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:	ANGELICA MARIA OLAYA MURILLO				C.C	1032365678	
N° CONTRATO	452-2026	VIGENCIA	2026	FECHA DE INICIO	02/02/26	FECHA TERMINACIÓN	14/12/26
OBJETO:	OACP-528- Prestar los servicios profesionales para la revisión; edición y corrección de estilo y contenidos de productos editoriales para fortalecer las acciones de socialización; apropiación del conocimiento generado y preservación de la memoria institucional de la UBPD.						
NÚMERO DE PAGO:	1						

SUPERVISOR	CARGO
ELIANA CASTELLANOS DIAZ	Jefe de Oficina Asesora de Unidad Especial

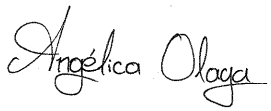
DESCRIPCIÓN DE OBLIGACIONES Y ACTIVIDADES DURANTE EL PERIODO RESPECTIVO

	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	Apoyar en la producción y corrección de estilo de los contenidos y publicaciones institucionales que se realicen para los diferentes canales de comunicación propios de la UBPD, aportando a la implementación de la estrategia de comunicaciones, pedagogía, legado y memoria.	Apoyé en la producción y corrección de estilo de: 1. Plan de trabajo de la Revista Fractales N.º 1; 2. Plan de trabajo de Revista Fractales N.º 2; 3 Plan de trabajo del libro conmemorativo de los 10 años de la UBPD.	
2	Apoyar en la edición de los textos de los contenidos y publicaciones institucionales elaborados como parte de la Estrategia de Comunicaciones, pedagogía, legado y memoria.	Redacté un artículo para medios sobre la identificación de Camilo Torres por parte de la UBPD. De igual manera, edité los textos del landing de la revista (última versión).	
3	Realizar entregas parciales de productos finales que hagan parte de los contenidos de la revista Fractales, la Universidad de la Búsqueda y productos de comunicación que se realicen en el marco dea de los 10 años del proceso de paz y 9 años de la búsqueda humanitaria y extrajudicial aprobados por la supervisión.	Realicé en la entrega de la convocatoria del segundo número de la Revista Fractales.	
4	Apoyar la producción de materiales para el avance de las acciones del componente de legado y memoria, Participar en las reuniones que sean convocadas por la supervisión para el trabajo conjunto del ambiente de aprendizaje y centro de pensamiento.	Apoyé en la entrega de la Revista Fractales N.º 1 impresa, así como en el diligenciamiento de las matrices de cooperación para la revista y el libro conmemorativo. De igual manera, asistí a las reuniones de coordinación de la Revista Fractales y del libro conmemorativo de los 10 años de la UBPD.	
5	Cumplir con el plan de trabajo aprobado por la supervisión.	Cumplí con el plan de trabajo aprobado por el supervisor.	
6	Las demás que le sean asignadas por el supervisor del contrato para el cabal cumplimiento del objeto contractual.	Cumplí con las acciones solicitadas por la supervisión y la oficina de comunicaciones de la UBPD.	

PRODUCTOS Y OTROS ANEXOS

Certificación afiliación Pensión	Planilla parafiscales febrero

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)

ELIANA CASTELLANOS DIAZ



USUARIO Y FECHA

Estado	Enviado, revisado, aprobado por	Usuario / Fecha y hora	Observaciones
En digitación	ANGELICA MARIA OLAYA MURILLO	Martes, 3 de Marzo del 2026	
Enviado a supervisor	ANGELICA MARIA OLAYA MURILLO	Martes, 3 de Marzo del 2026	
Subsanar	ELIANA CASTELLANOS DIAZ	Miercoles, 4 de Marzo del 2026	Por favor ajustar el valor a cobrar.
En digitación	ANGELICA MARIA OLAYA MURILLO	Miercoles, 4 de Marzo del 2026	Por favor ajustar el valor a cobrar.
En digitación	ELIANA CASTELLANOS DIAZ	Miercoles, 4 de Marzo del 2026	Para ajuste de cuenta - Por favor ajustar el valor a cobrar.
Enviado a supervisor	ANGELICA MARIA OLAYA MURILLO	Miercoles, 4 de Marzo del 2026	
Aprobado supervisor	ELIANA CASTELLANOS DIAZ	Miercoles, 4 de Marzo del 2026	
Pendiente subir a SECOP por contratista	ELIANA CASTELLANOS DIAZ	Miercoles, 4 de Marzo del 2026	
Pendiente subir a SECOP por contratista	ELIANA CASTELLANOS DIAZ	Miercoles, 4 de Marzo del 2026	

CERTIFICACIÓN DE AUTORIZACIÓN DE PAGO PARA CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Código:	GFI-FT-006	Versión:	008

1. INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRES Y APELLIDOS	ANGELICA MARIA OLAYA MURILLO
Cédula de ciudadanía	1032365678
CIUDAD DONDE PRESTA EL SERVICIO	BOGOTÁ D.C.

2. INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO

CONTRATO No.	452-2026	**VALOR TOTAL**	$ 74,640,000.00	**RP**	68426
VIGENCIA	2026	**FECHA DE INICIO**	02/02/26	**FECHA DE TERMINACIÓN**	14/12/26
TIPO DE CONTRATO	Prestación de servicios profesionales y/o apoyo a la gestión				

3. MODIFICACIONES DEL CONTRATO

Tipo de Modificación	Cedente / Cesionario	Fecha Cesión	Valor

4. INFORMACIÓN PARA PAGO

¿PENSIONADO?	NO	**NÚMERO DE PAGO**	1	**MES**	2026-02-02 / 2026-02-28
RESPONSABLE DE IVA	NO RESPONSABLE DE IVA				

NÚMERO DE FACTURA (RESPONSABLE DE IVA)	
BASE GRAVABLE	$ 6,480,000
IVA	$

VALOR AUTORIZADO PARA PAGO (NO RESPONSABLE DE IVA)	$ 6,480,000
APORTES OBLIG. EN PENSIÓN (16%) (*)	$ 414,700
APORTES OBLIG. EN SALUD (12,5%) (*)	$ 324,000
CLASIFICACIÓN DEL RIESGO ARL	RIESGO UNO (1)
APORTES ARL (**)	$ 13,500
APORTES FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL	$

5. DATOS BANCARIOS

BANCO	**BANCOLOMBIA**	TIPO	**AHORROS**	No. CTA	**03066984680**

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.

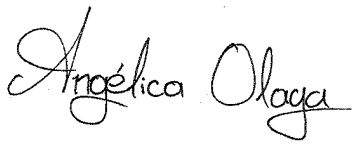
6. CERTIFICACIÓN DEL CONTRATISTA

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 de Gestión Financiera, de no cumplir con los requisitos se realizará la respectiva de devolución.



Firma del Contratista

7. CERTIFICACIÓN DEL SUPERVISOR(ES) DEL CONTRATO					
NOMBRE	ELIANA CASTELLANOS DIAZ	**CARGO**	Jefe de Oficina Asesora de Unidad Especial	**DEPENDENCIA**	OFICINA ASESORA DE COMUNICACIONES Y PEDAGOGIA

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 (amos) 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.

ELIANA CASTELLANOS DIAZ



AUDITORIA			
Estado	**Enviado, revisado, aprobado por**	**Fecha y hora**	**Observaciones**
En digitación	ANGELICA MARIA OLAYA MURILLO	3/3/2026 5:54:04 PM	
Enviado a supervisor	ANGELICA MARIA OLAYA MURILLO	3/3/2026 6:10:52 PM	
Subsanar	ELIANA CASTELLANOS DIAZ	3/4/2026 9:11:49 AM	Por favor ajustar el valor a cobrar.
En digitación	ANGELICA MARIA OLAYA MURILLO	3/4/2026 9:11:49 AM	Por favor ajustar el valor a cobrar.
En digitación	ELIANA CASTELLANOS DIAZ	3/4/2026 9:11:49 AM	Para ajuste de cuenta - Por favor ajustar el valor a cobrar.
Enviado a supervisor	ANGELICA MARIA OLAYA MURILLO	3/4/2026 11:17:15 AM	
Aprobado supervisor	ELIANA CASTELLANOS DIAZ	3/4/2026 2:27:01 PM	
Pendiente subir a SECOP por contratista	ELIANA CASTELLANOS DIAZ	3/4/2026 2:27:01 PM	
Pendiente subir a SECOP por contratista	ELIANA CASTELLANOS DIAZ	3/4/2026 2:27:02 PM	

DECLARACIÓN JURAMENTADA

Código:	GFI-FT-007	Versión:	008

Información del Contratista

Identificado(a) con:	**Cédula de ciudadanía**	Número:	**1032365678**
Nombres y apellidos:	**ANGELICA MARIA OLAYA MURILLO**		
Celular No:	**3012853676**		
Dirección:	**Diagonal 5F Nro 43B 27**		
Correo electrónico personal:	**aolayam@unidadbusqueda.gov.co**	CONTRATO No:	**452-2026**

Declaro bajo la gravedad de juramento que:

a) Para dar cumplimiento a 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 generada desde el operador de información, en la cual se evidencia su estado **pagada**

b) De conformidad con lo establecido en el numeral 6. del artículo 1.2.4.1.6. "Depuración de la base del cálculo de la retención en la fuente" del Decreto Único Regalmentario en materia tributaria No. 1625 de 2016, manifiesto bajo la gravead de juramento que: Para la presente Vigencia tomaré costos y deducciones asociados a los ingresos generados por el contrato de prestación de servicios suscrito con la entidad Si selecciona SI: Se le aplicará la retención en la fuente a titulo de renta a una tarifa del 10% persona natural sobre el valor de sus honorarios del mes correspondiente.	**NO**
c) Que la(s) persona(s) que relacionó a continuación, depende económicamente de mi y da lugar al tratamiento tributario a que se refiere el parágrafo segundo del artículo 387 del estatuto tributario así mismo, manifiesto que ninguna otra persona podrá requerir beneficio en forma adicional en los términos establecidos de la norma precitada.	**NO**
d) Durante el año 2025 pagué intereses por crédito hipotecario, de acuerdo a lo establecido en art. 387 del E.T.	**NO**
e) Durante el año 2025 realicé pagos por concepto de medicina prepagada, de acuerdo a lo establecido en art. 387 del E.T	**NO**
f) Solicito efectuar un mayor descuento de retención en la fuente de acuerdo con lo establecido en el parágrafo. 3 del art. 383 del E.T	**NO**
Autorizo a la UBPD descontar un porcentaje de retención en la fuente adicional al calculado por la entidad del:	**0** %

Tipo ID	Número de Identificación	Nombre Completo de la Persona a Cargo	Edad	Tipo Dependiente	Descripción

Solicitud Deducción de Rentas Exentas - Aportes Voluntarios

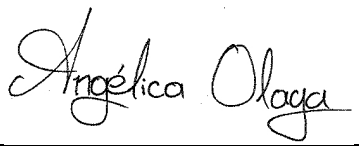
Acogiéndome al beneficio del Articulo 126-1 y 126-4 del ET, solicito que para el pago que está en trámite se aplique la deducción por el siguiente concepto, respecto del cual adjuto la correspondiente certificación de la Entidad Financiera:

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 **4** días del mes de **Marzo** del año **2026**



Firma

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	1032365678	ANGELICA MARIA OLAYA MURILLO	DIAG 5F 43B 27	8107984	angelica.olaya@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

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	
2026-02	2026-02	I	19/02/2026	53102068	$893.500	

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	360.000	0		0		0	0	0	0	360.000	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	460.800	0	0	0	0	0	0		460.800	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	15.100				15.100	0	0	15.100			151	15.100	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	57.600	0	0	57.600	1

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	360.000	360.000
Pensión	1	460.800	460.800
Riesgos Laborales	1	15.100	15.100
CCF	1	57.600	57.600
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	893.500	893.500

PAGADA

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**
CC	1032365678	ANGELICA MARIA OLAYA MURILLO		DIAG 5F 43B 27	8107984	angelica.olaya@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	**CLASE APORTANTE**	**NOMBRE SUCURSAL**	**CÓDIGO**	**DEPARTAMENTO**	**CIUDAD / MUNICIPIO**	**EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD**
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	NO

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**	
2026-02	2026-02	I	19/02/2026	53102068	$893.500	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	**Tipo**	**No. de Identificación**	**Apellidos y Nombres**	**Cotizante**	**Subtipo**	**Extranjero**	**Colom. exterior**	**Exonerado**	**ING**	**RET**	**TDE**	**TAE**	**TDP**	**TAP**	**VSP**	**VST**	**SLN**	**IGE**	**LMA**	**VAC**	**AVP**	**VCT**	**IRL**	**CORRECCIÓN**	**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**
1	CC	1032365678	OLAYA MURILLO ANGELICA MARIA	59	0			N							X										25-14	2.880.000	460.800	0	0	0	0	EPS008	2.880.000	360.000	14-23	2.880.000	1	15.100	CCF24	2.880.000	57.600	0	0	0	0	0

PAGADA

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

LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

CERTIFICA QUE:

ANGELICA MARIA OLAYA MURILLO identificado con CC. 1032365678 registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales:

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE	
Nombres y/o Razón	Empresa Contratante 723 - UNIDAD DE BUSQUEDA DE PERSONAS DADAS POR
Tipo y Numero de Documento	NI - 901158482

INFORMACIÓN RELACIÓN LABORAL			
Fecha de inicio de cobertura	2026/02/02	**Fecha inicio contrato**	2026/02/02
Tipo de vinculación	Independiente con Contrato	**Fecha de fin contrato**	2026/12/12
Riesgo	1	**Código actividad económica**	1841501 - ACTIVIDADES DE OTROS ORGANOS DE CONTROL, INCLUYE LOS ORGANOS DE CONTROL QUE SON INSTITUCIONES
Estado afiliación	Activo		
Fecha retiro		**Estado del contrato**	Activo

Esta certificación se expide a los 2 días del mes de febrero del 2026.

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: **CC02022026A1032365678O5924768.** Este código es válido por un mes.

Cordialmente,

Gerencia de afiliaciones y novedades ARL

POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS