

Bogotá D.C, 20 de mayo de 2026.

CUENTA DE COBRO No 5
MINISTERIO DEL INTERIOR NIT 830.114.475-6

DEBE A:
CARLOS FELIPE SALAZAR MUÑOZ
C.C. No. 76.327.411 de Popayán-Cauca

LA SUMA DE:
La suma de NUEVE MILLONES DE PESOS M/CTE (\$9.000.000)

POR CONCEPTO DE: "Prestar servicios profesionales, con plena autonomía técnica y administrativa, a la Dirección de Asuntos para Comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras brindando apoyo jurídico en los procesos misionales, de gestión contractual, así como en las instancias formales de participación."

CONTRATO No. N°1804 DE 2026
Periodo correspondiente del 1 al 30 de mayo de 2026
Consignar Cuenta de Ahorros N°. 5922025305 del banco SCOTIABANK COLPATRIA S.A., a nombre del suscrito.



CARLOS FELIPE SALAZAR MUÑOZ

C.C. 76.327.411



COPIA CONTROLADA

(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 educación 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)

☒ sí ☐ no Compartido ☒ sí ☐ no Pese 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)

 Interior	PROCESO	GESTIÓN DE BIENES Y SERVICIOS	VERSIÓN	6
	FORMATO	INFORME PARA PAGO ANEXO 6	PÁGINA	1 de 3
			FECHA DE VIGENCIA	06/09/2023

Espacio para Radicado

INFORMACIÓN GENERAL

No. DE CONTRATO **1804** FECHA. Día 29 Mes **01** Año **2026**

OBJETO: Prestar servicios profesionales con plena autonomía técnica y administrativa apoyando a la Dirección de Asuntos para las Comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras cumplimiento en el seguimiento de las metas e indicadores establecidas en el PMI del Acuerdo Final De Paz y en especial, las del capítulo étnico, CONPES y Programas de Desarrollo con Enfoque Territorial (PDET) donde confluyan las comunidades y pueblos que atiende esta Dirección

NOMBRE DEL CONTRATISTA Y/O REPRESENTANTE LEGAL: **C A R L O S F E L I P E S A L A Z A R M U Ñ O Z**

DIRECCIÓN: **C A R R E R A 5 # 4 B 5 7**

TELÉFONO: **3 1 9 2 3 1 1 4 0 4**

CÉDULA Y/O NIT: **7 6 3 2 7 4 1 1**

CORREO ELECTRÓNICO:
CARLOSFELIPESA@HOTMAIL.COM

NOMBRE(S) DEL SUPERVISOR(ES) Y/O INTERVENTORES(ES): **IRMA SOCORRO ESTUPIÑÁN BOHÓRQUEZ**

DEPENDENCIA: Dirección de Asuntos para Comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras

No. EXTENSIÓN O TELÉFONO: **3 1 9 2 3 1 1 4 0 4**

FECHA DE INICIO

DÍA: **30** MES: **01** AÑO: **2026**

FECHA TERMINACIÓN INICIAL

DÍA: **29** MES: **08** AÑO: **2026**

Valor total del contrato

63.000.000

Valor desembolso del convenio

9.000.000

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 5	Periodo de pago Del 1 al 30 de mayo de 2026	Valor a cobrar en el periodo \$9.000.000	Pensionado Sí___ No <u>X</u>
No. Registro(s) presupuestal(es) a afectar: (Ver Instrucciones) 85626		No. Subunidad presupuestal: (Ver Instrucciones) A-37-01-01-000	
Entidad bancaria SCOTIABANK COLPATRIA S.A		No. de cuenta bancaria 5922025305	Tipo de cuenta Ahorros <u>X</u> Corriente___

PAGO APORTES SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL

	Entidad	Valor (\$)	Periodo		No. de planilla
			Mes	Año	
EPS	SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD	\$450.000	05	2026	9504804094
FONDO PENSIÓN	COLPENSIONES	\$576.000			
ARL	POSITIVA	\$18.800			

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.

Ítem	Categoría	Criterios de Evaluación.	Calificación
1	Cumplimiento	Presenta sus cuentas de cobro de acuerdo con la periodicidad establecida en el contrato.	3

 Interior	PROCESO	GESTIÓN DE BIENES Y SERVICIOS	VERSIÓN	6
	FORMATO	INFORME PARA PAGO ANEXO 6	PÁGINA	2 de 3
			FECHA DE VIGENCIA	06/09/2023
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 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 \$9.000.000 _____ 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:



IRMA SOCORRO ESTUPIÑÁN

BOHÓRQUEZ

No. C.C 63.553.616

Supervisor

 Interior	PROCESO	GESTIÓN DE BIENES Y SERVICIOS	VERSIÓN	6
	FORMATO	INFORME PARA PAGO ANEXO 6	PÁGINA	3 de 3
			FECHA DE VIGENCIA	06/09/2023

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF	
CC 76327411		SALAZAR MUÑOZ CARLOS FELIPE	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 36 B No 14 -04	POPAYAN-CAUCA	8209625	No	
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago		Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor
2026-05	2026-05	321311762		9504804094	I	2026/06/03	2026/05/20	DAVibank S.A.	\$1,044,800

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	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$3,600,000	\$576,000			\$3,600,000	\$450,000			\$0	\$0			\$3,600,000	\$18,800		\$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$3,600,000	\$576,000			\$3,600,000	\$450,000			\$0	\$0			\$3,600,000	\$18,800		\$0
Ciudad: POPAYAN Depto: CAUCA (1 Afiliados)					\$3,600,000	\$576,000			\$3,600,000	\$450,000			\$0	\$0			\$3,600,000	\$18,800		\$0
1	CC	76327411	SALAZAR CARLOS	25-14	30		EPS018	30	\$3,600,000	\$450,000		0	\$0		14-23	30	\$3,600,000	\$18,800	0	\$0
Total Afiliados(1)					\$3,600,000	\$576,000			\$3,600,000	\$450,000			\$0	\$0			\$3,600,000	\$18,800		\$0

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 76327411		SALAZAR MUÑOZ CARLOS FELIPE	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 36 B No 14 -04	POPAYAN-CAUCA	8209625	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
2026-05	2026-05	321311762	9504804094	I	2026/06/03	2026/05/20	DAVibank S.A.	0	\$1,044,800

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$576,000	\$0	\$0	\$576,000	
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	\$576,000	\$0	\$0	\$576,000	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$18,800	\$0	\$0	\$18,800	
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	\$18,800	\$0	\$0	\$18,800	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$450,000	\$0	\$0	\$450,000	
S.O.S. SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A.	EPS018	805,001,157	2	1	\$450,000	\$0	\$0	\$450,000	
TOTAL				1	\$1,044,800	\$0	\$0	\$1,044,800	

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141113170163

5. Número de Identificación Tributaria (NIT) 7 6 3 2 7 4 1 1 5 6. DV 12. Dirección seccional Impuestos y Aduanas de Popayán 14. Buzón electrónico 1 7

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente Persona natural o sucesión ilíquida 25. Tipo de documento 2 Cédula de Ciudadanía 26. Número de Identificación 1 3 7 6 3 2 7 4 1 1 28. País COLOMBIA 29. Departamento Cauca 30. Ciudad/Municipio Popayán 0 0 1 31. Primer apellido SALAZAR 32. Segundo apellido MUÑOZ 33. Primer nombre CARLOS 34. Otros nombres FELIPE 35. Razón social

36. Nombre comercial 37. Sigla

UBICACIÓN

38. País COLOMBIA 39. Departamento Cauca 40. Ciudad/Municipio Popayán 0 0 1 41. Dirección principal CL 26 A N 8 21 42. Correo electrónico carlosfelipesa@hotmail.com 43. Código postal 44. Teléfono 1 3 0 0 8 4 6 4 4 5 0 45. Teléfono 2

CLASIFICACIÓN

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

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código 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 05- Impto. renta y compl. régimen ordinar 22- Obligado a cumplir deberes formales a 49 - No responsable de IVA 50 - No responsable de Consumo restauran

Usuarios aduaneros

Exportadores

54. Código 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 55. Forma 56. Tipo 1 2 3 57. Exportadores 58. CPC 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

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



Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice

Firma autorizada:



Firma del solicitante:

984. Nombre SALAZAR, NOLIZ CARLOS
(415)7707212489984(8020) 000014111317016 3

985. Cargo CONTRIBUYENTE

Fecha generación documento PDF: 15-01-2026 12:15:47AM

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.

SCOTIABANK COLPATRIA S.A.
NIT. 860.034.594-1

CERTIFICA QUE:

La cuenta de ahorros No. 5922025305 , con fecha de apertura 30 de Septiembre de 2025 , de la cual es titular:

El (la) señor(a): CARLOS FELIPE SALAZAR MUÑOZ
Identificado(a) con tipo de documento C No. 76.327.411

La cuenta en mención ha sido manejada de acuerdo a las normas establecidas por la entidad.

Damos esta información con la acostumbrada reserva bancaria.

La presente se expide a solicitud del interesado a los 20 días del mes de Mayo de 2026 .

Cordialmente,



Servicio al Cliente

Scotiabank Colpatria S.A.
www.scotiabankcolpatria.com



®Marca registrada de The Bank of Nova Scotia, utilizada bajo licencia. Scotiabank Colpatría Establecimiento Bancario.

Búsqueda

Mis procesos

Menú

Ir a

Buscar...

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

Datos guardados

Descripción		Nombre del archivo	Cargado por		
☐	RP85626 CTO1804-2026 DCN GI CARLOS FELIPE SALAZAR MUÑOZ.pdf	RP85626 CTO1804-2026 DCN GI CARLOS FELIPE SALAZAR MUÑOZ.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	ARL- 1804-2026 CARLOS FELIPE SALAZAR.pdf	ARL- 1804-2026 CARLOS FELIPE SALAZAR.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	DESIGNACIÓN SUPERVISOR IRMA SOCORRO ESTUPIÑAN BOHORQUEZ.pdf	DESIGNACIÓN SUPERVISOR IRMA SOCORRO ESTUPIÑAN BOHORQUEZ.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	1. CTO 1804-ENERO-SALAZAR MUÑOZ CARLOS FELIPE.pdf	1. CTO 1804-ENERO-SALAZAR MUÑOZ CARLOS FELIPE.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CPS 1804 CARLOS SALAZAR FEBRERO.pdf	CPS 1804 CARLOS SALAZAR FEBRERO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CPS 1804 CARLOS SALAZAR MARZO (1).pdf	CPS 1804 CARLOS SALAZAR MARZO (1).pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CPS 1804 CARLOS SALAZAR ABRIL-FIRMADA.pdf	CPS 1804 CARLOS SALAZAR ABRIL-FIRMADA.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar

Cargar nuevo

Cancelar

<

Evaluación de la Entidad Estatal

>

