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:	4

SUPERVISOR	CARGO
Gabriel Felipe Burbano	Director Tecnico de Unidad Especial

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.	En el marco de la estrategia durante el mes de mayo no se realiza activación de rutas interinstitucionales para la atención integral de personas buscadoras de acuerdo con los protocolos, memorandos de entendimiento o Convenios suscritos por la UBPD.	
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 actualización y seguimiento de 5 nuevas solicitudes de búsqueda: 199312, 199321, 137956, 199493, 199859 Se realiza revisión y actualización de 9 expedientes de búsqueda en SIM Busquemos sin caracterización, 56 revisiones de expedientes relacionadas con oficios de sociedad civil, 18 de las cuales fueron asociadas a organizaciones, de los cuales 4 PB buscan, 13 actualizaciones y caracterizaciones, las pb asociadas a oficios civiles y organizaciones no cuentan con información en el SIM o KOBO, se Intenta establecer contacto con 40 PB, de los cuales 24 son efectivos, se proyectaron entre dos y cuatro intentos de comunicación con 5 estás PB.Nota, esta proyección de actividades se hace basada en la matriz de seguimiento.	
3	Recibir, registrar, designar y comunicar las solicitudes de búsqueda recibidas por los canales de atención.	Se realiza seguimiento a 19 solicitudes de busqueda de la FILBO.Se proyectan 3 oficios de comunicación a presunta PPCHV.se proyecta GITT asociados a hechos de desaparición.	
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 proyectan tareas futuras para los GITT en la Matriz de seguimiento así como en sistema SIM, asi como la asociación de coordinadores en las solicitudes de busqueda	
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 realiza contacto efectivo con 24 PB de los cuales fueron casos asignados: a quienes posteriormente se les facilita el contacto con el GIIT.	
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.	En el marco de la estrategia de contacto se recibe y comunica a las PB de las 5 nuevas solicitudes de búsqueda, los 9 expedientes de búsqueda en SIM Busquemos sin caracterización, a las 56 revisiones de expedientes relacionadas con oficios de sociedad civil.	
7	Las demás que le sean asignadas por el supervisor y que estén directamente relacionadas con el objeto a ejecutar.	Se participan en diversos espacios de capacitación programados desde la dirección de Participación.los que reposan en el calendario de la estrategia.	**Si**

PRODUCTOS Y OTROS ANEXOS

UBPD
UNIDAD DE BÚSQUEDA DE PERSONAS DADAS POR DESAPARECIDAS

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

Seguridad Social - Planilla	Planilla de pago

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)

Gabriel Felipe Burbano



USUARIO Y FECHA

Estado	Enviado, revisado, aprobado por	Usuario / Fecha y hora	Observaciones
En digitación	Mayra Alejandra Quintero Moreno	Jueves, 30 de Mayo del 2024	
Enviado a supervisor	Mayra Alejandra Quintero Moreno	Jueves, 30 de Mayo del 2024	
Aprobado supervisor	Gabriel Felipe Burbano	Martes, 4 de Junio del 2024	
Enviado a central de cuentas	Gabriel Felipe Burbano	Martes, 4 de Junio del 2024	

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 y/o apoyo a la gestión**						

3. MODIFICACIONES DEL CONTRATO

TIPO DE MODIFICACION	Cedente / Cesionario	Fecha Cesión	VALOR

4. INFORMACIÓN PARA PAGO/DESEMBOLSO

¿PENSIONADO?	**NO**	NÚMERO DE PAGO	**4**	MES	**2024-05-01 / 2024-05-31**
RESPONSABLE DE IVA	**NO RESPONSABLE DE IVA**	DÍAS DE COTIZACIÓN DE SEGURIDAD SOCIAL			**30**
		NÚMERO DE FACTURA (RESPONSABLE DE IVA)			

VALOR AUTORIZADO PARA PAGO	**$ 3,593,000**	BASE GRAVABLE	**$ 3,593,000**
		IVA	**$**

APORTES OBLIG. EN PENSIÓN	**$ 230,000**
APORTES OBLIG. EN SALUD	**$ 179,700**
CLASIFICACIÓN DEL RIESGO ARL	**RIESGO UNO (1)**
APORTES ARL	**$ 7,500**
APORTES FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL	**$**

DATOS DE SEGURIDAD SOCIAL

FONDO DE PENSIÓN	**PORVENIR**
EPS	**SALUD TOTAL**
ARL	**POSITIVA**
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	Gabriel Felipe Burbano	CARGO - DEPENDENCIA	Director Tecnico de Unidad Especial

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.

Gabriel Felipe Burbano



USUARIO Y FECHA

Estado	Enviado, revisado, aprobado por	Usuario / Fecha y hora	Observaciones
En digitación	Mayra Alejandra Quintero Moreno	Jueves, 30 de Mayo del 2024	
Enviado a supervisor	Mayra Alejandra Quintero Moreno	Jueves, 30 de Mayo del 2024	
Aprobado supervisor	Gabriel Felipe Burbano	Martes, 4 de Junio del 2024	
Enviado a central de cuentas	Gabriel Felipe Burbano	Martes, 4 de Junio del 2024	

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
pago Abril	Abril	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 **30** días del mes de **Mayo** del año **2024**



Firma

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2024-05-30, 05:35:27 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1063666915

Periodo Cotización: abril de 2024 **Periodo Servicio:** abril de 2024

PAGADO 13/05/2024 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	MAYRA ALEJANDRA QUINTERO MORENO		
Documento	CC1033694654	**Dirección**	CL 72A SUR #17 C - 24
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	7663157
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	POSITIVA DE SEGUROS

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades															Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	VCT	IRP	Días AFP	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 1033694654	MAYRA ALEJANDRA QUINTERO MORENO	59	00																0	30	30	0	(230301) PORVENIR	$ 1.438.800	$ 230.300	(EPS002) SALUD TOTAL EPS	$ 1.438.800	$ 179.900	0,522	$ 1.438.800	$ 7.600	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 417.800

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 1.438.800	$ 1.438.800	$ 1.438.800	$ 0	$ 230.300	$ 179.900	$ 7.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 417.800	$ 0	$ 417.800

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.