Ciudad y fecha:	Tunja, 01 de mayo del 2024
Unidad:	Policía Metropolitana de Tunja-Unidad Prestadora de Salud Boyacá
Tipo de contrato	**Tipo de contrato** / **Marque el tipo de contrato** Orden de compra: Contrato de obra: Contrato de consultoría: Contrato de prestación de servicios: **X** Contrato de compraventa: Contrato de suministro: Contrato interadministrativo:
Contrato /aceptación de oferta u orden de compra No.	95-7-20063-24
Constancia de recibido No.	02
Contratista:	MARIBEL MEDINA VARGAS
NIT del contratista:	40.045.436
Objeto del contrato o aceptación de oferta:	Prestación de Servicios Profesionales y de Apoyo a la Gestión como FISIOTERAPEUTA ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL, para la Unidad Prestadora de Salud Boyacá
Instrumento de agregación y número del Acuerdo Marco de Precios (aplica sólo para órdenes de compra):	NO APLICA
Valor del contrato / aceptación de oferta u orden de compra:	$ 19.731.683.67
Plazo de ejecución:	22/03/2024 AL 27/09/2024
Fecha de vencimiento (aplica solo para órdenes de compra)	No Aplica
Lugar de ejecución y/o entrega	Calle 21 No. 8-70 Barrio Centro Histórico- Unidad Prestadora de Salud Boyacá
Incumplimiento del plazo de ejecución SI__ NO __X	NO APLICA
Nombre del supervisor/coordinador del contrato y cargo que desempeña:	Intendente ANLLY LEIDY BARBOSA REYES Responsable Salud Operacional

Fecha de entrega certificada:	01/04/2024 al 30/04/2024
Valor que se está certificando con la presente constancia de recibido de la vigencia 2024.	
Acta de recepción de bienes	No Aplica

Unidad	Recurso	Descripción del bien o servicios recibidos	Valor recibido	Valor facturado	Valor a amortizar y/o descontar *	Valor a pagar
UPRES BOYACA	16	Fisioterapeuta Esp. SST	$ 3.115.529,00	$ 3.115.529,00	$0	$ 3.115.529,00

No. factura	Fecha factura	Valor factura	Nota crédito o débito	Valor neto
02	01/04/2024	$ 3.115.529,00	$ 0,00	$ 3.115.529,00
Valor total bienes y/o servicios recibidos		$ 3.115.529,00	$ 0,00	$ 3.115.529,00

CONCEPTO DE CUMPLIMIENTO: El Contrato antes mencionado tiene por objeto la prestación de servicios como como FISIOTERAPEUTA ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL de 8 horas diarias, 44 horas semanales y 190 horas mensuales en la Unidad Prestadoras de Salud Boyacá, de acuerdo a la tabla de honorarios establecida en la Resolución 300 del 24 de junio del 2022 de la Dirección de Sanidad, el contratista ha dado cumplimiento dentro de las especificaciones y parámetros que establece el mismo contrato, por lo cual a continuación se informa las actividades realizadas durante el periodo certificado.

Informe de Actividades Mensual: los servicios se prestaron dentro del plazo de ejecución, cumpliendo con las especificaciones técnicas y condiciones estipuladas en el contrato, pago de los aportes al sistema general de seguridad social, por lo cual se avala el pago de la cuenta de cobro No. 02 correspondiente al periodo del 01 de abril hasta el 30 de abril del 2024.

Por medio de la presente constancia de recibo a satisfacción y en mi condición de supervisor acredito el cumplimiento de las obligaciones del contratista y certifico que los bienes y servicios relacionados cumplen con las especificaciones técnicas contratadas.

ÍTEM	CONDICIONES TÉCNICAS MÍNIMAS	CUMPLIÓ	OBSERVACIONES Y EVIDENCIAS
1	Actualizar el plan de prevención, preparación y respuesta ante emergencias: Según su competencia para la Unidad.	Si X No__	Ninguna
2	Apoyar en la ejecución de inducciones a personal nuevo que ingresa a laborar en la UPRES Boyacá y antiguo, cuando retome labores	Si X No__	Ninguna
3	Apoyar la ejecución de talleres, campañas propias del plan de trabajo y las adicionales según direccionamiento DITAH, DISAN.	Si X No__	Ninguna

4	Apoyo a reuniones del SST programadas por las diferentes unidades adscritas al UPRES Boyacá	Si X No__	Ninguna
5	Apoyo de las actividades del SGSST designadas por el supervisor del contrato como campañas de prevención en enfermedad laboral y accidente de trabajo	Si X No__	Ninguna
6	Asistir a inducciones, capacitaciones y demás actividades programadas por el UPRES Boyacá.	Si X No__	Ninguna
7	Conformar, capacitar y coordinar las actividades de brigadas de emergencia, según su competencia para la unidad.	Si X No__	Ninguna
8	Cumplir con las actividades de seguridad y salud en el trabajo, establecidas por el nivel central y la Dirección de Sanidad, establecidos en el plan de trabajo vigente.	Si X No__	Ninguna
9	Dar indicaciones generales y entrenamiento a funcionarios según plan de trabajo SST.	Si X No__	Ninguna
10	Diligenciar bases de datos de valoraciones, informes de medicina preventiva y de actividades realizadas, diligenciamiento de SISAP	Si X No__	Ninguna
11	Documentar los requerimientos propios del SGSST según su competencia por la licencia de seguridad y salud en el trabajo	Si X No__	Ninguna
12	Establecer la valoración previa y personalizada del paciente y emitir el diagnóstico según el caso, mediante un sistema de evaluación funcional y un sistema de registro e historia clínica.	Si X No__	Ninguna
13	Gestionar respuestas de comunicados oficiales, de requerimientos allegados a la dependencia, cuando la pertinencia sea para un profesional en fisioterapia	Si X No__	Ninguna
14	Identificar los elementos de protección personal – EPP, según matriz en formato establecido.	Si X No__	Ninguna
15	Implementar el programa de vigilancia epidemiológica del riesgo biomecánico, realizando capacitaciones de prevención de riesgo biomecánico, según temas direccionados por la DITAH y DISAN	Si X No__	Ninguna
16	Realizar actividades de medicina del trabajo y de prevención y promoción de la salud, de acuerdo con su licencia y nivel de competencia	Si X No__	Ninguna
17	Realizar el despliegue del plan de comunicaciones en SGSST de acuerdo con su licencia y nivel de competencia	Si X No__	Ninguna
18	Realizar inspección de puesto de trabajo: Según requerimientos de nivel central o por solicitud de la medicina laboral y /o examen ocupacional periódico.	Si X No__	Ninguna
19	Realizar investigación de accidentes laborales con sus respectivos informes, según su competencia para la unidad.	Si X No__	Ninguna
20	Realizar seguimiento a los contratos desde SST, según su competencia, para empresas tercerizadas que prestan servicios dentro de la unidad	Si X No__	Ninguna
21	Realizar seguimiento al diligenciamiento de los formatos EPP, según su competencia en cada unidad	Si X No__	Ninguna

22	Realizar valoraciones paramédicas ocupacionales de fisioterapia para reubicación laboral, determinación del origen y/o recomendaciones de salud ocupacional.	Si X No__	Ninguna
23	Registrar la accidentalidad en la matriz establecida por la DITAH-SGSST	Si X No__	Ninguna
24	Seguimiento y verificación a implementación de las medidas de prevención y control de peligros y riesgos identificados:	Si X No__	Ninguna
25	Trabajar en forma interdisciplinaria con las especialidades correspondientes a la Unidad, con el fin de ofrecer atención integral al paciente.	Si X No__	Ninguna
26	Desarrollar el programa de accidentalidad (consolidación, sistematización)	Si X No__	Ninguna
27	Desarrollar las actividades del plan de trabajo de SST asignadas	Si X No__	Ninguna
28	Las demás que le sean asignadas por el jefe inmediato o Jefe de UPRES y que tengan relación directa con las demás funciones, con la naturaleza del cargo, el área de desempeño y competencia de acuerdo a su licencia SST.	Si X No__	Ninguna
29	Realizar auto-reporte de condiciones de trabajo y de salud cuando le sea solicitado.	Si X No__	Ninguna
30	Realizar seguimiento al diligenciamiento de los formatos EPP, según su competencia en cada unidad	Si X No__	Ninguna
31	Verificar y hacer seguimiento a los compromisos adquiridos en el comité de seguridad y salud en el trabajo	Si X No__	Ninguna
32	Las demás que le sean asignadas por el supervisor y/o el jefe de la Unidad Prestadora de Salud Boyacá que tengan relación directa con el objeto contractual	Si X No__	Ninguna
33	horas de Prestación de Servicios ocho (8) horas diarias, cuarenta y cuatro (44) horas semanales, ciento noventa horas (190) mensuales de acuerdo a la Resolución No 300 en su Artículo 2	Si X No__	Ninguna
34	Cumplir cabalmente con sus obligaciones, frente al Sistema de Seguridad Social Integral y parafiscales (Cajas de Compensación Familiar, Sena e ICBF)...	SI X NO__	Planilla pagada por aportes al sistema de seguridad social integral No. 76605798 de fecha 26/04/2024.
35	Aporte apoyo ordenanza No. 030	SI X NO__	Pago de estampillas UPTC No. 7525607 de fecha 26/04/2024 por el valor de $ 31.000,00.

NOTA: para la radicación de la constancia de recibo a satisfacción, el supervisor deberá acompañarla, con el informe de supervisión correspondiente al periodo o la entrega certificada, junto con la publicación de la factura por parte del contratista en el SECOP II – Plan de pagos.

Firma_____
Intendente **ANLLY LEIDY BARBOSA REYES**
Supervisor contrato Nro. 95-7-20063-24

CUENTA DE COBRO No. 02

Tunja, 01 de mayo del 2024

POLICÍA METROPOLITANA DE TUNJA
UNIDAD PRESTADORA DE SALUD BOYACÁ
DEBE A:

MARIBEL MEDINA VARGAS identificada con Cédula de Ciudadanía No. 40.045.436 Expedida en Tunja (Boyacá) la suma de $3.115.529,00 por concepto de las actividades desempeñadas desde el 01 de abril al 30 de abril del año 2024, de acuerdo al objeto y obligaciones pactadas en el contrato de prestaciones de servicios No. **95-7-20063-24** suscrito con la Policía Metropolitana de Tunja – Unidad Prestadora de Salud Boyacá para prestar mis servicios como fisioterapeuta especialista en salud ocupacional.

Favor consignar en la cuenta de ahorros No. 300100264731 del Banco BANCOOMEVA de acuerdo al contrato estipulado.

Atentamente,

MARIBEL MEDINA VARGAS
C.C. 40.045.436 Expedida en Tunja
Celular: 3174350881
Correo: maribel.medina@correo.policia.gov.co

Tunja, 01 de mayo del 2024

Señores:
Policía Metropolitana de Tunja
Unidad Prestadora de Salud Boyacá
Ciudad.

Respetados señores;

Yo, **MARIBEL MEDINA VARGAS** identificada con cédula de ciudadanía No. 40.045.436 Expedida en Tunja (Boyacá), para los efectos previstos en la Ley 1819 de 2016 y 1943 de 2018 y en el Decreto reglamentario 3032 de 2013 del Ministerio de Hacienda y Crédito Público, certifico bajo la gravedad de juramento, que me encuentro enmarcado dentro de la categoría tributaria como; empleado, según el Artículo 241 y 329 del Estatuto Tributario, teniendo en cuenta que en una proporción igual o superior al 80% de mis ingresos, provienen de la actividad de profesiones liberales desarrollada en el **Unidad Prestadora de Salud Boyacá**, además mi condición es de **DECLARANTE** del Impuesto sobre la Renta.

Cordialmente,

MARIBEL MEDINA VARGAS
C.C. 40.045.436 Expedida en Tunja
Celular: 3174350881
Correo: maribel.medina@correo.policia.gov.co

Tunja, 01 de mayo del 2024

Señores:
Policia Metropolitana de Tunja
Unidad Prestadora de Salud Boyacá
Tunja.

Respetados señores;

Yo, **MARIBEL MEDINA VARGAS** en calidad de contratista identificada con cedula de ciudadanía 40.045.436 Expedida en Tunja (Boyacá), para los efectos previstos en el Artículo 4, Parágrafo 1°del Decreto 2271 de 2009, certifico bajo la gravedad de juramento, que los documentos soporte del pago de aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social en Salud, pensión y riesgos profesionales de acuerdo a los porcentajes establecidos por las normas vigentes (Salud 12,5%, Pensión 16% y riesgos profesionales para riesgo II el 1,044%, riesgo III el 2,436%, riesgo V 6;960%) sobre una base de cotización del 40% de los honorarios mensuales percibidos, correspondientes a los ingresos provenientes del contrato No. 95-7-20063-24 suscrito con la Policía Metropolitana de Tunja – Unidad Prestadora de Salud Boyacá.

VALOR A COTIZAR		VALOR COTIZADO SEGÚN LIQUIDACIÓN PLANILLA No. 76605798
HONORARIOS MENSUALES	3,115,529.00	3,115,529.00
BASE COTIZACION 40%	1,300,000.00	1,300,000.00
APORTE SALUD 12,5%	162,500.00	164,900.00
APORTE PENSION 16%	208,000.00	211,100.00
APORTE RIESGOS PROFESIONALES		
RIESGO II 1,044%	13,600.00	13,800.00
RIESGO III 2,436%	31,700.00	0.00
RIESGO V 6,960%	90,500.00	0.00

Cordialmente,

MARIBEL MEDINA VARGAS
C.C. 40045436 Expedida en Tunja
Teléfono 3174350881
Email: maribel.medina@correo.policia.gov.co

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

Señor(a): MARIBEL MEDINA VARGAS
No. Identificación: CC40045436
Dirección: CALLE 4 NO 5 A -19
Telefono: 7458626
Correo: medinavargasmaribel@gmail.com
Ciudad: TUNJA
Número de Planilla: 76605798

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	MARIBEL MEDINA VARGAS
Tipo y número de identificación	CC40045436
Número de planilla	76605798
Fecha pago	2024-04-26
Número de autorización pago	1695520
Banco	1083

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	marzo de 2024
Periodo de Cotización Pensión	marzo de 2024
Número de Administradoras	3
Total Pagado	389800
Total Intereses de Mora	5700

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	13800	1
25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	211100	1
EPS008	Compensar EPS	164900	1

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 40045436
APELLIDOS Y NOMBRES: MARIBEL MEDINA VARGAS

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS008	25-14	1300000	1300000	1300000	0	162500	0	208000	0	13600	0

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	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	40045436	MARIBEL MEDINA VARGAS	Calle 4 No 5 A -19	7458626	medinavargasmaribel@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOYACÁ	TUNJA	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	
2024-03	2024-03	I		76605798	$389.800	

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	162.500	0		0		0	17	2.400	0	164.900	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
25-14	Colpensiones	900336004-7	208.000	0	0	0	0	17	3.100	0	211.100	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	13.600				13.600	17	200	13.800			136	13.800	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	162.500	164.900
Pensión	1	208.000	211.100
Riesgos Laborales	1	13.600	13.800
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	384.100	389.800

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	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	40045436	MARIBEL MEDINA VARGAS	Calle 4 No 5 A -19	7458626	medinavargasmaribel@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I -- Independiente		BOYACÁ	TUNJA		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	
2024-03	2024-03	I		76605798	$389,800	

ETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estudiante	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	INL	CORRECCION	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
CC	40045436	MEDINA VARGAS MARIBEL	59	0			N																	25-14	1,300,000	208,000	0	0	0	0	EPS008	1,300,000	162,500	14-23	1,300,000	2	13,600		0	0	0	0	0	0	0	0

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

COMPROBANTE

NIT	Medio de Pago	No. Transacción	No. Autorización/CUS	Fecha y Hora
8918003301	DAVIPLATA	108600255	599016311	26/04/2024 09:10:32-a.m.

Razón Social: **UPTC - UNIVERSIDAD PEDAGÓGICA Y TECNOLÓGICA**

Usuario Pagador: **40045436**

Descripción del Pago: **100000194 - Estampilla Pro-UPTC**

Dirección IP: **152.200.171.2**

Total Pagado **$ 31,000.00**

Descripción	Cantidad	Valor Pagado	Valor Servicio
100000194 - Estampilla Pro-	1	$ 31,000.00	COP$ 31,000.00

ecollect
Seguro para ti

NIT	Medio de Pago	No. Transacción	No. Autorización/CUS	Fecha y Hora
8918003301	DAVIPLATA	108600255	599016311	26/04/2024 09:10:32-a.m.

Tipo de Documento

C.C

Numero Identificación Contratista

40045436

Nombre Contratista

MARIBEL MEDINA VARGAS

Numero Identificación Contratante

9009012094

Nombre Contratante

Policia Nacional METUN UPRES Boyacá

Numero de Contrato

9572006324

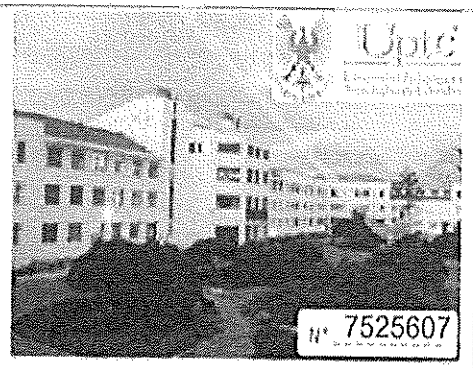
Vigencia

2024

Base Gravable

3115529

Uptc Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia	UNIVERSIDAD PEDAGÓGICA Y TECNOLÓGICA DE COLOMBIA ESTAMPILLA PRO DESARROLLO UPTC ORDENANZA 030 DE 2005	ACREDITACIÓN INSTITUCIONAL DE ALTA CALIDAD M U L T I C A M P U S RESOLUCIÓN 3910 DE 2015 MEN / 6 AÑOS

Número Estampilla	7525607			
Contratista:	MARIBEL MEDINA VARGAS			
C.C. / Nit / Identificación Contratista:	40045436			
Objeto del Contrato	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES Y DE APOYO A LA GESTION COMO FISIOTERAPEUTA ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL PARA LA UPRES BOYACÁ			
Contratante:	Policia Nacional METON.	C.C. / Nit / Identificación	9009012094 NIT. METON	
	Numero de Contrato:	9572006324	Vigencia:	2024
	Base Gravable	$3115529	Tarifa: 1% del valor neto de cada contrato	$ 31,000.00
	Fecha de Pago:	26/04/2024	900 800 209-4	

PBX (57) 8 7405626 / 7436208 www.uptc.edu.co Carrera 6 No. 39-115 Av. Central de Norte Tunja-Boyacá

En caso de consulta: e-mail cartera.estampillas@uptc.edu.co

Tunja, 01 de mayo del 2024

Señor Coronel
MARCOS WILSON FORERO RUGE
Comandante Policía Metropolitana de Tunja
Tunja

Respetado señor:

Yo, **MARIBEL MEDINA VARGAS,** identificado con cedula de ciudadanía **40.045.436 Expedida en Tunja,** por medio del presente me permito informar error de digitación en el número de CC/ NIT de la Policía metropolitana de Tunja, Enel soporte del pago de las estampillas pro desarrollo UPTC ordenanza 030 numero **7525607** por el valor de **$31.000**, sin embargo, fueron canceladas y el dinero fue depositado en la cuenta correspondiente lo anterior para fines administrativos pertinentes.

Cordialmente,

MARIBEL MEDINA VARGAS
C.C. 40.045.436 Expedida en Tunja
No Telefónico: 30174350881
Correo: maribel.medina@correo.policia.gov.co