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): **INGRID YESENIA GUIOS MOJICA**

II. INFORMACIÓN CONTRACTUAL

Contrato No.	NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL CONTRATISTA	C.C. - C.E - NIT - RUT- ID No.
193 - 2	**VERONICA CECILIA PORTILLO FLOREZ**	**63.558.665**

FECHA INICIO	04/03/2025	FECHA TERMINACIÓN	31/12/2025	No. RP COMPROMISO(S) VIGENCIA	242925

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 la articulación y la dinamización de la oferta social en el territorio, en concordancia con el Programa de Reincorporación Integral, así como brindar orientación y apoyar el seguimiento de rutas de acceso a dicha oferta para la población sujeto de atención de la ARN y sus familias

CONTRATO	**VALOR $**
INICIAL	$ 65.600.000
VR. ACTUAL (1)	**$ 59.400.000**

PAGOS ACUMULADOS (2) $ -

VR. A PAGAR (3) $ 5.400.000

SALDO CONTRATO (=1-2-3) $ 54.000.000

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:

MARZO

Otro

Régimen: No Responsable de IVA

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: **$ 5.400.000**

CORRESPONDIENTE AL PERÍODO: 4 AL 31 DE MARZO DE 2025

Usos Presupuestales:

RP	RUBRO	VALOR PAGO	USO PRESUPUESTAL	DISTRIBUCIÓN
242925	A-03-03-01-001	5.400.000	A-02-02-02-008-003-09	5.400.000
		5.400.000		5.400.000

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.9483071318, correspondiente al periodo de cotización MARZO, se realizó el día 13-marzo-2025. Al realizar la consulta en la plataforma establecida por el Ministerio de salud aparece que "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", por esta razón se realiza la validación con la planilla del operador enviada por el contratista.

INGRID YESENIA GUIOS MOJICA

Firmado digitalmente por INGRID YESENIA GUIOS MOJICA

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/

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 63558665		PORTILLO FLOREZ VERONICA CECILIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CR 13 #200-127 APTO:805	FLORIDABLANCA-SANTANDER	6947372	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-03	2025-03	1332611406	9483071318	I	2025/04/15	2025/03/13	BANCOLOMBIA	0	$658,800

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
1	CC	63558665	PORTILLO VERONICA	230301	30	$2,160,000	$345,600	EPS005	30	$2,160,000	$270,000	CCF40	30	$2,160,000	$43,200		0	$0	$0	30	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**					$2,160,000	$345,600			$2,160,000	$270,000			$2,160,000	$43,200			$0	$0		$0	$0

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$345,600	$0	$0	$345,600
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$345,600	$0	$0	$345,600
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$43,200	$0	$0	$43,200
COMFENALCO SANTANDER	CCF40	890,201,578	7	1	$43,200	$0	$0	$43,200
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$270,000	$0	$0	$270,000
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$270,000	$0	$0	$270,000
TOTAL				1	$658,800	$0	$0	$658,800

2025/03/27 05:22 PM

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

Yo, **Verónica Cecilia Portillo Flórez**, 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. **193** 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_**X**_**,** NO Para el efecto anexo el certificado correspondiente. La proporción que se debe aplicar será del **100** %.

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.

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

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
ALEJANDRO GOMEZ PORTILLO	1239092029	3 AÑOS Y 5 MESES	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 28/03/2025.

Verónica Cecilia Portillo Flórez

Firmado digitalmente por Verónica Cecilia Portillo Flórez

Verónica Cecilia Portillo Flórez

C.C. No. 63558665

BBVA

NIT 860.003.020 - 1

CERTIFICADO DE PRÉSTAMOS HIPOTECARIOS DE VIVIENDA

PARA EL AÑO GRAVABLE 2023

OFICINA O DEPENDENCIA 0767 BBVANET

NOMBRE TITULAR(ES)		IDENTIFICACIÓN TITULAR(ES)	
VERONICA CECILIA PORTILLO FLOREZ	1	63558665	0

NÚMERO DE CRÉDITO	MONTO INICIAL	FECHA DE DESEMBOLSO
00130359600164237	150,000,000.00	30-04-2021

MODALIDAD DE CRÉDITO: PESOS

SALDO A 31 DE DICIEMBRE DEL AÑO GRAVABLE	2023	:	142,807,057.34
SALDO A 31 DE DICIEMBRE DEL AÑO GRAVABLE	2022	:	145,227,111.64

PAGOS DEL PERIODO: 9,602,832.83

VALOR INTERESES Y UVR´S PAGADOS: 6,314,550.53

MONTO MÁXIMO A DEDUCIR POR INTERESES DE VIVIENDA: 6,314,550.53

CIUDAD Y FECHA DE EXPEDICIÓN: BOGOTA DC 14-03-2024

DIRECCIÓN OFICINA: CARRERA 9# 72-21

Los saldos que arroja esta certificación se suministrarán con base en los registros contables que se producen en cumplimiento de las normas establecidas en los correspondientes pagarés, otros títulos valores y contratos que vinculan al deudor con el Banco, resulten a cargo del mismo.

En virtud de lo establecido en el artículo del D.R. 836 de 1991, este certificado no requiere Firma Autografa.

REPÚBLICA DE COLOMBIA

REGISTRO CIVIL
FIRMADO DIGITALMENTE

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

Adhesivo Copia Registro Civil
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
29485585-0

63805496

NUIP 1239092029

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial **63805496**

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría	Notaria	Número	Consulado	Corregimiento	Inspección de Policía	Código
X						B 7 U

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

COLOMBIA - SANTANDER - BUCARAMANGA B/MANGA CL MATERNO INFANTIL SAN LUIS S.A. ********

Datos del Inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
GOMEZ **********	PORTILLO **********

Nombre(s)

LUIS ALEJANDRO **********

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2021 Mes OCT Día 11	MASCULINO	A	POSITIVO

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

COLOMBIA - SANTANDER - BUCARAMANGA **********

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO **********	168618417 **********

Datos de madre o padre (Para casos de pueblos indígenas con linea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el primer apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos

PORTILLO FLOREZ VERONICA CECILIA **********

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 63558665 **********	COLOMBIA **********

Datos de padre o madre (Para casos de pueblos indígenas con linea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el segundo apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos

GOMEZ SARMIENTO JORGE ARMANDO **********

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 91539768 **********	COLOMBIA **********

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

GOMEZ SARMIENTO JORGE ARMANDO **********

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC No. 91539768 **********	JORGE A GOMEZ S

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 2021 Mes OCT Día 13	MARIA FERNANDA ORTIZ CARREÑO Nombre y firma

Reconocimiento paterno	*Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento*
JORGE A GOMEZ S Firma	MARIA FERNANDA ORTIZ CARREÑO Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

LIBRO DE VARIOS:FOLIO 1307; OTRO:SE OMITEN HUELLAS POR DECRETO SANITARIO CORONAVIRUS;13/10/2021

NÚMERO DE PREPARACIÓN 17461222