

|                                                                                                  |         |                               |                   |            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|-------------------------------|-------------------|------------|
|  <b>Interior</b> | PROCESO | GESTIÓN DE BIENES Y SERVICIOS | VERSIÓN           | 6          |
|                                                                                                  | FORMATO | INFORME PARA PAGO ANEXO 6     | PAGINA            | 1 de 4     |
|                                                                                                  |         |                               | FECHA DE VIGENCIA | 06/09/2023 |

|                                                                                                                                                                                                                                                     |                                           |                                                                                                                                               |                                          |                                                                                             |                                              |                                                |                               |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------------------|-------------------------------|
| Espacio para Radicado                                                                                                                                                                                                                               |                                           |                                                                                                                                               |                                          |                                                                                             |                                              |                                                |                               |
| <b>INFORMACIÓN GENERAL</b>                                                                                                                                                                                                                          |                                           |                                                                                                                                               |                                          |                                                                                             |                                              |                                                |                               |
| No. DE CONTRATO 1375 FECHA. 3 de junio de 2025                                                                                                                                                                                                      |                                           |                                                                                                                                               |                                          |                                                                                             |                                              |                                                |                               |
| OBJETO: Prestar sus servicios profesionales en la Dirección de Asuntos Indígenas, Rom y Minorías, brindando apoyo en los trámites jurídicos y judiciales de competencia del Grupo de investigación, registro y apoyo al cumplimiento de sentencias. |                                           |                                                                                                                                               |                                          |                                                                                             |                                              |                                                |                               |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA Y/O REPRESENTANTE LEGAL: KAYRIN MARJORIE CARTAGENA CÁCERES                                                                                                                                                                   |                                           |                                                                                                                                               |                                          |                                                                                             |                                              |                                                |                               |
| DIRECCIÓN: DIAGONAL 75 BIS # 20 - 68                                                                                                                                                                                                                |                                           |                                                                                                                                               |                                          | TELÉFONO: 3012401740                                                                        |                                              |                                                |                               |
| CÉDULA Y/O NIT: 1.234.889.121                                                                                                                                                                                                                       |                                           |                                                                                                                                               |                                          | CORREO ELECTRÓNICO: kayrincartagena@outlook.com                                             |                                              |                                                |                               |
| NOMBRE(S) DEL SUPERVISOR(ES) Y/O INTERVENTORES(ES): ROQUELINA SABIS BLANCO MOSCARELLA                                                                                                                                                               |                                           |                                                                                                                                               |                                          |                                                                                             |                                              |                                                |                               |
| DEPENDENCIA: Dirección de Asuntos Indígenas, ROM y Minorías                                                                                                                                                                                         |                                           |                                                                                                                                               |                                          | No. EXTENSIÓN O TELÉFONO:                                                                   |                                              |                                                |                               |
| <b>FECHA DE INICIO</b>                                                                                                                                                                                                                              |                                           |                                                                                                                                               |                                          | <b>FECHA TERMINACIÓN INICIAL</b>                                                            |                                              |                                                |                               |
| DÍA: 03 MES: junio AÑO: 2025                                                                                                                                                                                                                        |                                           |                                                                                                                                               |                                          | DÍA: 31 MES: diciembre AÑO: 2025                                                            |                                              |                                                |                               |
| Valor total del contrato<br>\$ 42.000.000                                                                                                                                                                                                           |                                           |                                                                                                                                               |                                          | Valor desembolso del convenio<br>\$ 6.000.000                                               |                                              |                                                |                               |
| <b>VALOR IVA</b><br>(Cuando aplique)                                                                                                                                                                                                                | <b>VALOR FACTURAS</b><br>(Cuando aplique) | <b>VALOR DESPLAZAMIENTOS</b><br>(Cuando aplique)                                                                                              | <b>VALOR ADICIÓN</b><br>(Cuando aplique) | <b>PRÓRROGA</b><br>(En caso de haberse suscrito, relacionar el término prorrogado)          | <b>SUSPENSIÓN</b>                            | <b>CESIÓN</b>                                  | <b>TERMINACIÓN ANTICIPADA</b> |
| N/A                                                                                                                                                                                                                                                 | N/A                                       | N/A                                                                                                                                           | N/A                                      | N/A                                                                                         | N/A                                          | N/A                                            | N/A                           |
| <b>ASPECTOS ECONÓMICOS</b>                                                                                                                                                                                                                          |                                           |                                                                                                                                               |                                          |                                                                                             |                                              |                                                |                               |
| Número de pago<br>4                                                                                                                                                                                                                                 |                                           | Periodo de pago<br>Septiembre de 2025                                                                                                         |                                          | Valor a cobrar en el periodo<br>6.000.000                                                   |                                              | Pensionado<br>Sí___ No <u>X</u>                |                               |
| No. Registro(s) presupuestal(es) a afectar: (Ver Instrucciones)<br>184525                                                                                                                                                                           |                                           |                                                                                                                                               |                                          | No. Subunidad presupuestal: (Ver Instrucciones)<br>37-01-01-000 MININTERIOR GESTION GENERAL |                                              |                                                |                               |
| Entidad bancaria<br>BANCOLOMBIA                                                                                                                                                                                                                     |                                           |                                                                                                                                               |                                          | No. de cuenta bancaria<br>43400040568                                                       |                                              | Tipo de cuenta<br>Ahorros <u>X</u> Corriente__ |                               |
| <b>PAGO APORTES SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL</b>                                                                                                                                                                                                     |                                           |                                                                                                                                               |                                          |                                                                                             |                                              |                                                |                               |
|                                                                                                                                                                                                                                                     | Entidad                                   | Valor (\$)                                                                                                                                    | Periodo<br>Mes      Año                  |                                                                                             | No. de planilla<br><br><br><b>9492291571</b> |                                                |                               |
| EPS                                                                                                                                                                                                                                                 | SANITAS                                   | 650000                                                                                                                                        | Agosto                                   | 2025                                                                                        |                                              |                                                |                               |
| FONDO PENSIÓN                                                                                                                                                                                                                                       | COLFONDOS                                 | 832000                                                                                                                                        |                                          |                                                                                             |                                              |                                                |                               |
| ARL                                                                                                                                                                                                                                                 | POSITIVA                                  | 27200                                                                                                                                         |                                          |                                                                                             |                                              |                                                |                               |
| <b>OTROS ASPECTOS ECONÓMICOS</b>                                                                                                                                                                                                                    |                                           |                                                                                                                                               |                                          |                                                                                             |                                              |                                                |                               |
| <b>CONCEPTO SUPERVISOR(ES) y/o INTERVENTOR(ES)</b><br>(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.                                                                                   |                                           |                                                                                                                                               |                                          |                                                                                             |                                              |                                                |                               |
| <b>Ítem</b>                                                                                                                                                                                                                                         | <b>Categoría</b>                          | <b>Criterios de Evaluación.</b>                                                                                                               |                                          |                                                                                             |                                              |                                                | <b>Calificación</b>           |
| 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                             |

|                                                                                                  |         |                               |                   |            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|-------------------------------|-------------------|------------|
|  <b>Interior</b> | PROCESO | GESTIÓN DE BIENES Y SERVICIOS | VERSIÓN           | 6          |
|                                                                                                  | FORMATO | INFORME PARA PAGO ANEXO 6     | PAGINA            | 2 de 4     |
|                                                                                                  |         |                               | FECHA DE VIGENCIA | 06/09/2023 |

|   |         |                                                                                                                  |   |
|---|---------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|
| 4 | Calidad | Las obligaciones específicas, se desarrollan bajo las especificaciones técnicas o calidad requeridas.            | 3 |
| 5 | SG-SST  | Acató los lineamientos e instrucciones en materia 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 \_\_\_\_.

Por lo anterior se deja constancia que:

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

### FIRMA RESPONSABLE:



**ROQUELINA SABÍS BLANCO MOSCARELLA**  
Directora de Asuntos Indígenas, ROM y Minorías  
Supervisora

|                                                                                                  |         |                               |                   |            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|-------------------------------|-------------------|------------|
|  <b>Interior</b> | PROCESO | GESTIÓN DE BIENES Y SERVICIOS | VERSIÓN           | 6          |
|                                                                                                  | FORMATO | INFORME PARA PAGO ANEXO 6     | PAGINA            | 3 de 4     |
|                                                                                                  |         |                               | FECHA DE VIGENCIA | 06/09/2023 |

**Instrucciones para el diligenciamiento (Favor borrar al imprimir o al diligenciar)**

**Espacio para el radicado:** Espacio exclusivo para radicado Gestor Documental.

**No. De contrato y fecha:** Indicar número y fecha del contrato.

**Objeto:** Indicar el objeto del contrato tal y como aparece en el clausulado

**Nombre del contratista y/o representante legal:** Indicar el nombre del contratista o del representante legal de la firma a la que se asignó el contrato.

**Dirección:** Indicar dirección del contratista o de la firma a la que se asignó el contrato.

**Teléfono:** Indicar número telefónico del contratista o de la firma a la que se asignó el contrato.

**Cédula y/o NIT:** Indicar número de cédula de ciudadanía o número de NIT, según aplique.

**Correo electrónico:** Indicar correo electrónico del contratista o de la firma.

**Nombres(s) del Supervisor(es) y/o Interventor(es):** Indicar el nombre completo del supervisor(es) y/o interventor(es) del contrato.

**Dependencia:** Indicar la dependencia donde labora el supervisor del contrato.

**No. De extensión o teléfono:** Indicar el teléfono y/o extensión del supervisor del contrato.

**Fecha de inicio:** Indicar fecha de inicio de ejecución del contrato según aplique, aprobación de póliza o suscripción

**Fecha terminación inicial:** Indicar fecha de terminación del contrato.

**Valor total del contrato o Convenio:** Indicar valor total del contrato o convenio, incluidas adiciones si aplica.

**Valores honorarios mensuales o Desembolso del Convenio:** Indicar el valor total mensual de los honorarios del contratista o del convenio

**Valor IVA:** Indicar el valor del IVA en los casos que aplique.

**Valor facturas:** Indicar el valor de la factura en los casos que aplique.

**Valor desplazamientos:** Indicar si aplica el valor de desplazamientos del contratista, de acuerdo con el objeto contractual

**Valor Adición:** Indicar las adiciones que se hayan realizado al contrato, si aplica.

**Prórroga:** Indicar el tiempo de prórroga del contrato si aplica.

**Suspensión:** Indicar el tiempo de suspensión del contrato, si aplica.

**Cesión:** Indicar el nombre del contratista o firma que cedió el contrato, si aplica.

**Terminación anticipada:** Indicar la fecha en la que se suscribe la terminación anticipada del contrato.

**Aspectos Económicos:**

**Número de pago:** Indicar el número de pago que se está cobrando.

**Periodo de pago:** Indicar el periodo de pago que se está cobrando

**Valor a cobrar en el periodo:** Indicar el valor a cobrar correspondiente al periodo cobrado.

**Pensionado:** Indicar con una X si el contratista se encuentra pensionado o no.

**No Registro (s) Presupuestal (es) a afectar y No. Subunidad Presupuestal:** Indicar el Registro (s) Presupuestal (es) y la Subunidad Presupuestal, esta información se encuentra enunciada en el Registro Presupuestal de cada contrato, ver ejemplo:

| SIIF Nación                                                                                        |        | Reporte Compromiso Presupuestal de Gasto Comprobante |            | Usuario Solicitante: MFGularte                        |                                     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|------------------------------------------------------|------------|-------------------------------------------------------|-------------------------------------|
|                                                                                                    |        |                                                      |            | Unidad o Subunidad Ejecutora Solicitante: 37-01-01-22 |                                     |
|                                                                                                    |        |                                                      |            | Fecha y Hora Sistema:                                 |                                     |
| REGISTRO PRESUPUESTAL DEL COMPROMISO                                                               |        |                                                      |            |                                                       |                                     |
| Con base en el CDP: XXXX de fecha: XXXX Se hizo el registro presupuestal con el siguiente detalle: |        |                                                      |            |                                                       |                                     |
| Número:                                                                                            | XXXX   | Fecha:                                               | 2020-02-03 | Unidad (Subunidad) solicitante:                       | XXXX                                |
| Estado:                                                                                            | Activo | Generado:                                            |            | Tipo de Moneda:                                       | CDP-Pesos                           |
| Valor Inicial:                                                                                     |        | Valor Total Operaciones:                             |            | Tasa de Cambio:                                       | 6.90                                |
| TERCERO ORIGINAL                                                                                   |        |                                                      |            |                                                       |                                     |
| Identificación: Cédula de Ciudadanía:                                                              | XXXX   | Razon Social:                                        | XXXX       | Medio de Pago:                                        | Abono en cuenta                     |
| CUENTA BANCARIA                                                                                    |        |                                                      |            |                                                       |                                     |
| Número:                                                                                            |        | Banco:                                               |            | Tipo:                                                 | Abono                               |
| ORDENADOR DEL GASTO                                                                                |        |                                                      |            |                                                       |                                     |
| Identificación:                                                                                    |        | Nombre:                                              |            | Cargo:                                                |                                     |
| CUA MENOR                                                                                          |        |                                                      |            |                                                       |                                     |
| Identificación:                                                                                    |        | Fecha de Registro:                                   |            | Número:                                               | 238-28                              |
| DOCUMENTO SOPORTE                                                                                  |        |                                                      |            |                                                       |                                     |
| Identificación:                                                                                    |        | Fecha:                                               | 2020-02-03 | Tipo:                                                 | CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS |

|                                                                                                  |         |                               |                   |            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|-------------------------------|-------------------|------------|
|  <b>Interior</b> | PROCESO | GESTIÓN DE BIENES Y SERVICIOS | VERSIÓN           | 6          |
|                                                                                                  | FORMATO | INFORME PARA PAGO ANEXO 6     | PAGINA            | 4 de 4     |
|                                                                                                  |         |                               | FECHA DE VIGENCIA | 06/09/2023 |

**Entidad Bancaria:** Indicar el nombre de la entidad Bancaria, número de cuenta y establecer si es una cuenta de ahorros o una cuenta corriente.

**No. de cuenta bancaria:** Escribir en números la cuenta bancaria sin puntos ni líneas.

**Tipo de cuenta:** Indicar con una X si es de ahorros o corriente

**Pago aportes sistema de seguridad social:** Indicar la entidad, el valor, el periodo cotizado y número de planilla de aportes al Sistema de Seguridad Social, discriminado los valores correspondientes a salud, pensión y ARL.

**Otros Aspectos Económicos:**

**Concepto supervisor(es) y/o Interventor(es):** Indicar el concepto del supervisor según las convenciones asignadas para la evaluación del contratista.

**Informes Publicados en SECOP II:** El contratista mensualmente debe realizar la publicación de los informes en el SECOP II, y el supervisor debe validar dicha publicación. (No es necesario adjuntar este soporte mensualmente) Para el último pago, **Sí** se debe anexar el soporte con el histórico de los informes cargados en el SECOP II.

**Observaciones:** Indicar **novedades adicionales** que presente el contratista, incluyendo si para el cobro de su cuenta presenta más de dos usos presupuestales para la generación del pago.

**Concepto supervisor(es) y/o Interventor(es)** (aplica solo para el pago final.): Indicar el concepto del supervisor y/o interventor del contrato, señalando el porcentaje total de ejecución del contrato, dejar constancia de la ejecución financiera del contrato,

**Firmas responsables:** Firmar por parte del supervisor(es) y/o Interventor(es).

|                                                                                                  |         |                                                                                                        |               |            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|------------|
|  <b>Interior</b> | PROCESO | GESTIÓN DE BIENES Y SERVICIOS                                                                          | VERSIÓN       | 06         |
|                                                                                                  | FORMATO | MATRIZ CONCEPTO Y PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES Y/O PRODUCTOS CONTRACTUALES Y DEDUCCIONES | PÁGINA        | 1 DE 1     |
|                                                                                                  |         |                                                                                                        | VIGENTE DESDE | 06/09/2023 |

COPIA CONTROLADA

**CUMPLIMIENTO CONTRATO No. 1375 DE 2025 CON EL MINISTERIO DEL INTERIOR (1)**

**OBJETO DEL CONTRATO: (2) ::** Prestar sus servicios profesionales en la Dirección de Asuntos Indígenas, Rom y Minorías, brindando apoyo en los trámites jurídicos y judiciales de competencia del Grupo de investigación, registro y apoyo al cumplimiento de sentencias

| CONTRATISTA: (3)                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | INTERVENTOR(ES) Y/O SUPERVISOR(ES): (4)                                             |                                                                                                                                                                                                                   | PERIODO: (5)                  |
|-----------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|
| KAYRIN MARJORIE CARTAGENA CÁCERES |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | ROQUELINA SABIS BLANCO MOSCARELLA<br>Directora de Asuntos Indígenas, Rom y Minorías |                                                                                                                                                                                                                   | SEPTIEMBRE DE 2025            |
| No.                               | OBLIGACIONES (6)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO (7)                                                      | PRODUCTO ENTREGADO/ ACTIVIDADES DESARROLLADAS (8)                                                                                                                                                                 | OBSERVACIONES (9)             |
| 1                                 | Brindar apoyo en la proyección de respuestas de las acciones de tutelas y demás requerimientos judiciales de competencia del Grupo de investigación, registro y apoyo al cumplimiento de sentencias, para ser tramitados ante la dirección jurídica                                                                                                                       | 57%                                                                                 | Apoyé en la redacción de las contestaciones a acciones de tutela, informes de cumplimiento y requerimientos judiciales de competencia de la coordinación.<br>Brindé seguimiento a los procesos de tutela a cargo. | Ver archivo ZIP de evidencias |
| 2                                 | Brindar apoyo en los trámites jurídicos y judiciales de competencia del Grupo de investigación, registro y apoyo al cumplimiento de sentencias                                                                                                                                                                                                                            | 57%                                                                                 | Apoyé en la redacción de las contestaciones a acciones de tutela, informes de cumplimiento, requerimientos judiciales de competencia de la coordinación.<br>Brindé seguimiento a los procesos de tutela a cargo.  | Ver archivo ZIP de evidencias |
| 3                                 | Apoyar jurídicamente a la Dirección de Asuntos Indígenas Rom y Minorías, realizando los estudios jurídicos para la inscripción y registro de las asociaciones de cabildos y autoridades tradicionales indígenas y sus novedades proyectando los actos administrativos a que haya lugar, así como efectuar la comunicación de estos de conformidad con las normas vigentes | 57%                                                                                 | Durante el periodo no se asignaron solicitudes de conformación o modificación de asociaciones indígenas.                                                                                                          |                               |
| 4                                 | Apoyar al Grupo de investigación, registro y apoyo al cumplimiento de sentencias de la Dirección de Asuntos Indígenas, Rom y Minorías en la actualización de las certificaciones de existencia y representación legal de las asociaciones de cabildos y autoridades tradicionales indígenas, así como de los cabildos y/o autoridades indígenas                           | 57%                                                                                 | Durante el periodo no se asignaron solicitudes de conformación o modificación de asociaciones indígenas.                                                                                                          |                               |
| 5                                 | Brindar acompañamiento en la atención al usuario en forma personalizada cuando así lo requiera en temas afines al Grupo de investigación, registro y apoyo al cumplimiento de sentencias de la Dirección de Asuntos Indígenas, Rom y Minorías.                                                                                                                            | 57%                                                                                 | Apoyé en las respuestas de derechos de petición asignados a través de la plataforma de controldoc.<br>Apoyé en la contestación de tutelas e informes de cumplimiento de fallos de tutela                          | Ver archivo ZIP de evidencias |
| 6                                 | Organizar y remitir al archivo de la Dirección de Asuntos Indígenas, Rom y Minorías, los documentos que soportan las consultas, derechos de petición y demás solicitudes atendidas en cumplimiento del contrato                                                                                                                                                           | 57%                                                                                 | Apoyé en las respuestas de derechos de petición asignados a través de la plataforma de controldoc.<br>Apoyé en la contestación de tutelas e informes de cumplimiento de fallos de tutela                          |                               |
| 7                                 | Asistir a las reuniones presenciales o virtuales que sean convocadas por el supervisor y/o la Directora de Asuntos Indígenas, Rom y Minorías                                                                                                                                                                                                                              | 57%                                                                                 | Durante el periodo no se realizaron reuniones virtuales o presenciales en las que se requiriera presencia de la contratista                                                                                       |                               |
| 8                                 | Apoyar a la Dirección en la atención de peticiones, quejas, reclamos, sugerencias recibidas mediante las plataformas de ControlDoc y correo electrónico del Ministerio del Interior, de manera completa, precisa, congruente y oportuna, en temas relacionados con los espacios de diálogo representados en mesas regionales y nacionales a cargo de la Dirección         | 57%                                                                                 | Apoyé en la redacción de respuestas de derechos de petición que motivaron acciones de tutela en contra de la dirección                                                                                            | Ver archivo ZIP de evidencias |
| 9                                 | Las demás actividades que le sean asignadas por la supervisora del contrato, en cumplimiento del mismo                                                                                                                                                                                                                                                                    | 57%                                                                                 | Presté mis servicios profesionales dentro de la coordinación designada                                                                                                                                            |                               |

**(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) ☒ Sí ☐ No solicito deducción por dependientes. (Remitir certificado con anterioridad una sola vez al correo [mcortes@mininterior.gov.co](mailto: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](mailto:mcortes@mininterior.gov.co))  
☒ Sí ☐ No Compartido ☒ Sí ☐ No Porcentaje Participación \_\_\_\_\_
- C. **POR MEDICINA PREPAGADA:** Sí - Certificado enviado (Remitir certificado con anterioridad una sola vez, al correo [mcortes@mininterior.gov.co](mailto: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)

ROQUELINA SABIS BLANCO MOSCARELLA  
SUPERVISOR

KAYRIN MARJORIE CARTAGENA  
CÁCERES  
CONTRATISTA

Instructivo diligenciamiento (no imprimir y borrar al diligenciar):

- Indicar número y vigencia asignado al contrato.
- Indicar objeto del contrato
- Indicar nombre completo del contratista
- Indicar nombre y cargo del supervisor (es) y/o interventor (es)
- Indicar el periodo de ejecución del contrato.
- Indicar las obligaciones del contratista establecidas en el contrato
- Indicar el porcentaje de cumplimiento frente a la obligación del contrato relacionada.
- Indicar el producto obtenido frente a la obligación, si aplica.
- Indicar observaciones frente al porcentaje de cumplimiento y/o producto obtenido de la obligación relacionada, si aplica.
- Solicitud de Deducciones: Indicar la deducción por la cual se acoge según artículo 387 del E.T y artículo 2 del decreto 0099 de 2013 y demás normas vigentes:
  - Por Dependientes:** Por favor tener en cuenta Tabla 1 para determinar si requiere deducciones. Remitir certificado con anterioridad una sola vez al correo del Grupo de Financiera [mcortes@mininterior.gov.co](mailto:mcortes@mininterior.gov.co). Tienen derecho a deducción por dependientes las personas que cumplan las siguientes condiciones (Paragrafo 2o. Artículo 387 y Decreto 1625 de 2016 art. 1.2.4.1.18)

TABLA 1

**DEDUCCIÓN DE DEPENDIENTES**

Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años.

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Los hijos del contribuyente con edad entre 18 y 23 años, que estén estudiando en instituciones formales de educación superior certificadas por el ICFES o la autoridad oficial correspondiente; o en los programas técnicos de educación no formal debidamente acreditados por la autoridad competente.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| Los hijos del contribuyente mayores de 23 años que se encuentren en situación de dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por medicina legal.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| 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 doscientos sesenta (260) UVT, certificada por Contador Público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| Los padres y los hermanos del contribuyente que se encuentren en situación de dependencia sean por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientos sesenta (260) UVT, certificada por Contador Público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>b) Por concepto de intereses o corrección monetaria en créditos de vivienda:</b> Remitir certificado con anterioridad una sola vez al correo del Grupo de Financiera <a href="mailto:mcortes@mininterior.gov.co">mcortes@mininterior.gov.co</a> .<br><b>c) Por medicina prepagada:</b> Se debe Remitir certificado con anterioridad una sola vez al correo <a href="mailto:mcortes@mininterior.gov.co">mcortes@mininterior.gov.co</a> ), Informar a este correo novedades de retiro de ser necesario.<br><b>d) Por rentas exentas-aportes voluntarios:</b> Adjuntar la certificación de estos aportes a la cuenta de cobro como anexo, cuando sea necesario. |

11. Firmar por parte del supervisor (es) y/o interventor (es) y por parte del contratista.

Bogotá DC, septiembre de 2025  
Cuenta de Cobro  
No 4.

**EL MINISTERIO DEL INTERIOR**  
**NIT. 830.114.475-6**

**DEBE A:**

**KAYRIN MARJORIE CARTAGENA CÁCERES**  
**Cedula No. 1.234.889.121 de Soledad**

**LA SUMA DE**

SEIS MILLONES DE PESOS M/CTE (\$ 6.000.000)

**POR CONCEPTO DE:**

Actividades desarrolladas durante el mes de septiembre de 2025, de acuerdo al  
contrato de Prestación de Servicios No. 1375 de 2025

Por favor cancelar a la cuenta bancaria No. 43400040568 del Banco  
BANCOLOMBIA



**KAYRIN MARJORIE CARTAGENA CÁCERES**  
**Cedula No 1.234.889.121**  
**Contratista**

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE     |         |                                   |                 |                    |                       |                        |             |                       |             |
|-----------------------------------|---------|-----------------------------------|-----------------|--------------------|-----------------------|------------------------|-------------|-----------------------|-------------|
| Identificación                    | dv      | Razon Social                      | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion             | Ciudad-Departamento    | Teléfono    | Exonerado SENA e ICBF |             |
| CC 1234889121                     |         | CARTAGENA CACERES KAYRIN MARJORIE | INDEPENDIENTE   | PRINCIPAL          | calle 45 d No 18 b 66 | BARRANQUILLA-ATLANTICO | 4444444     | No                    |             |
| DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION |         |                                   |                 |                    |                       |                        |             |                       |             |
| Periodo                           |         | Clave                             |                 | Tipo               | Fecha                 |                        | Pago        |                       |             |
| Pensión                           | Salud   | Pago                              | Planilla        | Planilla           | Limite                | Pago                   | Banco       | Dias Mora             | Valor       |
| 2025-08                           | 2025-08 | 1799272970                        | 9492291571      | I                  | 2025/09/04            | 2025/09/24             | BANCOLOMBIA | 20                    | \$1,528,300 |

| LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES                     |                |            |                  |        |             |             |           |        |             |             |           |      |     |        |         |       |             |             |              |     |        |     |
|------------------------------------------------------|----------------|------------|------------------|--------|-------------|-------------|-----------|--------|-------------|-------------|-----------|------|-----|--------|---------|-------|-------------|-------------|--------------|-----|--------|-----|
| EMPLEADO                                             |                |            | PENSION          |        |             |             | SALUD     |        |             |             | CCF       |      |     |        | RIESGOS |       |             |             | PARAFISCALES |     |        |     |
| No.                                                  | Identificación | Nombres    | Codigo           | Dias   | IBC         | Aporte      | Codigo    | Dias   | IBC         | Aporte      | Codigo    | Dias | IBC | Aporte | Codigo  | Dias  | IBC         | Aporte      | Dias         | IBC | Aporte |     |
| Sucursal: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)                   |                |            |                  |        | \$5,200,000 | \$832,000   |           |        | \$5,200,000 | \$650,000   |           |      | \$0 | \$0    |         |       | \$5,200,000 | \$27,200    |              | \$0 | \$0    |     |
| Centro de Trabajo: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)          |                |            |                  |        | \$5,200,000 | \$832,000   |           |        | \$5,200,000 | \$650,000   |           |      | \$0 | \$0    |         |       | \$5,200,000 | \$27,200    |              | \$0 | \$0    |     |
| Ciudad: BARRANQUILLA Depto: ATLANTICO ( 1 Afiliados) |                |            |                  |        | \$5,200,000 | \$832,000   |           |        | \$5,200,000 | \$650,000   |           |      | \$0 | \$0    |         |       | \$5,200,000 | \$27,200    |              | \$0 | \$0    |     |
| 1                                                    | CC             | 1234889121 | CARTAGENA KAYRIN | 231001 | 30          | \$5,200,000 | \$832,000 | EPS005 | 30          | \$5,200,000 | \$650,000 | 0    |     | \$0    | \$0     | 14-23 | 30          | \$5,200,000 | \$27,200     | 0   | \$0    | \$0 |
| Total Afiliados( 1)                                  |                |            |                  |        | \$5,200,000 | \$832,000   |           |        | \$5,200,000 | \$650,000   |           |      | \$0 | \$0    |         |       | \$5,200,000 | \$27,200    |              | \$0 | \$0    |     |

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE |    |                                   |                 |                    |                       |                        |          |                       |
|-------------------------------|----|-----------------------------------|-----------------|--------------------|-----------------------|------------------------|----------|-----------------------|
| Identificación                | dv | Razon Social                      | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion             | Ciudad-Departamento    | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
| CC 1234889121                 |    | CARTAGENA CACERES KAYRIN MARJORIE | INDEPENDIENTE   | PRINCIPAL          | calle 45 d No 18 b 66 | BARRANQUILLA-ATLANTICO | 4444444  | No                    |

| DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION |         |            |            |          |            |            |             |           |             |
|-----------------------------------|---------|------------|------------|----------|------------|------------|-------------|-----------|-------------|
| Periodo                           |         | Clave      |            | Tipo     | Fecha      |            | Pago        |           |             |
| Pensión                           | Salud   | Pago       | Planilla   | Planilla | Limite     | Pago       | Banco       | Dias Mora | Valor       |
| 2025-08                           | 2025-08 | 1799272970 | 9492291571 | I        | 2025/09/04 | 2025/09/24 | BANCOLOMBIA | 20        | \$1,528,300 |

| RESUMEN DE PAGO              |        |             |    |           |                 |                |                        |               |  |
|------------------------------|--------|-------------|----|-----------|-----------------|----------------|------------------------|---------------|--|
| RIESGO                       | CODIGO | NIT         | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |  |
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1)     |        |             |    | 1         | \$832,000       | \$10,500       | \$0                    | \$842,500     |  |
| COLFONDOS                    | 231001 | 800,227,940 | 6  | 1         | \$832,000       | \$10,500       | \$0                    | \$842,500     |  |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1)     |        |             |    | 1         | \$27,200        | \$400          | \$0                    | \$27,600      |  |
| POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS | 14-23  | 860,011,153 | 6  | 1         | \$27,200        | \$400          | \$0                    | \$27,600      |  |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1)     |        |             |    | 1         | \$650,000       | \$8,200        | \$0                    | \$658,200     |  |
| SANITAS                      | EPS005 | 800,251,440 | 6  | 1         | \$650,000       | \$8,200        | \$0                    | \$658,200     |  |
| TOTAL                        |        |             |    | 1         | \$1,509,200     | \$19,100       | \$0                    | \$1,528,300   |  |

|         |                                                                      |  |
|---------|----------------------------------------------------------------------|--|
| #VALUE! | DECLARACION JURAMENTADA<br>PARA EFECTOS DE RETENCION EN<br>LA FUENTE |  |
|         |                                                                      |  |
|         |                                                                      |  |

CERTIFICACIÓN:

Yo, KAYRIN MARJORIE CARTAGENA CÁCERES

Identificado (a): CC: ☒ CE: ☐ Número: 1,234,889,121

DECLARACION BAJO GRAVEDAD DE JURAMENTO PARA APLICACIÓN 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 ☒
- 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:**  
\*Si 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.  
\*Si 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 artículo 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 mí:

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. ☐  
**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 técnicos 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 doscientos 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.**
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 doscientos 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 |
|-------------------|-----------------------|---------------------|---------------------|------------------------|
|                   |                       |                     |                     |                        |
|                   |                       |                     |                     |                        |
|                   |                       |                     |                     |                        |
|                   |                       |                     |                     |                        |
|                   |                       |                     |                     |                        |

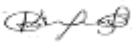
Rentas Exentas

- 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 préstamos de vivienda (en proporción a los meses certificados) ☐  
**Anexar extracto bancario del año inmediatamente anterior.**

Esta declaración se firma a los 15 días del mes de julio del año 2025



Firma

**Allianz Seguros de Vida S.A.****NIT 860.027.404-1****CERTIFICA**

Que el (la) señor(a) **CARTAGENA CACERES, KAYRIN MARJORIE**, identificado (a) con CC **1234889121** contrató para el año 2024 la póliza de salud N°**023492215** a través de Allianz Seguros de Vida S.A y registro pagos por concepto de primas de los asegurados asociados a esta póliza, los cuales se relacionan a continuación:

**ASEGURADOS:**

| NOMBRE                             | IDENTIFICACIÓN | PARENTESCO          | PRIMA        |
|------------------------------------|----------------|---------------------|--------------|
| CARTAGENA CACERES, KAYRIN MARJORIE | CC-1234889121  | Asegurado principal | 1.316.088,57 |
|                                    |                | TOTAL               | 1.316.088,57 |
|                                    |                | IVA                 | 65.804,42    |
|                                    |                | TOTAL + IVA         | 1.381.892,99 |

LA SUMA DE: 1.381.892,99 (UN MILLON TRESCIENTOS OCHENTA Y UN MIL OCHOCIENTOS NOVENTA Y DOS PESOS CON NOVENTA Y NUEVE CENTAVOS)

La presente certificación se expide a solicitud del interesado, en Bogotá D.C. a los 02 días del mes de Enero de 2025 (02/01/2025), de acuerdo a lo establecido por el artículo 87 del Estatuto Tributario.

Cordialmente,



**Camilo Romero**  
Representante Legal  
Allianz Seguros de Vida S.A.



Inicio

CARTAGENA CACERES, KAYRIN MARJORIE

LISTADO DE RECIBOS (AZR)



Datos Generales

Tom. Aseg.

Datos Riesgo

BÚSQUEDA

Póliza

23492215

Aplicación

0

Ramo

201-Allianz Gold

Tomador

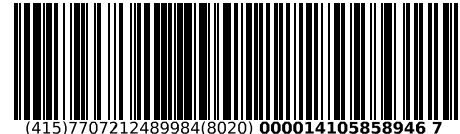
RECIBOS

| Recibo    | Tipo Recibo | Estado Recibo | Fecha Efecto | Fecha Término | Prima Total | Tramitar pago |
|-----------|-------------|---------------|--------------|---------------|-------------|---------------|
| 340451917 | C.AR        | Pendiente     | 01/07/2025   | 01/08/2025    | 384.738,00  |               |
| 342024357 | C.AR        | Pendiente     | 01/08/2025   | 01/09/2025    | 384.738,00  |               |
| 335728097 | C.AR        | Cobrado       | 01/04/2025   | 01/05/2025    | 384.738,00  |               |
| 334149261 | C.AR        | Cobrado       | 01/03/2025   | 01/04/2025    | 384.738,00  |               |
| 332358203 | C.AR        | Cobrado       | 01/02/2025   | 01/03/2025    | 384.738,00  |               |
| 330901830 | C.AR        | Cobrado       | 01/01/2025   | 01/02/2025    | 384.738,00  |               |
| 329598639 | C.AR        | Cobrado       | 01/12/2024   | 01/01/2025    | 384.738,00  |               |
| 328250828 | C.AR        | Cobrado       | 01/11/2024   | 01/12/2024    | 384.738,00  |               |
| 327079525 | C.AR        | Cobrado       | 01/10/2024   | 01/11/2024    | 384.738,00  |               |
| 105769214 | PROD        | Cobrado       | 13/09/2024   | 01/10/2024    | 227.679,00  |               |
| 337278257 | C.AR        | Cobrado       | 01/05/2025   | 01/06/2025    | 384.738,00  |               |
| 338881927 | C.AR        | Cobrado       | 01/06/2025   | 01/07/2025    | 384.738,00  |               |

2. Concepto 1 3 Actualización de oficio

4. Número de formulario

141058589467



(415)7707212489984(8020) 000014105858946 7

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

1 2 3 4 8 8 9 1 2 1

6. DV

9

12. Dirección seccional

Impuestos de Barranquilla

14. Buzón electrónico

2

## IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente

Persona natural o sucesión ilíquida

2

25. Tipo de documento

Cédula de Ciudadanía

1

3

26. Número de Identificación

1 2 3 4 8 8 9 1 2 1

Lugar de expedición

COLOMBIA

28. País

1

6

9

29. Departamento

Atlántico

0

8

30. Ciudad/Municipio

Soledad

7

5

8

31. Primer apellido

CARTAGENA

32. Segundo apellido

CACERES

33. Primer nombre

KAYRIN

34. Otros nombres

MARJORIE

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

## UBICACIÓN

38. País

COLOMBIA

1

6

9

39. Departamento

Atlántico

0

8

40. Ciudad/Municipio

Barranquilla

0

0

1

41. Dirección principal

CL 45 D 18 B 66

42. Correo electrónico

kayrincartagena@outlook.com

43. Código postal

44. Teléfono 1

3 0 1 2 4 0 1 7 4 0

45. Teléfono 2

## CLASIFICACIÓN

## Actividad económica

## Actividad principal

46. Código

6 9 1 0

47. Fecha inicio actividad

2 0 2 0 0 7 0 9

## Actividad secundaria

48. Código

49. Fecha inicio actividad

## Otras actividades

50. Código

1

2

## Ocupación

51. Código

52. Número establecimientos

## Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código 5 4 9

05- Impto. renta y compl. régimen ordinario

49 - No responsable de IVA

## Usuarios aduaneros

54. Código 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 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 ACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA

985. Cargo

Escritorio → Menú → Administración de contratos → **Ver contrato**

- 1 Información general
- 2 Condiciones
- 3 Bienes y servicios
- 4 Documentos del Proveedor
- 5 Documentos del contrato
- 6 Información presupuestal
- 7 **Ejecución del Contrato**
- 8 Modificaciones del Contrato
- 9 Incumplimientos

## Datos guardados

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

### VER CONTRATO

#### Ejecución del Contrato

☐ Porcentaje ☐ Recepción de artículos

#### Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de  
códigos de autorización? ☐ Sí ☒ No

| Id de pago | Número de factura | Fecha de emisión | Fecha de recepción | Valor total de la factura | Estado |
|------------|-------------------|------------------|--------------------|---------------------------|--------|
|------------|-------------------|------------------|--------------------|---------------------------|--------|

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

Crear

#### Documentos de ejecución del contrato

|                          | Descripción                                                      | Nombre del archivo                                               | Cargado por |                           |                         |
|--------------------------|------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|-------------|---------------------------|-------------------------|
| <input type="checkbox"/> | RP 184525CTO 1375-2025 DAI KAYRIN MARJORIE CARTAGENA CACERES.pdf | RP 184525CTO 1375-2025 DAI KAYRIN MARJORIE CARTAGENA CACERES.pdf | Comprador   | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> | CERTIFICADO ARL CTO 1375 DE 2025 KAYRIN CARTAGENA.pdf            | CERTIFICADO ARL CTO 1375 DE 2025 KAYRIN CARTAGENA.pdf            | Comprador   | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> | Designacion de Supervisor1393,1375-2025.pdf                      | Designacion de Supervisor1393,1375-2025.pdf                      | Comprador   | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> | CTO 1375 JUNIO 2025 KAYRIN CARTAGENA.pdf                         | CTO 1375 JUNIO 2025 KAYRIN CARTAGENA.pdf                         | Proveedor   | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> | CTO 1375 JULIO KAYRIN CARTAGENA (1).pdf                          | CTO 1375 JULIO KAYRIN CARTAGENA (1).pdf                          | Proveedor   | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> | CTO 1375 AGOSTO 2025 - KAYRIN CARTAGENA (1).pdf                  | CTO 1375 AGOSTO 2025 - KAYRIN CARTAGENA (1).pdf                  | Proveedor   | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |

Borrar

Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

## Datos guardados



# LA ESCUELA SUPERIOR DE ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Creada por la Ley 19 DE 1958

## Dirección Nacional

Dirección de Capacitación - Bogotá D.C.

CERTIFICA QUE:

**KAYRIN MARJORIE CARTAGENA CACERES**

Cédula de ciudadanía # 1234889121

PARTICIPÓ EN EL CURSO

## PREVENCIÓN Y ATENCIÓN A LAS VIOLENCIAS CONTRA LAS MUJERES Y DISCRIMINACIÓN RACIAL EN EL ÁMBITO DEL TRABAJO DE LA FUNCIÓN PÚBLICA

Realizado en Puerto Caicedo (Bajo Putumayo) entre el 13/08/2025 y el 22/08/2025  
con una intensidad de 20 horas. Se expide en Puerto Caicedo (Bajo Putumayo), el 05/09/2025.

**BREIDY FERNANDO CASTRO CAMPOS**  
Director Territorial - Huila- Caqueta- Bajo Putumayo  
Escuela Superior de Administración Pública ESAP

