PROCESO	Consulta previa Conexión Vial y de Espacio Público sobre la Quebrada Tibanica a la altura de la Av. Ciudad de Cali entre el Municipio de Soacha, Cundinamarca y el Distrito Capital
PERIODO DEL INFORME	Del 7 de noviembre al 30 de noviembre de 2025
NOMBRES Y APELLIDOS	Yeimy Paola Mantilla García
Nº DE CÉDULA	1010170256
VALOR MES	$ 4´145.000
VALOR TOTAL	$ 4´145.000

OBJETO DEL CONTRATO: Prestar los servicios como PROFESIONAL AMBIENTAL, según lo requerido en el Convenio Interadministrativo No. ICCU-1216-2025 con el INSTITUTO DE CAMINOS Y CONSTRUCCIONES DE CUNDINAMARCA – ICCU.

OBLIGACIONES	Actividad	Descripción de las actividades	Evidencias
Elaborar y entregar un plan de trabajo mensual con el detalle de las actividades ejecutadas y proyectadas, en el marco del cumplimiento a la Ruta metodológica concertada para la Consulta Previa del proyecto denominado: "CONEXIÓN VIAL Y DE ESPACIO PÚBLICO SOBRE LA QUEBRADA TIBANICA A LA ALTURA DE LA AV. CIUDAD DE CALI ENTRE EL MUNICIPIO DE SOACHA, CUNDINAMARCA Y EL DISTRITO CAPITAL".	Ruta metodológica	Ajuste del cronograma de actividades para elaborar la matriz de impactos y medidas de manejo de la consulta previa del proyecto puente de la Av. ciudad de Cali entre la localidad de Bosa y municipio de Bosa.	**1. Ruta metodológica**
Orientar técnicamente desde el conocimiento ambiental y de manera participativa con la Comunidad del Cabildo Indígena Muisca de Bosa la identificación de impactos y medidas de manejo en el marco del proceso de consulta previa del proyecto denominado: "CONEXIÓN VIAL Y DE ESPACIO PÚBLICO SOBRE LA QUEBRADA TIBANICA A LA ALTURA DE LA AV. CIUDAD DE CALI ENTRE EL MUNICIPIO DE SOACHA, CUNDINAMARCA Y EL DISTRITO CAPITAL".	Revisión de información del proyecto	Análisis de información relevante para el desarrollo de la matriz de impactos Estudios ambientales ICCU Plan de Manejo Humedal Tibanica Resolución de Sitios Sagrados	**2. Presentación en Power Point – Puente Tibanica**
Revisar, analizar, ajustar,consolidar y entregar los insumos técnicos y aportes comunitarios requeridos en el marco de la consulta previa del proyecto denominado: "CONEXIÓN VIAL Y	Recorrido por el humedal Tibanica	Reconocimiento del humedal Tibanica, zona de influencia directa e indirecta de la obra puente conexión localidad de Bosa y el Municipio de Soacha	**3. Acta de recorrido**

DE ESPACIO PÚBLICO SOBRE LA QUEBRADA TIBANICA A LA ALTURA DE LA AV. CIUDAD DE CALI ENTRE EL MUNICIPIO DE SOACHA, CUNDINAMARCA Y EL DISTRITO CAPITAL"			
Cumplir con las obligaciones de corresponsabilidad y de trabajo comunitario dentro de los espacios de participación del Cabildo Indígena Muisca de Bosa, en particular al Consejo de Territorio u otros a los cuales sea convocado.	Acompañamiento comisión de Plan de Vida	Discusión de los avances de Plan de Vida	**4. Acta de comisión Plan de Vida**
	Acompañamiento a la siembra en el Humedal Chiguazuque	El Cabildo Indígena Muisca de Bosa en coordinación con la Secretaría Distrital de Ambiente	**5. Listado de Asistencia**
Elaborar y enviar mensualmente el informe de actividades, cuenta de cobro y soportes de seguridad social, con los soportes requeridos, que evidencie el cumplimiento de las obligaciones pactadas en el contrato, y en las fechas establecidas en el mismo.	Informe de actividades	El presente documento corresponde al informe de obligaciones contractuales del contrato suscrito entre el Cabildo Indígena Muisca de Bosa y Yeimy Paola Mantilla García	**6. Informe de actividades**
1. Las demás actividades complementarias requeridas por el supervisor del contrato para el desarrollo del objeto contractual**.**	Alimentar el drive	Consolidar en el archivo one drive los documentos facilitados en relación con las practicas ancestrales de Cabildo Indígena Muisca de Bosa	https://drive.google.com/drive/folders/1UiWqEKE3MJ_uwqT0En6ewUdDV-ifkSC7?usp=drive_link

DECLARACIÓN DEL CONTRATISTA: Manifiesto que he cumplido con las obligaciones del contrato y que las actividades relacionadas en este informe corresponden a las labores efectivamente desarrolladas en el periodo indicado. De igual manera, declaro que seré responsable por las afirmaciones contenidas en el presente documento que sirve como soporte para certificar el cumplimiento del objeto del contrato.

Certifico bajo la gravedad de juramento que el pago al sistema de seguridad social y/o aportes parafiscales cumple con porcentajes señalados por la normatividad vigente.

Certifico bajo la gravedad de juramento que toda la información a continuación relacionada es veraz y cumplo con el pago de los aportes de Seguridad Social acorde a los honorarios recibidos en el mes en cumplimiento de lo establecido en el parágrafo 1, artículo 4 del Decreto 2271 de 2009.

Cabildo Indígena Muisca de Bosa	**CABILDO INDÌGENA MUISCA DE BOSA**	**Versión** 1
	INFORME DE ACTIVIDADES	**Fecha: 28 07 2023**

Planilla		**Salud**		**Pensión**		**ARL**	
Número	Mes pagado	EPS	Valor pagado	Fondo de Pensión	Valor pagado	Administradora de Riesgos Laborales	Valor pagado
Nota: Como acuerdo entre el Cabildo Indígena Muisca de Bosa y la contratista Yeimy Paola Mantilla para este presente informe se anexa el soporte de afiliación como independiente en Sanitas, Colpensiones y Positiva ARL.							

Atentamente;

Paola Mantilla

Yeimy Paola Mantilla García
C.C. 1010170256 Bogotá
Cel: 3203364249
Correo electrónico: paolamantilla923@gmail.com
CONTRATISTA

Revisó Alguacil de Territorio : Sandra Neuta	
Aprobó Autoridad: David Felipe Henao	

Cabildo Indígena Muisca de Bosa

DOCUMENTO EQUIVALENTE A CUENTA DE COBRO O FACTURA Art. 3
D.R. 522 de 2003 (Hoy 1625 de 2016) PARA NO RESPONSABLE DE IVA
Art. 18 de le Ley 1943 de 2018

CABILDO INDÍGENA MUISCA DE BOSA - CIMB
Reconocimiento Ministerio del Interior y de Justicia
4047 de 1999 NIT: 830.136.900 – 1

ATA	

PROYECTO:	Consulta previa Conexión Vial y de Espacio Público sobre la Quebrada Tibanica a la altura de la Av. Ciudad de Cali entre el Municipio de Soacha, Cundinamarca y el Distrito Capital
No DE CONSECUTIVO:	01
NOMBRES Y APELLIDOS:	Yeimy Paola Mantilla García
No DOCUMENTO DE IDENTIDAD:	CC 1010170256
DIRECCION Y CIUDAD:	Calle 23 No. 72ª 91 Int 3 Apto 102 Conjunto la Riviera
FECHA DE OPERACIÓN:	02/08/2010237-160429-61
ACTIVIDAD ECONOMICA RUT:	7020
TELEFONO:	3203364249
CORREO ELECTRONICO:	Paolamantilla923@gmail.com

CONCEPTO:

Prestar los servicios como PROFESIONAL AMBIENTAL, según lo requerido en el Convenio Interadministrativo No. ICCU-1216-2025 con el INSTITUTO DE CAMINOS Y CONSTRUCCIONES DE CUNDINAMARCA – ICCU.

VALOR CUENTA DE COBRO	
VALOR EN PESOS	$ 4´145.000
VALOR EN LETRAS	**Cuatro millones ciento cuarenta y cinco mil pesos**

INFORMACION BANCARIA					
NOMBRE COMPETO DEL TITULAR DE LA CUENTA:		Yeimy Paola Mantilla García			
BANCO	Bancolombia	**TIPO DE CUENTA**	Ahorros	**No DE CUENTA**	237-160429-61

Yo declaro que los documentos soporte (en original o en copia) para la elaboración de esta cuenta de cobro, son verídicos y el CIMB así lo acepta bajo el principio de buena fe (artículo 83 de la Constitución Política de 1991, principio desarrollado por la Corte Constitucional en C-544 de 1994).

De acuerdo con el Decreto 2231 del 22 de diciembre de 2023 y bajo gravedad de Juramento Informo:

Marcar con una X el punto que determine:	
1. Si tomare los costos y deducciones, solicito la aplicación del Art 392 y o 401 E.T	
2. No tomare los costos, solicito la aplicación del Art 383 con la renta exenta 25%	X
3. No tomare los costos, Solicito la aplicación del Art 383 sin la renta exenta 25%	
4. Pertenezco a la Economía para actividades Culturales y creativas Art 16 Ley 2070	
5. Soy responsable al pago a mi seguridad	X

FIRMA	
NOMBRE	Yeimy Paola Mantilla García Paola Mantilla
CEDULA DE CIUDADANIA	1010170256

FORMATO DE TRAZABIIDAD PAGO DE HONORARIOS TAENTO HUMANO			
CONCEPTO	**FECHA DE ENTREGA**	**FECHA SALIDA**	**FIRMA**
Presentación cuenta de cobro	Diciembre 15 de 2025		Paola Martilla
Aprobación Alguacil de Territorio			
Visto bueno autoridad encargada			

RESUMEN DECRETO 2231 DE DICIEMBRE DE 2023		
ACCION DE LA PERSONA NATURAL	**EFECTO EN LA RETENCION EN LA FUENTE**	**EFECTO EN LA DECLARACION DE RENTA**
MANIFISESTA POR ESCRITO Y BAJO GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE NO SE TOMARA COSTOS O DEDUCCIONES ASOCIADOS	El pagador aplica renta exenta del 25% y aplica tabla del art 383	Si es derarante de renta, debe presentar esos ingresos en la seccion rentas de trabajo del formulario 210 con su depuracion normal
No solicita al agente retenedor la aplicación de costos y deducciones	el pagador no aplica renta exenta, pero si utiliza la tabla de art. 383	Si es declarante de renta, debe presentar esos ingresos en la seccion rentas de trabajo del formulario 210. Y en la declaracion de renta podra imputarle renta exenta
Si solicita e agente retenedor la aplicación de costos y deducciones	El pagador no aplica renta exenta del 25% y aplica las tarifas tradicionales de retefuente del 4%, 6%, 10%, 11%, etc, de acuerdo a la situacion particular	Si es declarante de renta, debe presentar esos ingresos en la seccion rentas de trabajo por honorarios o presentacion de servicios personales del formuario 210

EPS Sanitas

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Fecha de Radicado: 22/12/2025

200727957

(Lee las instrucciones que se encuentran al respaldo antes de diligenciar este formulario)

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite	2. Tipo de Afiliación	3. Régimen	4. Contribución solidaria
A. Afiliación X B. Reporte de Novedades	A. Individual: - Cotizante o Cabeza de Familia X B. Colectiva D. De Oficio - Beneficiario o Afiliado adicional C. Institucional	A. Contributivo X B. Subsidiado	Si No

5. Tipo de Afiliado	6. Tipo de Cotizante	7. Código
A. Cotizante X C. Beneficiario B. Cabeza de Familia D. Afiliado adicional	A. Dependiente B. Independiente X C. Pensionado	(a registrar por la EPS) 03

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique a afiliado adicional)

8. Apellidos y nombres: Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
MANTILLA	GARCIA	YEIMY	PAOLA

9. Tipo de documento de identidad	10. Número del documento de identidad	11. Sexo biológico	12. Sexo Identificación	13. Nacionalidad
CEDULA	1010170256	Femenino X Masculino	F X M T NB Otro Cuál	

14. Lugar de nacimiento: País	Departamento	Municipio	15. Fecha de nacimiento
BOGOTA COLOMBIA	CUNDINAMARCA	BOGOTA	23 11 1986

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos Personales

16. Etnia	17. Comunidad	18. Discapacidad (Si / No)	Categoría de discapacidad	19. Tiene encuesta SISBÉN (Si / No)	20. Clasificación SISBÉN: Nivel	Grupo	21. Grupo de población especial

22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotización - IBC	25. Tarifa Contribución Solidaria
		$1423-500	

26. Residencia: Dirección	Teléfono Fijo
CALLE 23 # 72 A 91 INT 3 APTO 102	

Teléfono Celular	Correo Electrónico
3203364249	paolamantilla923@gmail.com

Departamento	Municipio / Distrito	Localidad / Comuna	Zona
CUNDINAMARCA	BOGOTA	FONTIBON	Cabecera Municipal X, Centro Poblado, Rural Disperso, Resto Rural

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos Básicos de Identificación del Cónyuge o compañero(a) permanente del cotizante

27. Apellidos y nombres: Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

28. Tipo de documento de identidad	29. Número del documento de identidad	30. Sexo biológico (Femenino / Masculino)	31. Sexo Identificación (F M T NB Otro Cual)	32. Nacionalidad

33. Lugar de nacimiento: País	Departamento	Municipio	34. Fecha de nacimiento

Datos Básicos de Identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

	35. Apellidos y nombres: Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

	36. Tipo de documento de identidad	37. Número del documento de identidad	38. Nacionalidad	39. Sexo biológico (Femenino / Masculino)	40. Sexo Identificación (F M T NB Otro Cual)	41. Lugar de nacimiento: País / Departamento / Municipio	42. Fecha de nacimiento
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

Datos complementarios del Beneficiario

	43. Parentesco	44. Etnia	45. Comunidad	46. Grupo de población especial	47. Tiene encuesta SISBÉN (Si / No)	48. Clasificación SISBÉN: Nivel / Grupo	49. Discapacidad (Si / No / Categoría de discapacidad)	50. Incapacidad permanente (Si / No)
B1								
B2								
B3								
B4								
B5								

	51. Datos de residencia: Departamento	Municipio/ Distrito	Zona	Teléfono fijo y/o celular	52. Valor de la UPC del afiliado adicional (a reconocer por la EPS)
B1			Cabecera Municipal / Centro Poblado / Rural Disperso / Resto Rural		
B2			Cabecera Municipal / Centro Poblado / Rural Disperso / Resto Rural		
B3			Cabecera Municipal / Centro Poblado / Rural Disperso / Resto Rural		
B4			Cabecera Municipal / Centro Poblado / Rural Disperso / Resto Rural		
B5			Cabecera Municipal / Centro Poblado / Rural Disperso / Resto Rural		

	Dirección	Localidad/Comuna	Correo Electrónico
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

A. AFILIACIÓN

Powered by CamScanner

200727957

	53. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS		54. Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C			
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL APORTANTE, DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA O RESPONSABLES DEL PAGO

55. Nombre o razón social	56. Tipo documento de identificación	57. Número del documento de identificación	58. Tipo de aportante o pagador de Pensiones (a registrar por la EPS)

59. Ubicación
Dirección | Teléfono fijo o Celular

Correo Electrónico | Departamento | Municipio / Distrito

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. Tipo de Novedad

- ☐ 1. Modificación de datos básicos de identificación.
- ☐ 2. Corrección de datos básicos de identificación.
- ☐ 3. Actualización del documento de identificación.
- ☐ 4. Actualización y corrección de datos complementarios.
- ☐ 5. Terminación de la inscripción en la EPS. Código ☐
- ☐ 6. Reporte de pago a través de un tercero Código ☐
- ☐ 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
- ☐ 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
- ☑ 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar.
- ☐ 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando.
- ☐ 11. Inscripción EPS retorno al país.
- ☐ 12. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- ☐ 13. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- ☐ 14. Movilidad: ☐ A. Régimen Contributivo ☐ B. Régimen Subsidiado
- ☐ 15. Traslado: ☐ A. Mismo Régimen ☐ B. Diferente Régimen
- ☐ 16. Reporte de fallecimiento del Cotizante o Cabeza de familia.
- ☐ 17. Reporte del trámite de protección al cesante.
- ☐ 18. Reporte de la calidad de Pre- pensionado.
- ☐ 19. Reporte de la calidad de Pensionado.
- ☐ 20. Ingreso a Contribución Solidaria.
- ☐ 21. Retiro de Contribución Solidaria.

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de identificación
Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	62. Sexo biológico Femenino Masculino	63. Sexo Identificación F M T NB Otro Cuál	64. Fecha de nacimiento

65. EPS anterior	66. Fecha de novedad	67. Motivo de traslado Código	68. Caja de compensación Familiar o pagador de pensiones
	22/11/2025		

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- ☐ 69. Declaraciones de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- ☐ 70. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
- ☐ 71. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- ☒ 72. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
- ☒ 73. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
- ☒ 74. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.
- ☒ 75. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.
- ☒ 76. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.
- ☐ 77. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes.
- ☐ 78. Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, según la encuesta del Sisbén vigente.

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

79. En caso de ausencia o fallecimiento del cabeza de familia reporte la persona de su grupo familiar que se hará cargo del pago de la Contribución Solidaria

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Tipo de documento de identidad	No. del documento de identidad

IX. FIRMAS

80. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional	81. Aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de Oficio
PAOLA MACHUCA	

X. ANEXOS

82. ☐ Anexo copia del documento de identidad Cantidad de documentos de identidad anexos: CN RC TI CC CE PA CD SC PT

- ☐ 83. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- ☐ 84. Copia del registro civil de matrimonio, o de la escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
- ☐ 85. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.
- ☐ 86. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.
- ☐ 87. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
- ☐ 88. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres.
- ☐ 89. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud numeral 4 y 5 del artículo 2.1.7.3 del Decreto 780 de 2016.
- ☐ 90. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- ☐ 91. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

Total Anexos

XI. DATOS DE LA ENTIDAD TERRITORIAL Y/O INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL

92. Identificación de la Entidad Territorial	Código del municipio	Código del departamento	93. Nombre de la Institución

XII. DATOS DEL FUNCIONARIO DE LA ENTIDAD TERRITORIAL O DE LA INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL

94. Apellidos y nombres
Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	95. Firma del funcionario	96. Fecha de radicación	97. Fecha de validación

OBSERVACIONES: (1) Independiente

Recuerde que con la firma del formulario, el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y las autorizaciones contenidas en el capítulo VII del formulario

Doc. identificación y nombre del Asesor o Comercial

Sello de Radicación

EPS Sanitas
RECIBIDO PARA VERIFICACIÓN
22 NOV 2025
RECIBIDO POR:

Sticker procesamiento

Powered by CamScanner

CER_AFI_2025000372105

LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

CERTIFICA QUE:

El usuario mencionado a continuación registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales. La información aquí proporcionada es verídica y se registra conforme a los datos suministrados.

Datos del contratante			
Nombres y apellidos o Razón Social	Empresa Contratante 723 - Yeimy Paola Mantilla Garcia		
Tipo de documento de identificación	NIT	**número de documento de identificación**	1010170256
Datos del contratista			
Tipo documento y número de identificación	CC. 1010170256	**Estado de afiliación**	Activa
Fecha última cobertura	25/11/2025	**Nombres y apellidos**	Yeimy Paola Mantilla Garcia
Fecha inicio contrato	22/11/2025	**Fecha de retiro**	No registra
Fecha fin contrato	21/03/2026	**Tipo de vinculación**	Trabajador Independiente
Clase de riesgo	1		

Esta certificación se expide a los 24 días del mes de noviembre del 2025.

Tenga en cuenta que, una vez finalice la fecha de terminación del contrato, el sistema aplicará automáticamente el retiro. Si tiene un nuevo contrato o prórroga, registre la novedad en www.positivaenlinea.gov.co para mantener la cobertura.

Para verificar la autenticidad de este certificado, escanea el código QR incluido o visita nuestra página web. Selecciona la opción "Validar certificados de afiliación" e ingresa el siguiente código: **CC24112025Y1010170256M424553.** Este código es válido por un mes.

Cordialmente,

Gerencia de afiliaciones y novedades ARL

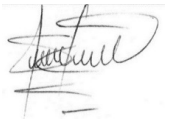
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S. A.

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **YEIMY PAOLA MANTILLA GARCIA** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1010170256,** se encuentra afiliado/a desde **01/01/2014** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 21 de noviembre de 2025.



Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

Nota: Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA