



|   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |      |                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|---|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|--------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 6 | Tramitar de forma idónea y oportuna las peticiones, quejas, reclamos, sugerencias o denuncias (PQRS) dentro del mes de la asignación según reparto realizado por la DCN; así como brindar atención al ciudadano según requerimiento, conforme a los procedimientos, estándares institucionales y herramientas dispuestas. | 100% | Reunion con lider de grupo para ver lineamientos y solicitud de usuarios | <a href="https://mininterior.gov.co/personal/cuentas_vaticos_mininterior_gov_co/_layouts/15/onedrive.aspx?id=%2Fpersonal%2Fcuentas%2Fvaticos%2Fmininterior%2Fgov%2Fco%2FDocuments%2FOPS%202025%2FCFO%201944%2D%20CONTRERAS%20GOZALZE%20YULY%20ANDREA%2FOBLAGACION%206&amp;viewid=0e4b74f%2D3c6b4%2D4ab0%2D9a24%2D6498989f981&amp;CT=1763827976580&amp;OR=OWA%2DNT%2DMail&amp;CID=621e73df%2Da4aa1%2DF122%2Db1c3%2D42c2fc97ae&amp;e=5%3Aee264009134243a89aff1ea200594d9&amp;sharingv2=true&amp;fromShare=true&amp;at=9&amp;clickParams=eyJYLUFwcE5hbWUoIjNaWNyb3NzZnQgT3V0bG9yayBXZWJlQXBiwliWC1BCHBWZKJzaW9uljoiaMjAyNTExMTQwMDEuMTkiLCPyUlYlIdpbmRvd3Mg">https://mininterior.gov.co/personal/cuentas_vaticos_mininterior_gov_co/_layouts/15/onedrive.aspx?id=%2Fpersonal%2Fcuentas%2Fvaticos%2Fmininterior%2Fgov%2Fco%2FDocuments%2FOPS%202025%2FCFO%201944%2D%20CONTRERAS%20GOZALZE%20YULY%20ANDREA%2FOBLAGACION%206&amp;viewid=0e4b74f%2D3c6b4%2D4ab0%2D9a24%2D6498989f981&amp;CT=1763827976580&amp;OR=OWA%2DNT%2DMail&amp;CID=621e73df%2Da4aa1%2DF122%2Db1c3%2D42c2fc97ae&amp;e=5%3Aee264009134243a89aff1ea200594d9&amp;sharingv2=true&amp;fromShare=true&amp;at=9&amp;clickParams=eyJYLUFwcE5hbWUoIjNaWNyb3NzZnQgT3V0bG9yayBXZWJlQXBiwliWC1BCHBWZKJzaW9uljoiaMjAyNTExMTQwMDEuMTkiLCPyUlYlIdpbmRvd3Mg</a> |
|---|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|--------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

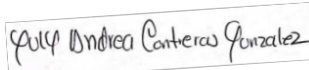
|   |                                                                                                                                                                                                                                                        |      |                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|---|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|   |                                                                                                                                                                                                                                                        |      |                                                                                                                                                        | TEifQ%3D%3D&cidOR=Client&FolderCTID=0x01200068EF3B710E8010478D5B0B29AB84A605&view=0                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| 7 | Participar en eventos, capacitaciones, reuniones, mesas o espacios convocados por la Dirección o el Ministerio del Interior, y cumplir con las demás obligaciones que le sean asignadas por el supervisor del contrato conforme al objeto contractual. | 100% | se participa en capacitaciones brindadas por lider de grupo y compañeros de equipo y directora, con lineamientos de conformación de grupos de trabajo. | <a href="https://mininteriorgovco-my.sharepoint.com/personal/cuentas_viatcos_mininterior_gov_co/_layouts/15/onedrive.aspx?id=%2Fpersonal%2Fcuentas%2Fviaticos%2Fmininterior%2Fgov%2Fco%2Fdocuments%2FOPS%202025%2FCTO%201944%2D%20CONTRERAS%20GONZALEZ%20YULY%20ANDREA%2FOBLIGACION%207&amp;viewid=00e4b74f%2D3b64%2D4ab0%2D9a24%2D64989889f981&amp;CT=1763827976580&amp;OR=OWA%2DNT%2DMail&amp;CID=621e73df%2Daaa1%2DF122%2Db1c3%2D42c22fcc97ae&amp;e=5%3Aee26400913424d3a89aff1ea200594d9&amp;sharingv2=true&amp;fromShare=true&amp;at=9&amp;clickParams=eyJYJUFwcE5hbWUiOiJNaWNyb3NvZnQgT3V0bG9vayBXZWlqQXBwliwiWC1BcHBWZXJzaW9uIjoiMjAyNTExMTQwMDEuMTkiLCJJPUI6IldpbmRvd3MgMTEiLCJQ%3D%3D&amp;cidOR=Client&amp;FolderCTID=0x01200068EF3B710E8010478D5B0B29AB84A605&amp;view=0">https://mininteriorgovco-my.sharepoint.com/personal/cuentas_viatcos_mininterior_gov_co/_layouts/15/onedrive.aspx?id=%2Fpersonal%2Fcuentas%2Fviaticos%2Fmininterior%2Fgov%2Fco%2Fdocuments%2FOPS%202025%2FCTO%201944%2D%20CONTRERAS%20GONZALEZ%20YULY%20ANDREA%2FOBLIGACION%207&amp;viewid=00e4b74f%2D3b64%2D4ab0%2D9a24%2D64989889f981&amp;CT=1763827976580&amp;OR=OWA%2DNT%2DMail&amp;CID=621e73df%2Daaa1%2DF122%2Db1c3%2D42c22fcc97ae&amp;e=5%3Aee26400913424d3a89aff1ea200594d9&amp;sharingv2=true&amp;fromShare=true&amp;at=9&amp;clickParams=eyJYJUFwcE5hbWUiOiJNaWNyb3NvZnQgT3V0bG9vayBXZWlqQXBwliwiWC1BcHBWZXJzaW9uIjoiMjAyNTExMTQwMDEuMTkiLCJJPUI6IldpbmRvd3MgMTEiLCJQ%3D%3D&amp;cidOR=Client&amp;FolderCTID=0x01200068EF3B710E8010478D5B0B29AB84A605&amp;view=0</a> |
| 8 | Las demás obligaciones que le sean asignadas por el supervisor del contrato en cumplimiento al objeto contractual.                                                                                                                                     | 100% | Concertar apoyo al grupo de trabajo sobre el marco del objeto contractual con lider del grupo                                                          | <a href="https://mininteriorgovco-my.sharepoint.com/personal/cuentas_viatcos_mininterior_gov_co/_layouts/15/onedrive.aspx?id=%2Fpersonal%2Fcuentas%2Fviaticos%2Fmininterior%2Fgov%2Fco%2Fdocuments%2FOPS%202025%2FCTO%201944%2D%20CONTRERAS%20GONZALEZ%20YULY%20ANDREA%2FOBLIGACION%208&amp;viewid=00e4b74f%2D3b64%2D4ab0%2D9a24%2D64989889f981&amp;CT=1763827976580&amp;OR=OWA%2DNT%2DMail&amp;CID=621e73df%2Daaa1%2DF122%2Db1c3%2D42c22fcc97ae&amp;e=5%3Aee26400913424d3a89aff1ea200594d9&amp;sharingv2=true&amp;fromShare=true&amp;at=9&amp;clickParams=eyJYJUFwcE5hbWUiOiJNaWNyb3NvZnQgT3V0bG9vayBXZWlqQXBwliwiWC1BcHBWZXJzaW9uIjoiMjAyNTExMTQwMDEuMTkiLCJJPUI6IldpbmRvd3MgMTEiLCJQ%3D%3D&amp;cidOR=Client&amp;FolderCTID=0x01200068EF3B710E8010478D5B0B29AB84A605&amp;view=0">https://mininteriorgovco-my.sharepoint.com/personal/cuentas_viatcos_mininterior_gov_co/_layouts/15/onedrive.aspx?id=%2Fpersonal%2Fcuentas%2Fviaticos%2Fmininterior%2Fgov%2Fco%2Fdocuments%2FOPS%202025%2FCTO%201944%2D%20CONTRERAS%20GONZALEZ%20YULY%20ANDREA%2FOBLIGACION%208&amp;viewid=00e4b74f%2D3b64%2D4ab0%2D9a24%2D64989889f981&amp;CT=1763827976580&amp;OR=OWA%2DNT%2DMail&amp;CID=621e73df%2Daaa1%2DF122%2Db1c3%2D42c22fcc97ae&amp;e=5%3Aee26400913424d3a89aff1ea200594d9&amp;sharingv2=true&amp;fromShare=true&amp;at=9&amp;clickParams=eyJYJUFwcE5hbWUiOiJNaWNyb3NvZnQgT3V0bG9vayBXZWlqQXBwliwiWC1BcHBWZXJzaW9uIjoiMjAyNTExMTQwMDEuMTkiLCJJPUI6IldpbmRvd3MgMTEiLCJQ%3D%3D&amp;cidOR=Client&amp;FolderCTID=0x01200068EF3B710E8010478D5B0B29AB84A605&amp;view=0</a> |

(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) ☒ SI ☐ 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))
- ☐ SI ☐ NO Compartido ☐ SI ☐ NO Porcentaje Participación \_\_\_\_\_
- C. **POR MEDICINA PREPAGADA:** (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)



FIRMA SUPERVISOR  
AMELIA ROCIO COTES CORTES



CONTRATISTA  
YULY ANDREA CONTRERAS GONZALEZ

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

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                      |                                                                                                                                               |                                           |                                                                                    |                                   |                                                |                               |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------------------|-------------------------------|
| Espacio para Radicado                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                      |                                                                                                                                               |                                           |                                                                                    |                                   |                                                |                               |
| <b>INFORMACIÓN GENERAL</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                      |                                                                                                                                               |                                           |                                                                                    |                                   |                                                |                               |
| No. DE CONTRATO 1944 FECHA: Día 2 5 Mes 09 Año 2 0 2 5                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                      |                                                                                                                                               |                                           |                                                                                    |                                   |                                                |                               |
| OBJETO: Prestar servicios profesionales como Administrador de Empresas para apoyar al Grupo de Seguimiento y Monitoreo de la Dirección de Asuntos para Comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras del Ministerio del Interior para brindar apoyo en la planeación, y seguimiento de procesos administrativos, organizacionales y de fortalecimiento institucional, orientados a garantizar la adecuada implementación, control y optimización de las acciones y proyectos desarrollados por la dependencia, en cumplimiento de sus funciones misionales. |                                                      |                                                                                                                                               |                                           |                                                                                    |                                   |                                                |                               |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA Y/O REPRESENTANTE LEGAL: Y U L Y A N D R E A C O N T R E R A S G O N Z A L E Z                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                      |                                                                                                                                               |                                           |                                                                                    |                                   |                                                |                               |
| DIRECCIÓN: TV 7 8 K 41-35 SUR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                      |                                                                                                                                               |                                           | TELÉFONO: 3 1 4 2 4 0 4 3 7 6 / 3 0 1 3 1 5 1 5 9 9                                |                                   |                                                |                               |
| CÉDULA Y/O NIT: 1096906311                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                      |                                                                                                                                               |                                           | CORREO ELECTRÓNICO: Y u d a n 8 8 1 1 @ h o t m a i l . c o m                      |                                   |                                                |                               |
| NOMBRE(S) DEL SUPERVISOR(ES) Y/O INTERVENTORES(ES): ALEXANDRA CÓRDOBA MONROY                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                      |                                                                                                                                               |                                           |                                                                                    |                                   |                                                |                               |
| DEPENDENCIA: Dirección de Asuntos para Comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenquera                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                      |                                                                                                                                               |                                           | No. EXTENSIÓN O TELÉFONO:                                                          |                                   |                                                |                               |
| <b>FECHA DE INICIO</b><br>DÍA: 25 MES: 09 AÑO: 2025                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                      |                                                                                                                                               |                                           | <b>FECHA TERMINACIÓN INICIAL</b><br>DÍA: 31 MES: 12 AÑO: 2025                      |                                   |                                                |                               |
| Valor total del contrato<br>\$ 26.000.000                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                      |                                                                                                                                               |                                           | Valor desembolso del convenio<br>\$ 7.000.000                                      |                                   |                                                |                               |
| <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> |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                      |                                                                                                                                               |                                           |                                                                                    |                                   |                                                |                               |
| <b>ASPECTOS ECONÓMICOS</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                      |                                                                                                                                               |                                           |                                                                                    |                                   |                                                |                               |
| Número de pago<br>4                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Periodo de pago<br>Del 01 al 31 de diciembre de 2025 |                                                                                                                                               | Valor a cobrar en el periodo<br>7.000.000 |                                                                                    | Pensionado<br>Sí ____ No <u>X</u> |                                                |                               |
| No. Registro(s) presupuestal(es) a afectar: (Ver Instrucciones)<br>418425                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                      |                                                                                                                                               |                                           | No. Subunidad presupuestal: (Ver Instrucciones)<br>A-37-01-01-000                  |                                   |                                                |                               |
| Entidad bancaria<br>BANCOLOMBIA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                      |                                                                                                                                               |                                           | No. de cuenta bancaria<br>329-000015-79                                            |                                   | Tipo de cuenta<br>Ahorros <u>X</u> Corriente__ |                               |
| <b>PAGO APORTES SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                      |                                                                                                                                               |                                           |                                                                                    |                                   |                                                |                               |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Entidad                                              | Valor (\$)                                                                                                                                    | Periodo                                   |                                                                                    | No. de planilla                   |                                                |                               |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                      |                                                                                                                                               | Mes                                       | Año                                                                                |                                   |                                                |                               |
| EPS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Nueva EPS                                            | \$ 350.000                                                                                                                                    | 12                                        | 2025                                                                               | 91617020<br>92194929              |                                                |                               |
| FONDO PENSIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Porvenir                                             | \$ 448.000                                                                                                                                    |                                           |                                                                                    |                                   |                                                |                               |
| ARL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Positiva                                             | \$ 14.700                                                                                                                                     |                                           |                                                                                    |                                   |                                                |                               |
| <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<br>FECHADE VIGENCIA | 2 de 4<br>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 \$ 15.400.000 conforme a la cláusula quinta del contrato.
2. Existe saldo a favor del contratista por la suma de \$ 7.000.000
3. El contratista deberá reintegrar al Ministerio la suma de \$ 0
4. El valor de la cesión es de \$ 0
5. El Ministerio debe liberar la suma de \$ 0

**FIRMA RESPONSABLE:**



AMELIA ROCIO CORTES CORTES  
C.C. 63.553.616  
Directora/Supervisora

|                                                                                                  |         |                               |                  |            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|-------------------------------|------------------|------------|
|  <b>Interior</b> | PROCESO | GESTIÓN DE BIENES Y SERVICIOS | VERSIÓN          | 6          |
|                                                                                                  | FORMATO | INFORME PARA PAGO ANEXO 6     | PAGINA           | 3 de 4     |
|                                                                                                  |         |                               | FECHADE 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:

|                                                                                                 |                           |                                          |                  |                                                       |                                     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|------------------------------------------|------------------|-------------------------------------------------------|-------------------------------------|
|              |                           | Reporte Compromiso Presupuestal de Gasto |                  | Usuario Solicitante: MHfgulerc                        |                                     |
|                                                                                                 |                           | Comprobante                              |                  | 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 Ejecutora: XXXX       |                  |                                                       |                                     |
| Estado: Generado                                                                                | Tipo de Moneda: COP-Pesos | Tasa de Cambio: 0,00                     |                  |                                                       |                                     |
| Valor Inicial:                                                                                  | Valor Total Operaciones:  | Valor Actual:                            | Saldo a Obligar: |                                                       |                                     |
| TERCERO ORIGINAL                                                                                |                           |                                          |                  |                                                       |                                     |
| Identificación: Cédula de Ciudadanía: XXXX                                                      | Razon Social: XXXX        | Medio de Pago:                           | Ahorro en cuenta |                                                       |                                     |
| CUENTA BANGARIA                                                                                 |                           |                                          |                  |                                                       |                                     |
| Número:                                                                                         | Banco:                    | Tipo:                                    | Ahorro           | Estado:                                               | Activa                              |
| ORDENADOR DEL GASTO                                                                             |                           |                                          |                  |                                                       |                                     |
| Identificación:                                                                                 | Nombre:                   | Cargo:                                   |                  |                                                       |                                     |
| CAJA MENOR                                                                                      |                           |                                          |                  |                                                       |                                     |
| Identificación:                                                                                 | Fecha de Registro:        | Número:                                  | 238-20           | Tipo:                                                 | CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS |
|                                                                                                 |                           |                                          |                  | Fecha:                                                | 2020-02-03                          |

|                                                                                                  |         |                               |                  |            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|-------------------------------|------------------|------------|
|  <b>Interior</b> | PROCESO | GESTIÓN DE BIENES Y SERVICIOS | VERSIÓN          | 6          |
|                                                                                                  | FORMATO | INFORME PARA PAGO ANEXO 6     | PAGINA           | 4 de 4     |
|                                                                                                  |         |                               | FECHADE 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).

Bogotá D.C, Diciembre de 2025.

CUENTA DE COBRO # 4

MINISTERIO DEL INTERIOR NIT 830.114.475-6

DEBE A:

YULY ANDREA CONTRERAS GONZALEZ  
C.C. No. 1096906311 DE CHIPATA SANTANDER

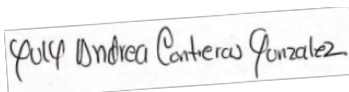
LA SUMA DE:  
SIETE MILLONES DE PESOS (\$ 7.000.000)

POR CONCEPTO DE:

Prestar servicios profesionales como Administrador de Empresas para apoyar al Grupo de Seguimiento y Monitoreo de la Dirección de Asuntos para Comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras del Ministerio del Interior para brindar apoyo en la planeación, y seguimiento de procesos administrativos, organizacionales y de fortalecimiento institucional, orientados a garantizar la adecuada implementación, control y optimización de las acciones y proyectos desarrollados por la dependencia, en cumplimiento de sus funciones misionales.

CONTRATO No.1944 de 2025.

Periodo correspondiente al 01 al 31 de diciembre de 2025. Consignar  
en Bancolombia Cuenta de # 329-000015-79



FIRMA DEL CONTRATISTA  
YULY ANDREA CONTRERAS GONZALEZ  
NOMBRE DEL CONTRATISTA  
C.C. No. 1096906311 de Chipatà Santander



|          |                              |  |
|----------|------------------------------|--|
| #(VALORI | DECLARACION JURAMENTADA      |  |
|          | PARA EFECTOS DE RETENCION EN |  |
|          | LA FUENTE                    |  |

CERTIFICACIÓN:

Yo, Yuly Andrea Contreras Gonzale

|                   |     |                                     |     |                          |           |               |
|-------------------|-----|-------------------------------------|-----|--------------------------|-----------|---------------|
| Identificado (a): | CC: | <input checked="" type="checkbox"/> | CE: | <input type="checkbox"/> | Número: - | 1.096.906.311 |
|-------------------|-----|-------------------------------------|-----|--------------------------|-----------|---------------|

DECLARACIÓN 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 SI LA RENTA EXENTA DEL 25% contenida en el numeral 10 del artículo 206 del ET | <input checked="" type="checkbox"/> |
| b.) Manifiesto bajo la gravedad de juramento que en mi depuración del impuesto sobre la renta SI USARÉ COSTOS y no la renta exenta del 25% contenida en el numeral 10 del artículo 206 del ET | <input type="checkbox"/>            |

**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.<br>Anexar el documento de identidad del dependiente, Registro civil y Tarjeta de Identidad cuando aplique                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 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,<br>Anexar el documento de identidad del dependiente, Registro civil y Tarjeta de Identidad cuando aplique o Cédula de ciudadanía<br>Anexar certificación semestral de pago matrícula expedida por la respectiva entidad educativa. | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 3. Los hijos del contribuyente mayores de 23 años que se encuentren en situación de dependencia originada en factores físicos o psicológicos.<br>Anexar certificación de Medicina legal, de la EPS o de cualquier institución idónea habilitada en el Registro Nacional de Salud.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/>            |
| 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.<br>Anexar certificación anual de contador público<br>Anexar certificación de Medicina legal, de la EPS o de cualquier institución idónea habilitada en el Registro Nacional de Salud.                                                                                    | <input type="checkbox"/>            |
| 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.<br>Anexar certificación anual de contador público<br>Anexar certificación de Medicina legal, de la EPS o de cualquier institución idónea habilitada en el Registro Nacional de Salud.                                                                                             | <input type="checkbox"/>            |

Relación de Dependientes

| Tipo de Documento | No. De Identificación | Nombres y Apellidos              | Fecha de Nacimiento | Calidad De Dependencia |
|-------------------|-----------------------|----------------------------------|---------------------|------------------------|
| TI                | 1187213281            | David Alejandro Pinzon Contreras | 10/11/2011          | Hijo                   |
|                   |                       |                                  |                     |                        |
|                   |                       |                                  |                     |                        |
|                   |                       |                                  |                     |                        |
|                   |                       |                                  |                     |                        |

Rentas Exentas

|                                                                                                                          |                          |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| Aportes a Fondos de Pensiones Voluntarias (art. 126-1 ET)                                                                | <input type="checkbox"/> |
| 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)                                                                         | <input type="checkbox"/> |
| Anexar extracto bancario del año inmediatamente anterior.                                                                |                          |

Otras Deducciones

|                                                                                              |                          |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| Pago por medicina prepagada, planes adicionales de salud y pagos por seguros de salud        | <input type="checkbox"/> |
| 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)                 | <input type="checkbox"/> |
| Anexar extracto bancario del año inmediatamente anterior.                                    |                          |

Esta declaración se firma a los 12 días del mes de diciembre del año 2025

Yuly Andrea Contreras Gonzalez

Firma

REPÚBLICA DE COLOMBIA



ORGANIZACIÓN ELECTORAL  
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL  
DIRECCIÓN NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

REGISTRO CIVIL  
DE NACIMIENTO

Indicativo  
Serial

43359293

NUPI, 187.213.281

|                                                                                      |         |                  |           |                 |                       |           |   |  |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------|---------|------------------|-----------|-----------------|-----------------------|-----------|---|--|--|
| Datos de la oficina de registro - Clase de oficina                                   |         |                  |           |                 |                       |           |   |  |  |
| Registraduría                                                                        | Notaría | Numero           | Consulado | Corregimiento   | Inspección de Policía | Código    | D |  |  |
| País - Departamento - Municipio - Corregimiento o/o Inspección de Policía            |         |                  |           |                 |                       |           |   |  |  |
| REGISTRADURIA DE VELEZ. HOSP. SAN JUAN DE DIOS - COLOMBIA - SANTANDE                 |         |                  |           |                 |                       |           |   |  |  |
| Datos del inscrito                                                                   |         |                  |           |                 |                       |           |   |  |  |
| Primer Apellido                                                                      |         |                  |           |                 | Segundo Apellido      |           |   |  |  |
| PINZON                                                                               |         |                  |           |                 | CONTRERAS             |           |   |  |  |
| Nombre(s)                                                                            |         |                  |           |                 |                       |           |   |  |  |
| DAVID ALEJANDRO                                                                      |         |                  |           |                 |                       |           |   |  |  |
| Fecha de nacimiento                                                                  |         | Sexo (en letras) |           | Grupo sanguíneo |                       | Factor RH |   |  |  |
| 2011                                                                                 |         | MASCULINO        |           | A               |                       | POSITIVO  |   |  |  |
| Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento o/o Inspección) |         |                  |           |                 |                       |           |   |  |  |
| COLOMBIA SANTANDER VELEZ                                                             |         |                  |           |                 |                       |           |   |  |  |

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos  
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO..... 52556494-6.....

|                                              |              |
|----------------------------------------------|--------------|
| Datos de la madre                            |              |
| Apellidos y nombres completos                |              |
| CONTRERAS GONZALEZ YULY ANDREA               |              |
| Documento de identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
| CC 1.098.908.311                             | COLOMBIA     |

|                                              |              |
|----------------------------------------------|--------------|
| Datos del padre                              |              |
| Apellidos y nombres completos                |              |
| PINZON FONTECHA FERNEY                       |              |
| Documento de identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
| CC 13.959.062                                | COLOMBIA     |

|                                              |  |
|----------------------------------------------|--|
| Datos del declarante                         |  |
| Apellidos y nombres completos                |  |
| PINZON FONTECHA FERNEY                       |  |
| Documento de identificación (Clase y número) |  |
| CC 13.959.062                                |  |

|                                              |       |
|----------------------------------------------|-------|
| Datos primer testigo                         |       |
| Apellidos y nombres completos                |       |
|                                              |       |
| Documento de identificación (Clase y número) | Firma |
|                                              |       |

|                                              |       |
|----------------------------------------------|-------|
| Datos segundo testigo                        |       |
| Apellidos y nombres completos                |       |
|                                              |       |
| Documento de identificación (Clase y número) | Firma |
|                                              |       |

|                        |     |                                                                     |  |
|------------------------|-----|---------------------------------------------------------------------|--|
| Fecha de inscripción   |     | Nombre y firma del funcionario que autoriza                         |  |
| Año                    | Mes | Dis                                                                 |  |
| 2011                   | NOV | 11                                                                  |  |
|                        |     | ROSALBA CASTELLANOS HERNANDEZ                                       |  |
| Reconocimiento paterno |     | Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento |  |
| Firma                  |     | Firma                                                               |  |

ESPACIO PARA NOTAS

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO



| DATOS DE LA PLANILLA |                                   |               |                          |                 |               |     |
|----------------------|-----------------------------------|---------------|--------------------------|-----------------|---------------|-----|
| PLANILLA ASOCIADA    | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD      |     |
|                      |                                   |               |                          |                 | EMPLEADOS     | UPC |
|                      |                                   |               |                          |                 | 1             | 0   |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIONES                 |               |                          |                 | TOTAL A PAGAR |     |
| 2025-11              | 2025-11                           | I             | 04/12/2025               | 91617020        | \$813.400     |     |

| TOTALES SALUD |           |             |                        |               |                  |       |                     |       |           |                       |                |               |               |
|---------------|-----------|-------------|------------------------|---------------|------------------|-------|---------------------|-------|-----------|-----------------------|----------------|---------------|---------------|
| Código EPS    | Nombre    | NIT         | Cotización Obligatoria | UPC Adicional | Incapacidades    |       | Licencia Maternidad |       | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora UPC | Total a Pagar | No. Afiliados |
|               |           |             |                        |               | No. Autorización | Valor | No. Autorización    | Valor |           |                       |                |               |               |
| EPS037        | Nueva EPS | 900156264-2 | 350.000                | 0             |                  | 0     |                     | 0     | 1         | 300                   | 0              | 350.300       | 1             |

| TOTALES PENSIÓN |          |             |                        |                            |                             |                          |                           |           |                       |                |               |               |
|-----------------|----------|-------------|------------------------|----------------------------|-----------------------------|--------------------------|---------------------------|-----------|-----------------------|----------------|---------------|---------------|
| Código AFP      | Nombre   | NIT         | Cotización Obligatoria | Aporte Voluntario Afiliado | Aporte Voluntario Aportante | Aporte FSP - Solidaridad | Aporte FSP - Subsistencia | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora FSP | Total a Pagar | No. Afiliados |
| 230301          | Porvenir | 800224808-8 | 448.000                | 0                          | 0                           | 0                        | 0                         | 1         | 300                   | 0              | 448.300       | 1             |

| TOTALES RIESGOS LABORALES |                  |             |                           |                  |       |                           |                          |              |                          |                        |                               |                        |                      |               |               |
|---------------------------|------------------|-------------|---------------------------|------------------|-------|---------------------------|--------------------------|--------------|--------------------------|------------------------|-------------------------------|------------------------|----------------------|---------------|---------------|
| Código ARL                | Nombre           | NIT         | Cotización<br>Obligatoria | Incapacidades    |       | Aportes Otros<br>Sistemas | Valor Neto<br>Cotización | Días<br>Mora | Valor Mora<br>Cotización | Subtotal<br>Cotización | No. Radicado<br>Saldo a Favor | Valor Saldo a<br>Favor | Fondo<br>Solidaridad | Total a Pagar | No. Afiliados |
|                           |                  |             |                           | No. Autorización | Valor |                           |                          |              |                          |                        |                               |                        |                      |               |               |
| 14-23                     | Positiva Seguros | 860011153-6 | 14.700                    |                  |       |                           | 14.700                   | 1            | 100                      | 14.800                 |                               |                        | 147                  | 14.800        | 1             |

| TOTALES CAJAS |        |     |              |           |                   |               |               |
|---------------|--------|-----|--------------|-----------|-------------------|---------------|---------------|
| Código CCF    | Nombre | NIT | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |

| TOTALES PARAFISCALES |           |                   |               |               |
|----------------------|-----------|-------------------|---------------|---------------|
| Valor Aporte         | Dias Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
| SENA                 |           |                   |               |               |
| 0                    | 1         | 0                 | 0             | 0             |
| ICBF                 |           |                   |               |               |
| 0                    | 1         | 0                 | 0             | 0             |
| ESAP                 |           |                   |               |               |
|                      |           |                   |               |               |
| MEN                  |           |                   |               |               |
|                      |           |                   |               |               |

| TOTALES POR SUBSISTEMA |                                |                                     |               |
|------------------------|--------------------------------|-------------------------------------|---------------|
| Tipo Administradora    | No. Administradoras Reportadas | Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora | Total a Pagar |
| Salud                  | 1                              | 350.000                             | 350.300       |
| Pensión                | 1                              | 448.000                             | 448.300       |
| Riesgos Laborales      | 1                              | 14.700                              | 14.800        |
| CCF                    | 0                              | 0                                   | 0             |
| ESAP                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| ICBF                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| MEN                    | 0                              | 0                                   | 0             |
| SENA                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| <b>TOTALES</b>         | 3                              | 812.700                             | 813.400       |

| DATOS DEL APORTANTE |                   |                                |        |                  |                    |                                     |
|---------------------|-------------------|--------------------------------|--------|------------------|--------------------|-------------------------------------|
| TIPO                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE               |        | DIRECCIÓN        | TELÉFONO           | CORREO                              |
| CC                  | 1096906311        | YULY ANDREA CONTRERAS GONZALEZ |        | tv 78k 41-35 sur | 3013151599         | yudan8811@gmail.com                 |
| FORMA PRESENTACIÓN  | CLASE APORTANTE   | NOMBRE SUCURSAL                | CÓDIGO | DEPARTAMENTO     | CIUDAD / MUNICIPIO |                                     |
| ÚNICA               | I – Independiente |                                |        | BOGOTÁ D. C.     | BOGOTÁ, D.C.       |                                     |
|                     |                   |                                |        |                  |                    | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
|                     |                   |                                |        |                  |                    | NO                                  |

| DATOS DE LA PLANILLA |                                   |               |                          |                 |               |
|----------------------|-----------------------------------|---------------|--------------------------|-----------------|---------------|
| PLANILLA ASOCIADA    | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD      |
|                      |                                   |               |                          |                 | EMPLADOS      |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIONES                 |               |                          |                 | UPC           |
| 2025-11              | 2025-11                           | I             | 04/12/2025               | 91617020        | 10            |
|                      |                                   |               |                          |                 | TOTAL A PAGAR |
|                      |                                   |               |                          |                 | \$813.400     |

| DETALLE POR COTIZANTE |      |                       |                                |  |  |  |           |         |            |                       |           |     |     |     |     |     |     |     |     |         |     |     |     |     |     |       |     |            |                   |           |            |                       |                      |                                |                                 |          |           |                        |          |           |                 |            |            |         |            |                        |             |             |             |            |   |   |
|-----------------------|------|-----------------------|--------------------------------|--|--|--|-----------|---------|------------|-----------------------|-----------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|---------|-----|-----|-----|-----|-----|-------|-----|------------|-------------------|-----------|------------|-----------------------|----------------------|--------------------------------|---------------------------------|----------|-----------|------------------------|----------|-----------|-----------------|------------|------------|---------|------------|------------------------|-------------|-------------|-------------|------------|---|---|
| INFORMACIÓN COTIZANTE |      |                       |                                |  |  |  |           |         |            | INFORMACIÓN NOVEDADES |           |     |     |     |     |     |     |     |     | PENSIÓN |     |     |     |     |     | SALUD |     |            | RIESGOS LABORALES |           |            | CCF                   |                      |                                | PARAFISCALES                    |          |           |                        |          |           |                 |            |            |         |            |                        |             |             |             |            |   |   |
| No.                   | Tipo | No. de Identificación | Apellidos y Nombres            |  |  |  | Cotizante | Subjeto | Extranjero | Columna exterior      | Exonerado | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VBP | VBT | SLN     | IDE | IDE | IDE | VAC | AVP | VCT   | IRL | CORRECCIÓN | Cód. AFP          | IBC AFP   | Cotización | Voluntario o Afiliado | Voluntario Aportante | Fondo pensional de solidaridad | Fondo pensional de subsistencia | Cód. EPS | IBC EPS   | Cotización / Valor UPC | Cód. ARL | IBC ARL   | Clase de Riesgo | Cotización | Código CCF | IBC CCF | Aporte CCF | IBC otros parafiscales | Aporte SENA | Aporte ICBF | Aporte ESAP | Aporte MEN |   |   |
| 1                     | CC   | 1096906311            | CONTRERAS GONZALEZ YULY ANDREA |  |  |  | 57        | 0       |            | N                     |           |     |     |     |     |     |     |     |     |         |     |     |     |     |     |       |     |            | 230301            | 2.800.000 | 448.000    | 0                     | 0                    | 0                              | 0                               | EPS037   | 2.800.000 | 350.000                | 14-23    | 2.800.000 | 1               | 14.700     |            | 0       | 0          | 0                      | 0           | 0           | 0           | 0          | 0 | 0 |

PAGADA

| DATOS DE LA PLANILLA |                                   |               |                          |                 |               |     |
|----------------------|-----------------------------------|---------------|--------------------------|-----------------|---------------|-----|
| PLANILLA ASOCIADA    | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD      |     |
|                      |                                   |               |                          |                 | EMPLEADOS     | UPC |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIONES                 |               |                          |                 | 1             | 0   |
|                      |                                   |               |                          |                 | TOTAL A PAGAR |     |
| 2025-12              | 2025-12                           | I             | 09/12/2025               | 92194929        | \$812.700     |     |

| TOTALES SALUD |           |             |                        |               |                  |       |                     |       |           |                       |                |               |               |
|---------------|-----------|-------------|------------------------|---------------|------------------|-------|---------------------|-------|-----------|-----------------------|----------------|---------------|---------------|
| Código EPS    | Nombre    | NIT         | Cotización Obligatoria | UPC Adicional | Incapacidades    |       | Licencia Maternidad |       | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora UPC | Total a Pagar | No. Afiliados |
|               |           |             |                        |               | No. Autorización | Valor | No. Autorización    | Valor |           |                       |                |               |               |
| EPS037        | Nueva EPS | 900156264-2 | 350.000                | 0             |                  | 0     |                     | 0     | 0         | 0                     | 0              | 350.000       | 1             |

| TOTALES RIESGOS LABORALES |                  |             |                        |                  |       |                        |                       |           |                       |                     |                            |                     |                   |               |               |
|---------------------------|------------------|-------------|------------------------|------------------|-------|------------------------|-----------------------|-----------|-----------------------|---------------------|----------------------------|---------------------|-------------------|---------------|---------------|
| Código ARL                | Nombre           | NIT         | Cotización Obligatoria | Incapacidades    |       | Aportes Otros Sistemas | Valor Neto Cotización | Días Mora | Valor Mora Cotización | Subtotal Cotización | No. Radicado Saldo a Favor | Valor Saldo a Favor | Fondo Solidaridad | Total a Pagar | No. Afiliados |
|                           |                  |             |                        | No. Autorización | Valor |                        |                       |           |                       |                     |                            |                     |                   |               |               |
| 14-23                     | Positiva Seguros | 860011153-6 | 14.700                 |                  |       |                        | 14.700                | 0         | 0                     | 14.700              |                            |                     | 147               | 14.700        | 1             |

| TOTALES PARAFISCALES |           |                   |               | No. Afiliados |
|----------------------|-----------|-------------------|---------------|---------------|
| Valor Aporte         | Dias Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar |               |
| SENA                 |           |                   |               |               |
| 0                    | 0         | 0                 | 0             | 0             |
| ICBF                 |           |                   |               |               |
| 0                    | 0         | 0                 | 0             | 0             |
| ESAP                 |           |                   |               |               |
|                      |           |                   |               |               |
| MEN                  |           |                   |               |               |
|                      |           |                   |               |               |

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

| DATOS DEL APORTANTE |                   |                                |        |                  |                    |                                     |
|---------------------|-------------------|--------------------------------|--------|------------------|--------------------|-------------------------------------|
| TIPO                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE               |        | DIRECCIÓN        | TELÉFONO           | CORREO                              |
| CC                  | 1096906311        | YULY ANDREA CONTRERAS GONZALEZ |        | tv 78k 41-35 sur | 3013151599         | yudan8811@gmail.com                 |
| FORMA PRESENTACIÓN  | CLASE APORTANTE   | NOMBRE SUCURSAL                | CÓDIGO | DEPARTAMENTO     | CIUDAD / MUNICIPIO |                                     |
| ÚNICA               | I – Independiente |                                |        | BOGOTÁ D. C.     | BOGOTÁ, D.C.       |                                     |
|                     |                   |                                |        |                  |                    | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
|                     |                   |                                |        |                  |                    | NO                                  |

| DATOS DE LA PLANILLA |                                   |               |                          |                 |               |
|----------------------|-----------------------------------|---------------|--------------------------|-----------------|---------------|
| PLANILLA ASOCIADA    | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD      |
|                      |                                   |               |                          |                 | EMPLADOS      |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIONES                 |               |                          |                 | UPC           |
| 2025-12              | 2025-12                           | I             | 09/12/2025               | 92194929        | 10            |
|                      |                                   |               |                          |                 | TOTAL A PAGAR |
|                      |                                   |               |                          |                 | \$812.700     |

| DETALLE POR COTIZANTE |      |                       |                                |           |         |            |                  |           |     |                       |     |     |     |     |     |     |     |     |     |         |     |     |     |     |            |          |           |            |                       |                      |                                |                                 |          |           |                        |          |              |                 |            |            |         |            |                        |             |             |             |            |   |
|-----------------------|------|-----------------------|--------------------------------|-----------|---------|------------|------------------|-----------|-----|-----------------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|---------|-----|-----|-----|-----|------------|----------|-----------|------------|-----------------------|----------------------|--------------------------------|---------------------------------|----------|-----------|------------------------|----------|--------------|-----------------|------------|------------|---------|------------|------------------------|-------------|-------------|-------------|------------|---|
| INFORMACIÓN COTIZANTE |      |                       |                                |           |         |            |                  |           |     | INFORMACIÓN NOVEDADES |     |     |     |     |     |     |     |     |     | PENSIÓN |     |     |     |     |            |          |           | SALUD      |                       |                      | RIESGOS LABORALES              |                                 |          | CCF       |                        |          | PARAFISCALES |                 |            |            |         |            |                        |             |             |             |            |   |
| No.                   | Tipo | No. de Identificación | Apellidos y Nombres            | Cotizante | Subjeto | Extranjero | Columna exterior | Exonerado | ING | RET                   | TDE | TAE | TDP | TAP | VBP | VBT | SLN | IDE | IDE | IDE     | VAC | AVP | VCT | IRL | CORRECCIÓN | Cód. AFP | IBC AFP   | Cotización | Voluntario o Afiliado | Voluntario Aportante | Fondo pensional de solidaridad | Fondo pensional de subsistencia | Cód. EPS | IBC EPS   | Cotización / Valor UPC | Cód. ARL | IBC ARL      | Clase de Riesgo | Cotización | Código CCF | IBC CCF | Aporte CCF | IBC otros parafiscales | Aporte SENA | Aporte ICBF | Aporte ESAP | Aporte MEN |   |
| 1                     | CC   | 1096906311            | CONTRERAS GONZALEZ YULY ANDREA | 57        | 0       |            | N                |           |     |                       |     |     |     |     |     |     |     |     |     |         |     |     |     |     |            | 230301   | 2.800.000 | 448.000    | 0                     | 0                    | 0                              | 0                               | EPS037   | 2.800.000 | 350.000                | 14-23    | 2.800.000    | 1               | 14.700     |            | 0       | 0          | 0                      | 0           | 0           | 0           | 0          | 0 |

PAGADA

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

## Ejecución del Contrato

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

Crear

|                          | Descripción                                                              | Nombre del archivo                                                       | Cargado por |                           |                         |
|--------------------------|--------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|-------------|---------------------------|-------------------------|
| <input type="checkbox"/> | RP 418425 CTO 1944-2025 DCN YULY ANDREA CONTRERAS GONZALEZ (1).pdf       | RP 418425 CTO 1944-2025 DCN YULY ANDREA CONTRERAS GONZALEZ (1).pdf       | Comprador   | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> | CERTIFICADO ARL CTO 1944 DE 2025 YULY CONTRERAS.pdf                      | CERTIFICADO ARL CTO 1944 DE 2025 YULY CONTRERAS.pdf                      | Comprador   | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> | CTO 1944-25_SEPTIEMBRE_YULY ANDREA CONTRERAS GONZALEZ.pdf                | CTO 1944-25_SEPTIEMBRE_YULY ANDREA CONTRERAS GONZALEZ.pdf                | Proveedor   | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> | CTO_1944 DE 2025_OCTUBRE_YULY ANDREA CONTRERAS GONZALEZ.pdf              | CTO_1944 DE 2025_OCTUBRE_YULY ANDREA CONTRERAS GONZALEZ.pdf              | Proveedor   | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> | CTO_1944 DE 2025_NOVIEMBRE_YULY ANDREA CONTRERAS GONZALEZ OK (1) (1).pdf | CTO_1944 DE 2025_NOVIEMBRE_YULY ANDREA CONTRERAS GONZALEZ OK (1) (1).pdf | Proveedor   | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |

Borrar Cargar nuevo

Cancelar



**República de Colombia**

**Aliados en Tecnología y Calidad S.A.S.**

Autorizado por el Ministerio de Trabajo según Registro Certificado de Oferente RCO-0027

**Confiere**

Certificado de Capacitación, Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST)

Intensidad de 50 Horas

**A**

**Yuly Andrea Contreras González**

Identificado(a) con Cédula de Ciudadanía número 1096906311

Bogotá, 19 de octubre de 2025



f22c2e39-7423-4879-b881-99f1cb919de7



# Interior



EL MINISTERIO DEL INTERIOR  
HACE CONSTAR QUE:

## YULY ANDREA CONTRERAS GONZÁLEZ

Participó y aprobó el

**Curso de Inducción Virtual - Subdirección de Gestión Humana**

MinInterior, un mejor lugar para trabajar.

SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN HUMANA

Grupo de Desarrollo Personal

Bogotá D.C

jueves, 20 de noviembre de 2025

Búsqueda: Microsoft Bing

Correo: Yuly Andrea Contreras

Sistema de Gestion Documenta

controldoc.mininterior.gov.co/ControlDoc\_Mininterior/Home/Index

COLOMBIA

ControlDoc®

Microsoft .Net MVC HTML5

Versión : 2025-2-8879

Inicio

Creación de Documentos

Comunicaciones

Gestión Trámites

Expedientes

Informes

Pendientes por Usuario(s)

Salir

ControlDoc® Software

YULY ANDREA CONTRERAS GONZÁLEZ

Reporte: Pendientes por Usuario(s)

Por un Usuario Especifico:

YULY ANDREA CONTRERAS GONZÁLEZ

4147

Q

Por Unidad Admini

Todas

Por Oficina Produ

Todas

Limpiar

Buscar

| REPORTE DETALLE | GESTOR | CANTIDAD |
|-----------------|--------|----------|
|-----------------|--------|----------|

Información:

No se encontraron registros.

Aceptar

17°C

Mayorm. nublado

Buscar

10:08 a. m.

10/12/2025

FUNCIONARIOS:  CONTRATISTAS: ☒

Por medio de la presente se certifica que **YULY ANDREA CONTRERAS GONZALEZ**, identificado(a) con la cédula de ciudadanía No. **1096906311**, quien se retiró del Ministerio y venía desempeñándose como **CONTRATISTA**, prestando sus servicios en **DIRECCIÓN DE ASUNTOS PARA COMUNIDADES NEGRAS, AFROCOLOMBIANAS, RAIZALES Y PALENQUERAS DIRECCIÓN DE ASUNTOS PARA COMUNIDADES NEGRAS, AFROCOLOMBIANAS, RAIZALES Y PALENQUERAS**, efectuó la respectiva entrega de los bienes devolutivos que se encontraban a su cargo, por lo cual el funcionario del grupo de almacén de la Subdirección Administrativa y Financiera, hace entrega del respectivo formato de paz y salvo emitido por el sistema de inventarios de la entidad; así mismo para el traspaso de la información que tiene bajo su custodia en el ejercicio de sus funciones, hace entrega del “Formato Único de Inventario Documental – FUID GP-F-02”, debidamente diligenciado y firmado por el superior inmediato o supervisor de contrato.

También efectuó la entrega de los documentos y equipo de cómputo y programas de sistemas, archivos físicos y lógicos a su cargo, dando cumplimiento al precepto contenido en el artículo 15 de la ley 594 de 2000, el cual preceptúa: “Los servidores al desvincularse de las funciones titulares, entregarán los documentos y archivos a su cargo, conforme a las normas y procedimientos que establezca el Archivo General de la Nación, sin que ello implique exoneración de la responsabilidad a que haya lugar en caso de irregularidades”.

De igual manera hizo la respectiva entrega a la Subdirección de Gestión Humana del carné que lo acreditaba como funcionario(a) de este Ministerio, junto con el formulario debidamente diligenciado de Declaración Juramentada de Bienes y Rentas, y se realiza la verificación por parte del Grupo de Viáticos de que no tiene legalizaciones de comisión pendientes.

SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN CONTRACTUAL.

Los contratistas deberán hacer entrega del carné a la Subdirección de Gestión Contractual.

Para contratos en ejecución: El funcionario o contratista saliente que funja como supervisor de contratos o convenios deberá contar el Vo Bo que certifica que realizó el debido trámite de cambio de supervisión.

Para contratos y/o convenios que requieran ser liquidados: El funcionario o contratista saliente que este delegado como supervisor de contrato y/o convenio deberá contar con el Vo Bo que certifica que radicó el proyecto de acta de liquidación de contratos o convenios junto con los respectivos soportes a la Subdirección de Gestión Contractual.

**Para contratistas:** No se requiere la firma de la Subdirección Administrativa y Financiera.

Por consiguiente, se expide la presente certificación en la ciudad de Bogotá D.C., el 31 diciembre 2025

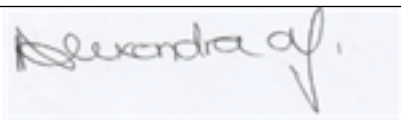
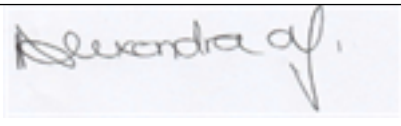
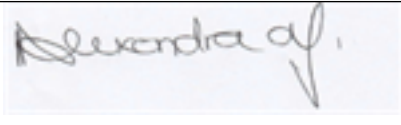
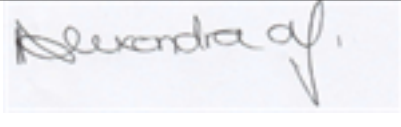
| Responsable Subdirección Administrativa y Financiera |                                              |
|------------------------------------------------------|----------------------------------------------|
|                                                      | Entrega de elementos devolutivos (Si aplica) |

| Responsable Subdirección de Gestión Humana                                          |                            |
|-------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|
|  | Viáticos y Gastos de Viaje |

1. Formato único de Inventario Documental <https://www.mininterior.gov.co/content/anexo-02-formato-unico-de-inventario-documental-gp-f-02>  
2. Formato paz y salvo bienes devolutivos emitido por el sistema de inventarios del Grupo de Almacén de la Entidad  
3. Formato de publicación proactiva Declaración de Bienes y Renta y Registro de Conflicto de Interés <https://www.funcionpublica.gov.co/ley-transparencia-web/>

Página 1 de2

| Responsable Subdirección de Gestión Contractual                                    |                                                                                                                             |
|------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|   | Devolución carné (Si aplica)                                                                                                |
|   | Formato de entrega y recibo de la supervisión (elaborado por el interventor y/o supervisor saliente y entrante) (Si aplica) |
|  | Proyecto acta de liquidación, junto con los soportes del trámite (Si aplica)                                                |

| Responsable Supervisor                                                              |                                                                                    |
|-------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|
|  | Inventario documental (FUID) (Si aplica)                                           |
|  | Histórico de los informes cargados en el SECOP II.                                 |
|  | Declaración Juramentada de Bienes y Rentas y/o cumplimiento de la Ley 2013 de 2019 |
|  | Reporte del Sistema de Gestión de Documentos Electrónicos de Archivo - SGDEA       |
|  | Solicitud de BACKUP del correo institucional                                       |

1. Formato único de Inventario Documental <https://www.mininterior.gov.co/content/anexo-02-formato-unico-de-inventario-documental-gp-f-02>

2. Formato paz y salvo bienes devolutivos emitido por el sistema de inventarios del Grupo de Almacén de la Entidad

3. Formato de publicación proactiva Declaración de Bienes y Renta y Registro de Conflicto de Interés <https://www.funcionpublica.gov.co/ley-transparencia-web/>