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:	Yomaira Espinosa Mena	C.C. No:	26261877

N° CONTRATO	229-2024	VIGENCIA	2024	FECHA DE INICIO	11/03/24	FECHA TERMINACIÓN	31/12/24

OBJETO:	Prestar servicios profesionales de forma independiente por sus propios medios, con plena autonomía técnica, administrativa y financiera para apoyar las actividades tendientes a implementar la estrategia de contacto permanente con familias, personas, organizaciones, colectivos, movimientos y plataformas que buscan en el marco de la participación, incorporando los enfoques diferenciales, étnicos y de género en el proceso de búsqueda trabajando de manera articulada con el Grupo Interno de Trabajo

NÚMERO DE PAGO:	3

SUPERVISOR	CARGO
JUDYS ELENA MURILLO MARTINEZ	Experto Tecnico

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	Apoyar en la implementación de la estrategia de contacto con las víctimas para la actualización, modificación o ingreso de información relevante para la búsqueda.	Durante el periodo del informe dentro de la estrategia de contacto, realice las gestiones pertinente para contactar la familia de la PDD John Freddy Villa Mejía, ID 198979 y radicado SIRDEC 2010D013378, en aras de realizarles la toma de muestra a los familiares relacionados en el sistema de Busquemos, en atención a una solicitud hecha mediante correo electrónico a la Coordinación.	**Si**
2	Apoyar el desarrollo y promover la ruta de participación integral de manera articulada con los/as investigadores/as integrales de acuerdo a la priorización realizada por la UBPD.	el días 22 y 23 de mayo de 2024 en articulación con la investigadora integral del Plan Regional de búsqueda de la subregión del pacifico, se radicaron en el municipio de Nuqui dos solicitudes de búsqueda de las PDD Anderson Rivas Moreno ID 199378 y Harvey Valencia Murillo ID 199379, atendiendo la localización que se hizo en el corregimiento de Jurubira municipio de Nuqui de unos cuerpos.	**Si**
3	Implementar la ruta de transversalización de los enfoques diferenciales, étnicos y de género acordada previamente con la Dirección General y la Dirección Técnica de Participación, Contacto con las Víctimas y Enfoques Diferenciales y el Grupo Interno de Trabajo Territorial.	El día 29 de mayo del 2024 participe de la actividad organizada por la UBPD en articulación con la UARIV en donde asistieron representantes de algunas instituciones, lideres de organizaciones sociales y Jóvenes de una institución educativa, donde se socializo el mandato de la UBPD, dando a conocer la implementación de la ruta y su transversalización de los enfoques diferenciales y de genero desde mi rol como enlace de tejido y dialogo social.	**Si**
4	Realizar actividades prácticas definidas por el supervisor del contrato para que se materialicen el enfoque diferencial, de género y étnico y territorial.	Durante el periodo del informe los días del 07 al 17 de mayo participe de actividad realizada con la GITT - Chocó sobre La exposición fotográfica itinerante “El Camino de la Búsqueda llega a Quibdó, donde tuve un relacionamiento con personas de todo tipo, socializando el mandato de la UBPD desde un enfoque diferencial, de género y étnico y territorial.	**Si**
5	Apoyar en la implementación de la puesta en marcha del Sistema Nacional de Búsqueda y la formulación de la Política Pública integral de Atención, Prevención, Búsqueda e identificación de las personas dadas por desaparecidas en razón y en contexto del conflicto armado en el territorio.	El día 13 de mayo de 2024 asistí de manera virtual a la Reunión de la presentación de los avances en el relacionamiento de la UBPD con la comisión sexta del espacio nacional de consulta previa, donde se socializaron los acuerdos de la primera reunión de socialización del mecanismo de seguimiento al cumplimiento de los acuerdos protocolizados en el marco del proceso de Consulta Previa del Protocolo de relacionamiento y coordinación entre la UBPD y las Comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras, que permita trabajar en el posicionamiento étnico en los territorios.	**Si**

6	Realizar seguimiento a los acuerdos con las organizaciones sociales y personas buscadoras no organizadas en el territorio asignado.	Durante este periodo estuve ecualizando el directorio de relacionamiento de la GITT - CHOCÓ, con los nuevos contactos de algunas organizaciones, autoridades administrativas, personeros(a), consejos comunitarios, mesas de victimas y algunas entidades entre otros, esto con la finalidad de tener un relacionamiento que nos permita avanzar con búsqueda de personas dadas por desaparecidas con solicitudes registradas ante la entidad y futuras.	
7	Promover la participación de personas que buscan, organizaciones sociales, e instituciones públicas o privadas, con el fin de que aporten desde sus conocimientos, saberes, prácticas, técnicas o competencias, información relevante para la investigación humanitaria de acuerdo con las líneas estratégicas definidas por la UBPD.	El día 22 de mayo de 2024 en el Municipio de Nuqui Chocó sostuvimos un relacionamiento con el enlace municipal de víctimas y el personero del municipio, en aras de promover la participación con este ente territorial que nos pueda ayudar a tener información relevante para avanzar con las investigación humanitaria y extrajudicial que se encuentran dentro del Plan Regional de Búsqueda de la Costa Pacifica.	**Si**
8	Realizar y/o acompañar los encuentros o diálogos territoriales para la participación en el marco del proceso de Búsqueda atendiendo las necesidades y particularidades de los sujetos de especial protección constitucional.	Los días 22 y 23 y 24 de mayo de 2024, me traslade dentro del territorio a los municipios de Nuqui y Bahia Solano donde sostuve un encuentro de dialogo con instituciones y lideres de organizaciones indígenas en el marco de los procesos de búsqueda donde se pudo adelantar un relacionamiento que nos permitirá atender las necesidades dentro de las investigaciones humanitarias y extrajudicial adelantadas por la UBPD GITT - CHOCÓ	**Si**
9	Participar en reuniones de fortalecimiento y seguimiento con el Grupo Interno de Trabajo Territorial, la Dirección Técnica de Participación, Contacto con las Víctimas y Enfoques Diferenciales, así como con la Dirección General.	El día 27 de mayo participe de forma presencial en la sede de la GITT - CHOCÓ en la Reunión de Equipo convocada por la coordinadora con el objetivo de hacerle seguimiento a los planes de trabajo establecidos.	**Si**
10	Apoyar la formulación, actualización o modificación de los planes regionales de búsqueda y de los planes operativos de búsqueda incorporando la estrategia de participación y sobre enfoques diferenciales de género, étnico y territorial.	Durante el periodo del informe radique cuatro solicitudes de búsqueda adelantando un dialogo inicial en cada una de ellas que permitirán seguir avanzando en las investigación humanitaria y extrajudicial que se llevan acabo dentro de los planes regionales de búsqueda, apoyando de esta forma la formulación, actualización o modificación de los PRG de cada subregión.	**Si**

PRODUCTOS Y OTROS ANEXOS

Seguridad Social - Planilla	Mayo

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)

JUDYS ELENA MURILLO MARTINEZ



USUARIO Y FECHA

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

Estado	Enviado, revisado, aprobado por	Usuario / Fecha y hora	Observaciones
En digitación	Yomaira Espinosa Mena	Jueves, 30 de Mayo del 2024	
Enviado a supervisor	Yomaira Espinosa Mena	Miercoles, 5 de Junio del 2024	
Aprobado supervisor	JUDYS ELENA MURILLO MARTINEZ	Jueves, 6 de Junio del 2024	
Enviado a central de cuentas	JUDYS ELENA MURILLO MARTINEZ	Jueves, 6 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	**Yomaira Espinosa Mena**
CÉDULA DE CIUDADANÍA	**26261877**
CIUDAD(ES) DONDE PRESTA EL SERVICIO	**QUIBDÓ**

2. INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO

CONTRATO No.	**229-2024**	VALOR TOTAL	**$ 60,291,000.00**	CDP	**8124**	RP	**53924**
VIGENCIA	**2024**	FECHA DE INICIO	**11/03/24**	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	**3**	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	**$ 6,237,000**	BASE GRAVABLE	**$ 6,237,000**
		IVA	**$**
APORTES OBLIG. EN PENSIÓN	**$ 399,200**	**DATOS DE SEGURIDAD SOCIAL**	
APORTES OBLIG. EN SALUD	**$ 311,900**	FONDO DE PENSIÓN	**COLFONDOS**
CLASIFICACIÓN DEL RIESGO ARL	**RIESGO CINCO(5)**	EPS	**NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S.A.**
APORTES ARL	**$**	ARL	**POSITIVA**
APORTES FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL	**$**	MÉTODO DE COTIZACIÓN	**ANTICIPADO**

5. DATOS BANCARIOS

BANCO	**BANCOLOMBIA**	TIPO	**AHORROS**	No. CTA	**57461096532**

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	JUDYS ELENA MURILLO MARTINEZ	CARGO - DEPENDENCIA	Experto Tecnico

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.



JUDYS ELENA MURILLO MARTINEZ

USUARIO Y FECHA

Estado	Enviado, revisado, aprobado por	Usuario / Fecha y hora	Observaciones
En digitación	Yomaira Espinosa Mena	Jueves, 30 de Mayo del 2024	
Enviado a supervisor	Yomaira Espinosa Mena	Miercoles, 5 de Junio del 2024	
Aprobado supervisor	JUDYS ELENA MURILLO MARTINEZ	Jueves, 6 de Junio del 2024	
Enviado a central de cuentas	JUDYS ELENA MURILLO MARTINEZ	Jueves, 6 de Junio del 2024	

DECLARACIÓN JURAMENTADA

Código:	GFI-FT-007	Versión:	006

Yo (Informacion del Contratista)

Identificado(a) con:	**Cédula de ciudadanía**	Número:	**26261877**

Nombres y apellidos: **Yomaira Espinosa Mena**

Teléfonos:

Celular No: **3126503472**

Dirección: **Calle 26 No. 16 - 17 B/ Cohimbra**

Correo electrónico personal: **yomaira0211@hotmail.com** CONTRATO No: **229-2024**

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
9466918762	Mayo	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

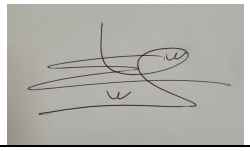
Acogiéndome al beneficio del Articulo 126-1 y 126-4 del ET, solicito que para el pago que está en trámite se aplique la deducción por el siguiente concepto, respecto del cual adjuto la correspondiente certificación de la Entidad Financiera:

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 **5** días del mes de **Junio** del año **2024**



Firma

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 26261877		ESPINOSA MENA YOMAIRA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Calle 55 # 14-47 Apto 1101 Chapinero	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-05	2024-05	668338533	9466918762	I	2024/06/21	2024/05/29	BANCOLOMBIA	0	$746,500

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)						**$2,619,132**	**$419,100**			**$2,619,132**	**$327,400**			**$0**	**$0**			**$0**	**$0**		**$0**	**$0**
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$2,619,132	$419,100			$2,619,132	$327,400			$0	$0			$0	$0		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)						$2,619,132	$419,100			$2,619,132	$327,400			$0	$0			$0	$0		$0	$0
1	CC	26261877	ESPINOSA YOMAIRA	231001	30	$2,619,132	$419,100	EPS037	30	$2,619,132	$327,400		0	$0	$0		0	$0	$0	0	$0	$0
Total			**Afiliados(1)**			$2,619,132	$419,100			$2,619,132	$327,400			$0	$0			$0	$0		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 26261877		ESPINOSA MENA YOMAIRA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Calle 55 # 14-47 Apto 1101 Chapinero	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-05	2024-05	668338533	9466918762	I	2024/06/21	2024/05/29	BANCOLOMBIA	0	$746,500

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$419,100	$0	$0	$419,100
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	$419,100	$0	$0	$419,100
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$327,400	$0	$0	$327,400
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$327,400	$0	$0	$327,400
TOTAL				**1**	**$746,500**	**$0**	**$0**	**$746,500**