Bogotá D.C, junio de 2025.

CUENTA DE COBRO No. 1

MINISTERIO DEL INTERIOR

NIT 830.114.475-6

DEBE A:

CINDY PAOLA SANDOVAL GUZMAN

C.C.1129543426 Barranquilla, Atlántico

la SUMA DE: ciento sesenta y ocho mil novecientos cincuenta

y nueve pesos

($168.959)

POR CONCEPTO DE:

Prestar sus servicios de apoyo a la gestión al Grupo de Gestión en Discapacidad de la Dirección para la Democracia, la Participación Ciudadana y la Acción Comunal apoyando las actividades relacionadas con la interpretación de lengua de señas colombiana en eventos y/o productos audiovisuales y la gestión de la información buscando el fortalecimiento del acceso a la información de las personas con discapacidad.

CONTRATO No. 1280 DE 2025
Periodo correspondiente del 29 -30 mayo de 2025. Consignar Cuenta de Ahorros N° 111702453384 BANCO FALABELLA



Cindy Paola Sandoval Guzman
C.C. No. 1129543426 de Barranquilla, Atlántico

Interior	PROCESO	GESTIÓN DE BIENES Y SERVICIOS	VERSIÓN	06
	FORMATO	MATRIZ CONCEPTO Y PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES Y/O PRODUCTOS CONTRACTUALES Y DEDUCCIONES ANEXO 5	PÁGINA	1 DE 1
			VIGENTE DESDE	06/09/2023

COPIA CONTROLADA

CUMPLIMIENTO CONTRATO No. 1280 DE 2025 CON EL MINISTERIO DEL INTERIOR (1)

OBJETO DEL CONTRATO: (2) : **Prestar sus servicios de apoyo a la gestión al Grupo de Gestión en Discapacidad de la Dirección para la Democracia, la Participación Ciudadana y la Acción Comunal apoyando las actividades relacionadas con la interpretación de lengua de señas colombiana en eventos y/o productos audiovisuales y la gestión de la información buscando el fortalecimiento del acceso a la información delas personas con discapacidad**

CONTRATISTA: (3)	INTERVENTOR(ES) Y/O SUPERVISOR(ES): (4)	PERIODO: (5)
CINDY PAOLA SANDOVAL GUZMAN	YASMITH PIRAZAN PARRA	mayo 29 -30

No.	OBLIGACIONES (6)	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO (7)	PRODUCTO ENTREGADO/ ACTIVIDADES DESARROLLADAS (8)	OBSERVACIONES (9)
1	Apoyar la interpretación de lengua de señas colombiana de textos, videos o piezas comunicativas desarrollados en español escrito u oral por la Dirección para la Democracia, la Participación Ciudadana y la Acción Comunal.	0%	No se solicitaron acciones para esta obligación durante el	
2	Brindar apoyo en los eventos programados por la Dirección para la Democracia, la Participación Ciudadana y la Acción Comunal que requieran interpretación de lengua de señas colombiana.	0%	No se solicitaron acciones para esta obligación durante el	
3	Brindar apoyo en la generación de base de datos de acuerdo con la información recolectada de las actividades desarrolladas por el Grupo de Gestión en Discapacidad.	0%	No se solicitaron acciones para esta obligación durante el	
4	bimensuales de evaluación de satisfacción de actividades desarrolladas por el Grupo de Gestión en Discapacidad	0%	No se solicitaron acciones para esta obligación durante el	
5	Las demás actividades que le sean asignadas por la supervisora del contrato.	5%	asiti a la capacitacion sobre codigo penal realizada por el t	https://drive.google.com/drive/u/0/folders/1ElJbEZjazUE3

(10) SOLICITUD DE DEDUCCIONES SEGÚN ARTÍCULO 387 DEL E.T. Y ARTÍCULO 2 DEL DECRETO 0099 DE 2013 Y DEMÁS NORMAS VIGENTES

A. **POR DEPENDIENTES:** (ver instrucciones) solicito deducción por dependientes. (Remitir certificado con anterioridad una sola vez al correo *mcortes@mininterior.gov.co*)
B. **POR CONCEPTO DE INTERESES O CORRECCIÓN MONETARIA EN CRÉDITOS DE VIVIENDA:** *(Remitir certificado con anterioridad una sola vez al correo mcortes@mininterior.gov.co)*
Compartido Porcentaje Participación _____
C. **POR MEDICINA PREPAGADA:** *(Remitir certificado con anterioridad una sola vez, al correo mcortes@mininterior.gov.co , Informar a este correo novedades de retiro de ser necesario).*
D. **POR RENTAS EXENTAS-APORTES VOLUNTARIOS:** *(Adjuntar la certificación en la cuenta de cobro como anexo cuando sea necesario)*

Yasmith Pirazán Parra

FIRMA SUPERVISOR
YASMITH PIRAZAN PARRA

CONTRATISTA
CINDY PAOLA SANDOVAL GUZMAN

Interior	**PROCESO**	**GESTIÓN DE BIENES Y SERVICIOS**	**VERSIÓN**	**6**
			PAGINA	**1 de 2**
	FORMATO	**INFORME PARA PAGO ANEXO 6**	**FECHA DE VIGENCIA**	**06/09/2023**

Espacio para Radicado

INFORMACIÓN GENERAL

No. DE CONTRATO 1280 DE 2025 FECHA. Día 29 Mes 05 Año 2025

OBJETO: : Prestar sus servicios de apoyo a la gestión al Grupo de Gestión en Discapacidad de la Dirección para la Democracia, la Participación Ciudadana y la Acción Comunal apoyando las actividades relacionadas con la interpretación de lengua de señas colombiana en eventos y/o productos audiovisuales y la gestión de la información buscando el fortalecimiento del acceso a la información de las personas con discapacidad.

NOMBRE DEL CONTRATISTA Y/O REPRESENTANTE LEGAL: CINDY PAOLA SANDOVAL GUZMAN	
DIRECCIÓN: Calle 71 a No 93 a 17	TELÉFONO: 3046628774
CÉDULA Y/O NIT: 1.129.543.426	CORREO ELECTRÓNICO: sandoval.cindypaola@gmail.com
NOMBRE(S) DEL SUPERVISOR(ES) Y/O INTERVENTORES(ES): YASMITH PIRAZAN PARRA	
DEPENDENCIA: Grupo de Gestión en Discapacidad de la Dirección para la Democracia, la Participación Ciudadana y la Acción Comunal	No. EXTENSIÓN O TELÉFONO:
FECHA DE INICIO DÍA: **29** MES: **05** AÑO: **2025**	**FECHA TERMINACIÓN INICIAL** DÍA: **31** MES: **12** AÑO: **2025**
Valor total del contrato $ 19,007,963	Valor desembolso del convenio $ 2.534.395

VALOR IVA (Cuando aplique)	**VALOR FACTURAS** (Cuando aplique)	**VALOR DESPLAZAMIENTOS** (Cuando aplique)	**VALOR ADICIÓN** (Cuando aplique)	**PRÓRROGA** (En caso de haberse suscrito, relacionar el término prorrogado)	**SUSPENSIÓN**	**CESIÓN**	**TERMINACIÓN ANTICIPADA**

ASPECTOS ECONÓMICOS

Número de pago	Periodo de pago	Valor a cobrar en el periodo	Pensionado
01	Mayo 29 - 30	$ 168.959	Sí___ No X

No. Registro(s) presupuestal(es) a afectar: (Ver Instrucciones) 175425	No. Subunidad presupuestal: (Ver Instrucciones) 37-01-01-000

Entidad bancaria	No. de cuenta bancaria	Tipo de cuenta
BANCO FALABELLA	111702453384	Ahorros X Corriente

PAGO APORTES SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL

	Entidad	Valor ($)	Periodo Mes	Periodo Año	No. de planilla
EPS	SANITAS	$178000	04	2025	9485369857
FONDO PENSIÓN	COLFONDOS	$ 227800			
ARL	POSITIVA	$ 14900			

OTROS ASPECTOS ECONÓMICOS

CONCEPTO SUPERVISOR(ES) y/o INTERVENTOR(ES)
(Revaluación del Proveedor) Evalúe

al contratista/proveedor teniendo en cuenta las siguientes convenciones:

3. Siempre 2. Casi siempre 1. Nunca

Lea los criterios que se presentan a continuación y con base a la gestión desarrollada por el contratista/ proveedor, incluya la calificación que sea pertinente.

Item	Categoría	Criterios de Evaluación.	Calificación
1	Cumplimiento	Presenta sus cuentas de cobro de acuerdo con la periodicidad establecida en el contrato.	3
2	Responsabilidad	Presentar los informes y/o soportes que le sean requeridos por el supervisor.	3
3	Oportunidad	Atiende oportunamente los requerimientos hechos por el supervisor, en relación con el objeto y a las obligaciones específicas de su contrato.	3
4	Calidad	Las obligaciones específicas, se desarrollan bajo las especificaciones técnicas o calidad requeridas.	3

5	SG-SST	Acató los lineamientos e instrucciones en matrería de Seguridad y Salud en el Trabajo, dispuestos por la Entidad.	3

Informes Publicados en SECOP II

Se validó la publicación de los informes de ejecución del Contrato en la plataforma SECOP II, conforme a lo dispuesto en el literal g) del artículo 11 de la Ley 1712 de 2014 y el Artículo 2.1.1.2.1.8. del Decreto 1081 de 2015.

NOTA: Para el pago final se debe anexar el soporte con el histórico de los informes cargados en el SECOP II.

OBSERVACIONES

(Novedades adicionales)

Indicar las novedades adicionales que se crea necesario informar el Contratista y/o Supervisor(es)/Interventor (es)

CONCEPTO SUPERVISOR(ES) Y/O INTERVENTOR(ES)

(Aplica solo para pago final)

El Supervisor, hace constar que el contratista CUMPLE (___) NO CUMPLE (_____) con el objeto del contrato y demás obligaciones contractuales, como consta en los informes, y ejecutó el mismo en un porcentaje del 100%.

Por lo anterior se deja constancia que:

1. Se canceló la suma de $ 0.
2. Existe saldo a favor del contratista por la suma de $ 0.
3. El contratista deberá reintegrar al Ministerio la suma de $ 0
4. El valor de la cesión es de $ 0
5. El Ministerio debe liberar la suma de $ 0.

FIRMA RESPONSABLE:

Yasmith Pirazán Parra

YASMITH PIRAZAN PARRA
C.C N° 51.979.095
Supervisor

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 1129543426		SANDOVAL GUZMAN CINDY PAOLA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 71 a No 93 a 17 Las salinas	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3636455	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-05	2025-05	1579315607	9486321637	I	2025/06/09	2025/06/26	BANCO FALABELLA		$425,400

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
1	CC	1129543426	SANDOVAL GUZMAN CINDY PAOLA	231001	30	$1,423,500	$227,800	EPS005	30	$1,423,500	$178,000		0	$0	$0	14-23	30	$1,423,500	$14,900	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$14,900		$0	$0

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$227,800	$0	$230,300
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	$227,800	$0	$230,300
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$14,900	$0	$15,100
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$14,900	$0	$15,100
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$178,000	$0	$180,000
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$178,000	$0	$180,000
TOTAL				1	$420,700	$0	$425,400

2025/06/25 07:25 PM

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141146830273

(415)7707212489984(8020) **000014114683027 3**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 1 2 9 5 4 3 4 2 6	3	Impuestos de Bogotá 3 2	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1 1 2 9 5 4 3 4 2 6	

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	1 6 9	Atlántico 0 8	Barranquilla 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
SANDOVAL	GUZMAN	CINDY	PAOLA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

41. Dirección principal: CL 71 A 93 A 17

42. Correo electrónico: sandoval.cindypaola@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
1 1 0 1 1 1	3 0 4 6 6 2 8 7 7 4	3 1 0 3 3 9 3 1 0 8

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 2 9 9	2 0 1 7 0 2 0 1	8 5 5 9	2 0 0 7 1 2 0 3	8 5 6 0				

Responsabilidades, Calidades y Atributos

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código	5	4 9																								

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54. Código										
	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores					
55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
		57. Modo			
		58. CPC			

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre SANDOVAL GUZMAN CINDY PAOLA

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Interior	**DECLARACION JURAMENTADA** **PARA EFECTOS DE RETENCION EN LA FUENTE**	

CERTIFICACIÓN:

Yo, Cindy Paola Sandoval Guzman

Identificado (a): CC: [x] CE: [ ] Número: 1.129.543.426

DECLARACION BAJO GRAVEDAD DE JURAMENTO PARA APLICACION DEDUCCION RETENCION EN LA FUENTE

Adopción Art. 206 numeral 10 y Art. 336 numeral 4

a.) Manifiesto bajo la gravedad de juramento que en mi depuración del impuesto sobre la renta no usaré costos y SÍ LA RENTA EXENTA DEL 25% contenida en el numeral 10 del artículo 206 del ET [x]

b.) Manifiesto bajo la gravedad de juramento que en mi depuración del impuesto sobre la renta SÍ USARÉ COSTOS y no la renta exenta del 25% contenida en el numeral 10 del artículo 206 del ET [ ]

Nota:
*Sí marco la opción **a.)** diligenciar los campos de deducciones para disminuir su base de restención en la fuente a título de renta que le apliquen.
*Sí marco la opción **b.)** no diligenciar los campos de deducciones para disminuir su base de restención en la fuente a título de renta.

Deducción de Dependientes

Para efectos de lo previsto en el parágrafo 2° del articulo 387 del estatuto Tributario, para el beneficio tributario de **deducción por dependientes,** de manera libre, espontánea y bajo la gravedad de juramento, manifiesto que las siguientes personas dependen económicamente de mi:

Marque la(s) opción(es) que cumpla(n) con las condiciones de dependientes:

1. Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años de edad y dependan económicamente del contribuyente. [x]
Anexar el documento de identidad del dependiente, Registro civil y Tarjeta de Identidad cuando aplique

2. Los hijos del contribuyente con edad entre 18 y 23 años, cuando el padre o madre contribuyente persona natural se encuentre financiando su educación en instituciones formales de educación superior certificadas por el ICFES o la autoridad oficial correspondiente; o en los programas tánicos de educación no formal debidamente acreditados por la autoridad competente, [ ]
Anexar el documento de identidad del dependiente, Registro civil y Tarjeta de Identidad cuando aplique o Cedula de ciudadanía
Anexar certificación semestral de pago matricula expedida por la respectiva entidad educativa.

3.Los hijos del contribuyente mayores de 23 años que se encuentren en situación de dependencia originada en factores físicos o psicológicos. [ ]
Anexar certificación de Medicina legal, de la EPS o de cualquier institución idónea habilitada en el Registro Nacional de Salud.

4. El cónyuge o compañero(a) permanente del contribuyente que se encuentre en situación de dependencia sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientes sesenta (260) UVT, certificada por Contador Público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sen certificados por Medicina Legal. [ ]
Anexar certificación anual de contador público
Anexar certificación de Medicina legal, de la EPS o de cualquier institución idónea habilitada en el Registro Nacional de Salud.

5. Los padres y los hermanos del contribuyente que se encuentren en situación de dependencia, sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientas sesenta (260) UVT, certificada por Contador Público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal. [ ]
Anexar certificación anual de contador público
Anexar certificación de Medicina legal, de la EPS o de cualquier institución idónea habilitada en el Registro Nacional de Salud.

Relación de Dependientes

Tipo de Documento	No. De Identificación	Nombres y Apellidos	Fecha de Nacimiento	Calidad De Dependencia
T.I	1139432659	Camila Andrea Romero Sandoval	08/01/2011	hija

Rentas Exentas

Aportes a Fondos de Pensiones Voluntarias (art. 126-1 ET) [ ]
Anexar certificación del valor total de los aportes del Fondo de pensiones administrador del año inmediatamente anterior

Aportes con destino a cuentas AFC (art 126-4 ET) [ ]
Anexar extracto bancario del año inmediatamente anterior.

Otras Deducciones

Pago por medicina prepagada, planes adicionales de salud y pagos por seguros de salud [ ]
Anexar certificación de la entidad de los pagos realizados en el año inmediatamente anterior

Intereses por prestamos de vivienda (en proporción a los meses certificados) [ ]
Anexar extracto bancario del año inmediatamente anterior.

Esta declaración se firma a los 8 días del mes de julio del año 2025

Cindy Paola Sandoval Guzman

Firma