654	QUINTERO MORENO MAYRA	1	0.522	**Independiente**

OBSERVACIONES

Si tiene alguna duda con respecto a la tarifa o actividad económica de sus afiliados por favor diríjase a la oficina de POSITIVA más cercana o comuníquese con nuestra línea gratuita de atención a nivel nacional 01-8000-111-170 y en Bogotá al 3307000.

MIS_4_1_3_FR15 v_04

Cordial saludo,

Gerencia de Afiliaciones y Novedades
Positiva Compañía de Seguros S.A.

E01387DDEAE1A9D1A4D31EE8DE841849 Certificado impreso el día 2/16/2024 5:22:01 PM por el portal de empresas Edesk

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

EN CASO DE ACCIDENTE DE TRABAJO

Diríjase a la Institución Prestadora de Salud (**IPS**) asignada en la línea Positiva **01 8000 941 541**, en Bogotá (**601**) **6000 811.**

www.positiva.gov.co

LA ASEGURADORA DE TODOS LOS COLOMBIANOS

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

MAYRA ALEJANDRA
QUINTERO MORENO
1033694654

UNIDAD DE BUSQUEDA DE PERSONAS DADAS POR DE
901158482

Este carné es personal e intransferible.

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A.

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

MAYRA ALEJANDRA QUINTERO MORENO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.033.694.654**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 12 de Febrero del 2024.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.