Agencia para la Reincorporación y la Normalización - ARN	**CERTIFICADO DE SUPERVISION O INTERVENTORIA PARA PAGO**	CÓDIGO : GF-F-02	
		FECHA : 2021-05-04	VERSIÓN : V-7

I. INFORMACIÓN DE SUPERVISIÓN O INTERVENTORÍA

SUPERVISOR(A) (ES): **LUZ NELY OSORNO OSPINA - COORDINADORA**

II. INFORMACIÓN CONTRACTUAL

Contrato No.	NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL CONTRATISTA	C.C. - C.E - NIT - RUT- ID No.
1005	**JOHN FREDDY GONZALEZ TORO**	**70.567.657**

FECHA INICIO	3/03/2025	FECHA TERMINACIÓN	31/12/2025	No. RP COMPROMISO(S) VIGENCIA	228925

Objeto del Contrato:

Prestar con autonomía técnica y administrativa sus servicios profesionales a la Agencia para la Reincorporación y la Normalización ARN - Dirección Programática de Reintegración - Subdirección Territorial para apoyar la implementación de las rutas de atención conforme a la normativa vigente, los lineamientos y métodos operativos establecidos por la entidad, brindando acompañamiento y atención a las personas en los procesos de Reintegración, Reintegración Especial de Justicia y Paz, y Atención Diferencial.

CONTRATO	**VALOR $**				
INICIAL	**$ 48.726.278**	PAGOS ACUMULADOS (2)	$ 0		
VR. ACTUAL (1)	**$ 48.726.278**	**VR. A PAGAR (3)**	$ 4.578.308	**SALDO CONTRATO** (=1-2-3)	$ 44.147.970

EL CONTRATISTA PRESENTA SOPORTES EN LA QUE CONSTA EL PAGO DE APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL Y ARL, POR VALOR CORRESPONDIENTE AL PAGO CERTIFICADO, ASI:

Régimen: No Responsable de IVA

MARZO

Otro:

CERTIFICO BAJO MI ENTERA RESPONSABILIDAD QUE EL CONTRATISTA CUMPLIÓ A CABALIDAD CON EL OBJETO Y OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO, EN LOS TÉRMINOS Y TIEMPO PACTADOS, DE ACUERDO CON LAS DISPOSICIONES LEGALES ESPECIALMENTE LA LEY 1474 DE 2011,

POR LO TANTO AUTORIZO EL PAGO POR VALOR DE: **$ 4.578.308**

CORRESPONDIENTE AL PERÍODO: 3 AL 31 DE MARZO

Usos Presupuestales:

RP	RUBRO	VALOR PAGO	USO PRESUPUESTAL	DISTRIBUCIÓN
228925	A-03-03-01-001	4.578.308	A-02-02-02-008-003-09	4.578.308
		4.578.308		4.578.308

OBSERVACIONES y ANEXOS: (Relacione No(s). FACTURA(S) en caso que aplique; escriba comentarios que considere relevantes para el pago; informe o relacione los anexos o documentos adicionales; tenga en cuenta que puede afectar varios rubros presupuestales y/o dependencias de gasto; solicite ayuda para diligenciar de ser el caso).

El pago de la PILA No. 76392135, correspondiente al periodo de cotización marzo 2025, se realizó el día 26/03/2025 . El valor de los aportes al SGSS fueron liquidados correctamente y validados en la plataforma establecida por el ministerio de salud, donde aparece el mensaje "La planilla se encontró pero el tipo de cotizante reportado es diferente a un independiente con contrato de prestación de servicios superior a un mes".
Se adjunta anexo 1 con sus soportes

Luz Nely Osorno Ospina

Firmado digitalmente por Luz Nely Osorno Ospina

FIRMA SUPERVISOR(A)(ES) Y/O INTERVENTOR(A)(ES)

El registro de datos personales, autoriza a la entidad para la recolección, almacenamiento y uso de los mismos conforme a las disposiciones contenidas en la Ley 1581 de 2012 y las normas que la modifiquen, adicionen o complementen. Conozca la Política de Privacidad y Tratamiento de Datos Personales a través de http://www.reincorporacion.gov.co/

SuAporte | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2025-03-28, 03:23:58 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 76392135

Periodo Cotización: marzo de 2025 **Periodo Servicio:** marzo de 2025

PAGADO 26/03/2025 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	JOHN FREDDY GONZALEZ TORO		
Documento	CC70567657	**Dirección**	CR 39 #47 - 12 BARRIO BOMBONA 1
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	2281675
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	MEDELLIN	**Departamento**	ANTIOQUIA
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	NINGUNA ARP

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																				Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales					Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días APP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 70567657	JOHN FREDDY GONZALEZ TORO	03	00								X									0	30	30	0	0	(230301) PORVENIR	$ 1.950.000	$ 312.000	(EPS037) NUEVA EPS	$ 1.950.000	$ 243.800	0,000	$ 0	$ 0	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 555.800

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 1.950.000	$ 1.950.000	$ 0	$ 0	$ 312.000	$ 243.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 555.800	$ 0	$ 555.800

Enlace Operativo, Línea Expertos en PILA: Barranquilla: 385 24 44 - Bogotá: 485 4485 - Bucaramanga: 697 87 27 - Cali: 485 9444 - Cartagena: 693 77 27 - Pereira: 340 13 27 - Manizales: 892 80 27 - Medellín: 604 2727 - Desde otras ciudades: 018000 51 99 77.

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

Agencia para la Reincorporación y la Normalización - ARN	**Certificación – Retención en la fuente**

Yo, JOHN FREDDY GONZALEZ TORO, identificado(a) como aparece al pie de mi firma y en calidad de contratista de prestación de servicios personales de la **Agencia para la Reincorporación y la Normalización - ARN** según el contrato No. **1005** de **2025**, declaro bajo la gravedad de juramento que:

1. Para efectos de las deducciones que otorga el artículo 387 del Estatuto Tributario:

1.1. Tengo derecho a la deducción por intereses y corrección monetaria ya que actualmente me encuentro pagando un crédito hipotecario: SI____, NO _X___. Para el efecto anexo el certificado correspondiente. La proporción que se debe aplicar será del ____%.

Nota 1. En virtud del artículo 8 del Decreto 3750 de 1986, cuando el crédito haya sido otorgado a varias personas se aplicará proporcionalmente a cada una de ellas, cuando el crédito fuere otorgado a ambos cónyuges, la deducción podrá ser solicitada en su totalidad en cabeza de uno de ellos siempre y cuando manifieste en su solicitud que el otro cónyuge no la ha solicitado. En el caso de los trabajadores que laboren para más de un patrono esta deducción sólo podrá ser solicitada ante uno de ellos.

Nota 2. En caso de que el certificado de crédito hipotecario esté a nombre de dos o más personas y el contratista certifique que se le aplique el 100%, éste manifiesta bajo la gravedad del juramento que la(s) otra(s) persona(s) no solicitará(n) dicho descuento.

1.2. Tengo derecho a la deducción por pagos efectuados por contratos de prestación de servicios a empresas de medicina prepagada vigiladas por la Superintendencia Nacional de Salud, que impliquen la protección mía, de mi cónyuge, mi(s) hijo(s) y/o dependiente(s): SI____, NO _X___. Para el efecto anexo el certificado correspondiente.

1.3. Tengo derecho a la deducción por pagos efectuados por seguros de salud, expedidos por compañías de seguros vigiladas por la Superintendencia Financiera de Colombia, que impliquen la protección mía, de mi cónyuge, mi(s) hijo(s) y/o dependiente(s): SI____, NO _X___. Para el efecto anexo la certificación correspondiente.

Nota 3. Las deducciones contempladas en los numerales 1.2 y 1.3 se aplicarán siempre y cuando el contratista sea el titular del respectivo contrato y/o póliza.

A continuación, relacionar los beneficiarios del plan de medicina prepagada y/o póliza de seguro de salud como figuran en el certificado correspondiente, que se debe anexar a este documento:

TIPO DE PAGO (medicina prepagada o póliza de seguro)	NOMBRE	IDENTIFICACION	EDAD	PARENTESCO

Para validar los beneficiarios, anexar los documentos según el parentesco; así:

a) Cónyuge: Partida de matrimonio o extra juicio ante notaria donde certifique la unión marital de hecho.
b) Hijos menores de 18 años de edad: Registro civil de nacimiento.
c) Dependientes:

- Hijos que tengan entre 18 y 23 años de edad que dependan económicamente y que se encuentre financiando su educación en instituciones formales de educación superior certificadas por el ICFES o la autoridad oficial correspondiente, o en programas técnicos de educación no formal debidamente acreditados por la autoridad competente: Registro civil de nacimiento, cédula de ciudadanía o contraseña según corresponda y certificado de estudios expedido por la institución educativa con fecha de expedición no mayor a treinta (30) días calendario.
- Hijos mayores de 18 años de edad que se encuentren con dependencia originada en factores físicos o psicológicos: Registro civil de nacimiento y certificado de medicina legal donde conste la discapacidad.
- Cónyuge o compañero permanente que se encuentre en situación de dependencia sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientas sesenta (260) UVT: Partida de matrimonio o extra juicio ante notaria donde certifique la unión marital de hecho; copia del documento de identificación; certificación suscrita por contador público no mayor a treinta (30) días calendario donde indique la dependencia de los ingresos; copia de la tarjeta profesional del contador público. En caso de dependencia física o psicológica se debe anexar certificado de medicina legal.
- Padres y hermanos que dependan económicamente, sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientas sesenta (260) UVT: Registro civil de nacimiento del contratista y de los hermanos, copia del documento de identificación; certificación suscrita por contador público no mayor a treinta (30) días calendario donde indique la dependencia de los

ingresos; copia de la tarjeta profesional del contador público. En caso de dependencia física o psicológica se debe anexar certificado de medicina legal.

2. Tengo derecho a la deducción mensual por el concepto de dependiente. SI_X___, NO____. Para tal efecto certifico que tengo a mi cargo a la siguiente persona:

NOMBRE	IDENTIFICACION	EDAD	PARENTESCO
SALOME GONZALEZ VALENCIA	1021927557	15 AÑOS	HIJA
MIGUEL ANGEL GONZALEZ VALENCIA	1021924655	17 AÑOS	HIJO

Nota 4. Se consideran dependientes las siguientes personas y para soportar esta condición se deben aportar los siguientes documentos:

a) Hijos menores de 18 años de edad: Registro civil de nacimiento.
b) Hijos que tengan entre 18 y 23 años de edad que dependan económicamente y que se encuentre financiando su educación en instituciones formales de educación superior certificadas por el ICFES o la autoridad oficial correspondiente, o en programas técnicos de educación no formal debidamente acreditados por la autoridad competente: Registro civil de nacimiento, cédula de ciudadanía o contraseña según corresponda y certificado de estudios expedido por la institución educativa con fecha de expedición no mayor a treinta (30) días calendario.
c) Hijos mayores de 18 años de edad que se encuentren con dependencia originada en factores físicos o psicológicos: Registro civil de nacimiento y certificado de medicina legal donde conste la discapacidad.
d) Cónyuge o compañero permanente que se encuentre en situación de dependencia sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientas sesenta (260) UVT: Partida de matrimonio o extra juicio ante notaria donde certifique la unión marital de hecho; copia del documento de identificación; certificación suscrita por contador público no mayor a treinta (30) días calendario donde indique la dependencia de los ingresos; copia de la tarjeta profesional del contador público. En caso de dependencia física o psicológica se debe anexar certificado de medicina legal.
e) Padres y hermanos que dependan económicamente, sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientas sesenta (260) UVT: Registro civil de nacimiento del contratista y de los hermanos, copia del documento de identificación; certificación suscrita por contador público no mayor a treinta (30) días calendario

donde indique la dependencia de los ingresos; copia de la tarjeta profesional del contador público. En caso de dependencia física o psicológica se debe anexar certificado de medicina legal.

Nota 5: La deducción por el concepto de dependiente no podrá ser solicitada por más de un contribuyente en relación con un mismo dependiente.

3. Aplicar mensualmente sobre la base gravable una tarifa del _____%, adicional a la legalmente establecida por concepto retención en la fuente.

4. Los documentos soportes del pago de los aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social en Salud y Pensión que se presentarán durante la ejecución del contrato de prestación de servicios, corresponderán a los ingresos provenientes de éste.

En constancia de lo anterior, se suscribe el 31 de marzo de 2025

John Freddy Gonzalez Toro

Firmado digitalmente por John Freddy Gonzalez Toro

JOHN FREDDY GONZALEZ TORO

C.C. No. 70567657

El registro de datos personales autoriza a la entidad para la recolección, almacenamiento y uso de los mismos conforme a las disposiciones contenidas en la Ley 1581 de 2012 y las normas que la modifiquen, adicionen o complementen. Conozca la Política de Privacidad y Tratamiento de Datos Personales a través de http://www.reincorporacion.gov.co/es/atencion/Paginas/Aviso-de-privacidad.aspx

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1.021.924.655. -

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 40133481

1843340

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría XXX Número 14 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] **Código** A 6 L

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía

COLOMBIA. - - - ANTIOQUIA. - - - MEDELLIN. - - - - - - - - - - - - - - - - -

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
GONZALEZ. - - - - - - -	VALENCIA. - - - - - -

Nombre(s)

MIGUEL ANGEL. - - - - - - - - - - - - - -

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo Sanguíneo	Factor RH
Año 2007 Mes OCT Día 26	MASCULINO. - -	- - - - - -	- - - - -

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)

COLOMBIA. - - - ANTIOQUIA. - - - MEDELLIN. - - - - - - - - - - - - - - -

Tipo de documento antecedentes o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO. - - - - - - - - - - - - - - - -	A 8159162. - - -

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

VALENCIA MUÑOZ LILIANA MARIA. -

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA NUMERO 43.753.257 DE ENVIGADO (ANT.).	COLOMBIANA. - -

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

GONZALEZ TORO JOHN FREDDY. -

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA NUMERO 70.567.657 DE ENVIGADO (ANT.).	COLOMBIANA - -

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

GONZALEZ TORO JOHN FREDDY. -

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CEDULA DE CIUDADANIA NUMERO 70.567.657 DE ENVIGADO (ANT.	

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos

- -

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
- - - - - - - - - - - - - - - - - - - -	- - - - - - - - - -

COMO NOTARIO CATORCE DEL CIRCULO DE MEDELLIN, DOY TESTIMONIO DE QUE EXISTE CORRESPONDENCIA ENTRE ESTA COPIA Y EL ORIGINAL Y QUE HE TENIDO A LA VISTA (DTO. 2148/83, ART. 35)

29 OCT 2007

JORGE TASCÓN VILLA
NOTARIO CATORCE

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 2007 Mes OCT Día 26	JORGE TASCON VILLA.
	Nombre y firma

REPUBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA
JORGE TASCÓN VILLA
NOTARIO CATORCE
CIRCULO NOTARIAL DE MEDELLIN

Reconocimiento paterno	*Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento*
Firma	Nombre y Firma

— ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO —

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1.021.927.557.

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 41976728

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número [14] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] **Código** A 6 L

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía

COLOMBIA, ANTIOQUIA, MEDELLIN,

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
GONZALEZ.	VALENCIA.

Nombre(s)

SALOME.

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo Sanguíneo	Factor RH
Año 2009 Mes AGO Día 01	FEMENINO.		

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)

COLOMBIA, ANTIOQUIA, MEDELLIN.

Tipo de documento antecedentes o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO,	51807135-1.

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

VALENCIA MUÑOZ LILIANA MARIA,

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA NUMERO 43.753.257 DE ENVIGADO,	COLOMBIANA,

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

GONZALEZ TORO JOHN FREDDY.

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA NUMERO 70.567.657 DE ENVIGADO (ANT.).	COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

GONZALEZ TORO JOHN FREDDY.

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CEDULA DE CIUDADANIA NUMERO 70.567.657 DE ENVIGADO (ANT.).	

TEL. 228 16 75

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 2009 Mes AGO Día 05	JORGE TASCON VILLA.
	Nombre y firma

NOTARIO 6 MEDELLIN

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -