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): **JULIETH TATIANA LÓPEZ ARCOS**

II. INFORMACIÓN CONTRACTUAL

Contrato No.	NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL CONTRATISTA	C.C. - C.E - NIT - RUT- ID No.
193 - 3	**JIMMY FABIAN ROMERO QUINTANA**	**1.098.623.093**

FECHA INICIO	16/07/2025	FECHA TERMINACIÓN	31/12/2025	No. RP COMPROMISO(S) VIGENCIA	1000925

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)	**$ 33.000.000**

PAGOS ACUMULADOS (2) $ -

VR. A PAGAR (3) $ 3.000.000

SALDO CONTRATO (=1-2-3) $ 30.000.000

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:

JULIO

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: **$ 3.000.000**

CORRESPONDIENTE AL PERÍODO: 16 AL 31 DE JULIO DE 2025

Usos Presupuestales:

RP	RUBRO	VALOR PAGO	USO PRESUPUESTAL	DISTRIBUCIÓN
1000925	A-03-03-01-001	3.000.000	A-02-02-02-008-003-09	3.000.000
		3.000.000		3.000.000

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 88444394, correspondiente al periodo de cotización JULIO, se realizó el día 25-julio-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. El informe de actividades código: BS-F-26 del periodo 16 a 31 de julio, ha sido radicado en SIGOB con el MEM25-009937. Se adjunta Anexo 1 (Certificación – Retención en la fuente).

Julieth Tatiana López Arcos

Firmado digitalmente por Julieth Tatiana López Arcos

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/

compensar | miplanilla.com

CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

La empresa **JIMMY FABIAN ROMERO QUINTANA**, identificada con **CC** número **1098623093**, aportó por **JIMMY FABIAN ROMERO QUINTANA** identificado(a) con **CC** número **1098623093** quien se encuentra registrado(a) a la fecha por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social mediante la Planilla Integrada de Liquidación de aportes, el periodo de pensión de 07 - 2025 de la siguiente forma.

CODIGO	NOMBRE ADMINISTRADORA	COTIZANTE	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	CORRECIÓN	DÍAS	IBC	TARIFA APORTE	COTIZACIÓN Y/O APORTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	PERIODO	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO	EXONERADO
EPS037	Nueva Promotora de Salud - Nueva EPS	3															0		30	$2,261,200	0.12500	$282,700	$0	$0	Julio - 2025	88444394	25/07/2025	NO
230301	Porvenir	3															0		30	$2,261,200	0.16000	$361,800	$0	$0	Julio - 2025	88444394	25/07/2025	NO

PAGADA

El presente certificado se expide a los **25** días del mes **Julio** de **2025**

Este documento está clasificado como privado por parte de Compensar Operador de Información.

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

Yo, **JIMMY FABIAN ROMERO QUINTANA**, 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. **193-3 - 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.

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

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

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
MARIA ALEJANDRA ROMERO FONRODONA	1097501027	14 AÑOS	HIJA
JUAN SEBASTIAN ROMERO FONRODONA	1097512472	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 __**0**__%, 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 **31/07/2025**

JIMMY FABIAN ROMERO QUINTANA

Firmado digitalmente por JIMMY FABIAN ROMERO QUINTANA

JIMMY FABIAN ROMERO QUINTANA

C.C. No. 1098623093

Notaría 8a

DEL CIRCULO NOTARIAL DE BUCARAMANGA

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

EL SUSCRITO NOTARIO OCTAVO DEL CIRCULO DE BUCARAMANGA, de conformidad con lo dispuesto en los artículos 110 y 115 del Decreto ley 1260 de 1970

CERTIFICA:

Que dentro del Registro Civil de Nacimientos que se lleva en esta Notaría, correspondiente al **25 de agosto de 2023** bajo el serial **58120082**

y número de identificación personal (NUIP) **1097512472** (NIP)

se encuentra inscrito el nacimiento correspondiente a:

JUAN SEBASTIAN ROMERO FONRODONA

de sexo **MASCULINO** nacido el **19 de agosto de 2023** en **BUCARAMANGA**

Padre: **JIMMY FABIAN ROMERO QUINTANA**

Madre: **MARIA FERNANDA FONRODONA MANTILLA**

Los demás datos se omiten por expresa prohibición del artículo 115 del decreto ley 1260 de 1970.

El presente Certificado se expide en la ciudad de Bucaramanga, a: **25 de agosto de 2023**

CONSTITUYE PLENA PRUEBA DEL ESTADO CIVIL

y por tanto ES VALIDO PARA ACREDITAR PARENTESCO. Exento de impuestos de timbre, ley 2ª. De 1976.

"ARTÍCULO 21 LEY 962 DE 2005. COPIAS DE LOS REGISTROS DEL ESTADO CIVIL... PARÁGRAFO. Las copias del registro civil de nacimiento tendrán plena validez para todos los efectos..."

ESTE REGISTRO CIVIL TIENE VALIDEZ PERMANENTE

El Notario,

DRA. LUZ ESTHER CASTELLANOS BARON
NOTARIA OCTAVA ENCARGADA
CIRCULO DE BUCARAMANGA

REPUBLICA DE COLOMBIA DPTO. DE SANTANDER NOTARIA 8a DEL CIRCULO BUCARAMANGA

Powered by CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1097501027

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial: 43964781

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 08 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código Q6E

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía: COLOMBIA - SANTANDER - BUCARAMANGA

Datos del inscrito

Primer Apellido: ROMERO **********

Segundo Apellido: FONRODONA **********

Nombre(s): MARIA ALEJANDRA **********

Fecha de nacimiento: Año 2009 Mes MAY Día 16

Sexo (en letras): Femenino

Grupo Sanguíneo: A

Factor RH: Negativo

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección): COLOMBIA - SANTANDER - FLORIDABLANCA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos: CERTIFICADO DE NACIDO VIVO

Número certificado de nacido vivo: 51409769-0

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: FONRODONA MANTILLA MARIA FERNANDA

Documento de identificación (Clase y número): CÉDULA DE CIUDADANÍA NRO.1.098.682.881

Nacionalidad: COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: ROMERO QUINTANA JIMMY FABIAN

Documento de identificación (Clase y número): CÉDULA DE CIUDADANÍA NRO. 1.098.623.093

Nacionalidad: COLOMBIANO

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: ROMERO QUINTANA JIMMY FABIAN

Documento de identificación (Clase y número): CÉDULA DE CIUDADANÍA NRO. 1.098.623.093

Firma

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

Año 2009 Mes MAY Día 27

Nombre y firma del funcionario que autoriza: DR. MANUEL SALVADOR VEGA NIÑO

Nombre y firma

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -