

San Andrés islas. Mayo de 2026.

CUENTA DE COBRO No. 04

MINISTERIO DEL INTERIOR NIT 830.114.475

DEBE A:

**NATHALIE LEVER CORPAS
CC. NO. 1047457763 DE CARTAGENA DE INDIAS D.T Y C.**

LA SUMA DE:

**OCHO MILLONES OCHOCIENTOS OCHENTA Y DOS MIL QUINIENTOS PESOS
M/CTE. (\$8.882.500)**

POR CONCEPTO DE: PRESTAR SUS SERVICIOS PROFESIONALES AL DESPACHO DEL VICEMINISTERIO PARA EL DIÁLOGO SOCIAL Y LOS DERECHOS HUMANOS, BRINDANDO APOYO EN LA IMPLEMENTACIÓN DE LA POLÍTICA PÚBLICA DE DIÁLOGO SOCIAL, CON ESPECIAL ÉNFASIS EN EL SOPORTE JURÍDICO REQUERIDO EN EL MARCO DEL EJERCICIO DE LA SECRETARÍA TÉCNICA QUE EJERCE EL DESPACHO EN LOS ESPACIOS DISEÑADOS COMO MESAS DE DIÁLOGO, ASÍ COMO EN LOS ESCENARIOS ESTABLECIDOS CON LAS COMUNIDADES DE LA REGIÓN CARIBE.


CONTRATO No. 705 DE 2026

PERIODO CORRESPONDIENTE DEL 1 AL 30 DE ABRIL DE 2026, CONSIGNAR EN LA CUENTA DE AHORROS NO. 0550488452797282 DE BANCO DAVIVIENDA



FIRMA DEL CONTRATISTA

**Nombre: NATHALIE LEVER CORPAS
CC. No. 1047457763 de Cartagena de Indias D. T y C.**

 Interior	PROCESO	GESTIÓN DE BIENES Y SERVICIOS	VERSIÓN	6
	FORMATO	INFORME PARA PAGO ANEXO 6	PÁGINA	1 de 4
			FECHA DE VIGENCIA	06/09/2023

Espacio para Radicado

INFORMACIÓN GENERAL

No. DE CONTRATO 705 FECHA. Día 27 Mes 01 Año 2026

OBJETO: Prestar sus servicios profesionales al despacho del viceministerio para el diálogo social y los derechos humanos, brindando apoyo en la implementación de la política pública de diálogo social, con especial énfasis en el soporte jurídico requerido en el marco del ejercicio de la secretaría técnica que ejerce el despacho en los espacios diseñados como mesas de diálogo, así como en los escenarios establecidos con las comunidades de la región caribe.

NOMBRE DEL CONTRATISTA Y/O REPRESENTANTE LEGAL: NATHALIE LEVER CORPAS

DIRECCIÓN: SAN ANDRÉS ISLA- SAN LUIS SOUND BAY

TELÉFONO: 3166232254

CÉDULA Y/O NIT: 1047457763

CORREO ELECTRÓNICO: nleverc13@gmail.com

NOMBRE(S) DEL SUPERVISOR(ES) Y/O INTERVENTORES(ES): HECTOR GABRIEL RONDON OLAVE

DEPENDENCIA: VICEMINISTERIO DEL DIALOGO SOCIAL Y LOS DERECHOS HUMANOS

No. EXTENSIÓN O TELÉFONO: 2427400 Ext 3110

FECHA DE INICIO

DÍA: 27 MES: 01 AÑO: 2026

FECHA TERMINACIÓN INICIAL

DÍA: 26 MES: 08 AÑO: 2026

Valor total del contrato
\$ 62.177.500

Valor desembolso del convenio
\$ 8.882.500

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

ASPECTOS ECONÓMICOS

Número de pago 4	Periodo de pago Del 01 de abril al 30 de abril de 2026	Valor a cobrar en el periodo \$ 8.882.500	Pensionado Sí___ No <u>X</u>
No. Registro(s) presupuestal(es) a afectar: (Ver Instrucciones) 64526 DE 27 DE ENERO DE 2026		No. Subunidad presupuestal: (Ver Instrucciones) 37-01-01-000 MININTERIOR GESTION GENERAL	
Entidad bancaria DAVIVIENDA		No. de cuenta bancaria 0550488452797282	Tipo de cuenta Ahorros <u>X</u> Corriente___

PAGO APORTES SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL

	Entidad	Valor (\$)	Periodo		No. de planilla
			Mes	Año	
EPS	NUEVA EPS	444.200	03	2026	72069901
FONDO PENSIÓN	PROTECCION	568.500			
ARL	POSITIVA	18.600			

OTROS ASPECTOS ECONÓMICOS


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

Evalúe al contratista/proveedor teniendo en cuenta las siguientes convenciones:

3. Siempre 2. Casi siempre 1. Nunca

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

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

 Interior	PROCESO	GESTIÓN DE BIENES Y SERVICIOS	VERSIÓN	6
	FORMATO	INFORME PARA PAGO ANEXO 6	PÁGINA	2 de 4
			FECHA DE VIGENCIA	06/09/2023

4	Calidad	Las obligaciones específicas, se desarrollan bajo las especificaciones técnicas o calidad requeridas.	3
5	SG-SST	Acató los lineamientos e instrucciones en materia de Seguridad y Salud en el Trabajo, dispuestos por la Entidad.	3

Informes Publicados en SECOP II

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

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

OBSERVACIONES

(Novedades adicionales)

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

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

(Aplica solo para pago final)

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


Por lo anterior se deja constancia que:

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

FIRMA RESPONSABLE:



HECTOR GABRIEL RONDON OLAVE
 Viceministro para el Dialogo Social y los
 Derechos Humanos
 Supervisor

 Interior	PROCESO	GESTIÓN DE BIENES Y SERVICIOS	VERSIÓN	6
	FORMATO	INFORME PARA PAGO ANEXO 6	PÁGINA	3 de 4
			FECHA DE VIGENCIA	06/09/2023

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Fecha terminación inicial: Indicar fecha de terminación del contrato.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Aspectos Económicos:

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


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

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

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

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

	Reporte Compromiso Presupuestal de Gasto		Usuario Solicitante: MHfgutierc	
	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				
Numero:	XXXX	Fecha:	2020-02-03	Unidad / Subunidad Ejecutora:
Unidad / Subunidad Ejecutora:	XXXX	Estado:	Generado	Tipo de Moneda:
Valor Inicial:		Valor Total Operaciones:		Tasa de Cambio:
				0,00
TERCERO ORIGINAL				
Identificación: Cédula de Ciudadanía	XXXX	Razon Social:	XXXX	Medio de Pago:
				Abono en cuenta
CUENTA BANCARIA				
Numero:		Banco:		Tipo:
				Ahorro
				Estado:
				Activa
ORDENADOR DEL GASTO				
Identificación:		Nombre:		Cargo:
CAJA MENOR			DOCUMENTO SOPORTE	
Identificación:		Fecha de Registro:		Numero:
				238-20
				Tipo:
				CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS
				Fecha:
				2020-02-03

 Interior	PROCESO	GESTIÓN DE BIENES Y SERVICIOS	VERSIÓN	6
	FORMATO	INFORME PARA PAGO ANEXO 6	PÁGINA	4 de 4
			FECHA DE VIGENCIA	06/09/2023

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

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

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

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

Otros Aspectos Económicos:

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

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

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

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

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

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1047457763	NATHALIE LEVER CORPAS		San Andres - San Luis Sound bay	3166532254	natalever@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			ARCHIPIÉLAGO DE SAN ANDRÉS DORVILLE	SAN ANDRÉS	

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		72069901	09/04/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-03	2026-03	I	\$0	\$1.031.300	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	444.200	0		0		0	0	0	0	444.200	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
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	568.500	0	0	0	0	0	0		568.500	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	18.600				18.600	0	0	18.600			186	18.600	1

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

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

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	444.200	444.200
Pensión	1	568.500	568.500
Riesgos Laborales	1	18.600	18.600
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	1.031.300	1.031.300

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1047457763	NATHALIE LEVER CORPAS		San Andres - San Luis Sound bay	3166532254	natalever@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			ARCHIPIÉLAGO DE SAN ANDRÉS DEBVDIV	SAN ANDRÉS	

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		72069901	09/04/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-03	2026-03	I	\$0	\$1.031.300	

DETALLE POR COTIZANTE																																																									
INFORMACIÓN COTIZANTE				INFORMACIÓN NOVEDADES														PENSIÓN				SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF				PARAFISCALES																								
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres		Cotizante	Salud	Extranjero	Calom. exactor	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TAP	SP	SP	SP	SEN	ISE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización/Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN							
1	CC 1047457763	LEVER CORPAS NATHALIE		59	0			N																	230201	3.553.000	30	568.500	0	0	0	0	EPS037	3.553.000	30	444.200	14-23	3.553.000	30	1	18.600		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA



Búsqueda | Mis procesos | Menú | Ir a

Buscar...

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

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

Datos guardados

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

Porcentaje Recepción de artículos

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? Sí No

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

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

Crear

Documentos de ejecución del contrato

Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
<input type="checkbox"/> CERTIFICADO ARL CTO 705 DE 2026 NATHALIE LEVER (1).pdf	CERTIFICADO ARL CTO 705 DE 2026 NATHALIE LEVER (1).pdf	Comprador	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> RP 64526 DVD CTO. 705 DE 2026 NATHALIE LEVER CORPAS.pdf	RP 64526 DVD CTO. 705 DE 2026 NATHALIE LEVER CORPAS.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> DESIGNACION DE SUPERVISION HECTOR GABRIEL RONDON OLAVE.pdf	DESIGNACION DE SUPERVISION HECTOR GABRIEL RONDON OLAVE.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> CTO705-ENERO-NATHALIE LEVER (1).pdf	CTO705-ENERO-NATHALIE LEVER (1).pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> PLANILLA FEBRERO.pdf	PLANILLA FEBRERO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> planilla enero.pdf	planilla enero.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> Verificacion poliza 705.pdf	Verificacion poliza 705.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> CTO705-FEBRERO-NATHALIE LEVER PARA SECOP.pdf	CTO705-FEBRERO-NATHALIE LEVER PARA SECOP.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> PLANILLA MARZO.pdf	PLANILLA MARZO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> INFORME DE GESTION AMPLIADO ENERO 2026 NATHALIE.pdf	INFORME DE GESTION AMPLIADO ENERO 2026 NATHALIE.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> INFORME DE GESTION AMPLIADO FEBRERO 2026 NATHALIE.pdf	INFORME DE GESTION AMPLIADO FEBRERO 2026 NATHALIE.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> INFORME DE GESTION AMPLIADO MARZO 2026 NATHALIE.pdf	INFORME DE GESTION AMPLIADO MARZO 2026 NATHALIE.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> INFORME DE GESTION AMPLIADO ABRIL 2026 NATHALIE.pdf	INFORME DE GESTION AMPLIADO ABRIL 2026 NATHALIE.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >