



CORPORACIÓN AUTÓNOMA REGIONAL DE SANTANDER CAS

Código: F-PCT-026

Versión: 03


Página: 1 de 1

Fecha de Aprobación: 20-02-2025

Proceso: Contratación

ORDEN DE PAGO - CPS

| | | | | |
|---|---|---|--|--|
| Fecha de Presentación: | 28 DE NOVIEMBRE DE 2025 | Evidencias: | SI | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Contratista: | DIANA CAROLINA ARENAS GÓMEZ | | | |
| C.C. o NIT: | 1.100.950.977 | | | |
| Documento Principal: (Marque con una X) | Contrato | <input checked="" type="checkbox"/> | Convenio | <input type="checkbox"/> |
| | | | Adicional | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Número del Contrato | 00931-2025 | REGISTRO PRESUPUESTAL (Recuerde que en este campo debe registrar los números de RP del contrato inicial y adicionales si existen) | | No. 25-04900 25-07885 |
| Objeto del Contrato: | PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES COMO INGENIERO AMBIENTAL PARA APOYAR LOS PROCESOS QUE SE REALICEN EN LA SUBDIRECCIÓN DE AUTORIDAD AMBIENTAL DE LA CORPORACIÓN AUTÓNOMA REGIONAL DE SANTANDER CAS. | | | |
| Valor mensual a pagar: (Números y Letras) | DOS MILLONES SEISCIENTOS NOVENTA Y SIETE MIL QUINIENTOS DIECINUEVE PESOS M/CTE. \$2.697.519 | | | |
| Documentos Anexos: | *Planilla Pago Seguridad Social y Parafiscales - Informe de actividades y supervisión, Rut Actualizado (Solo Primer cuenta). | <input checked="" type="checkbox"/> | Certificación Bancaria. Primera cuenta: Cambio de Cuenta: — De otra forma no adjuntar Certificación. | Otros Documentos: Carta de dependientes y Registro Civil |
| Periodo a Cobrar: | 16 DE OCTUBRE DE 2025 AL 15 NOVIEMBRE DE 2025 | Pago No: | 004 | Parcial: <input checked="" type="checkbox"/> Final: <input type="checkbox"/> |
| Dando cumplimiento a lo establecido en el art. 1 Del Decreto 1070 de Mayo 28 de 2013 y como persona residente en Colombia, EL CONTRATISTA declara: | | | | SI |
| | | | | NO |
| a) Durante el año gravable 2024, el 80% o más de mis ingresos brutos provinieron de la prestación de servicios personales mediante el ejercicio de profesión. (Marque con una X) | | | | x |
| b) Por el año gravable 2024 soy una persona natural que obtuvo ingresos brutos totales superiores a (\$65.891.000) 1.400 UVT, según Decreto 2105 del 22 de diciembre de 2016 y por lo tanto estoy obligado a presentar declaración anual del impuesto de renta al gobierno colombiano. (Marque con una X) | | | | x |
| c) Manifiesto bajo la gravedad de juramento que no he contratado o vinculado dos (2) o más trabajadores asociados a la actividad, por tanto, solicito se me aplique la retención en la fuente conforme a lo establecido en el artículo 383 del E.T. ANEXO: -Dependiente Económico -Certificado Intereses Crédito Hipotecario -Aportes Medicina Prepagada | | | | x |
| RESPONSABLES: | | | | |
| | | | | |
| DIANA CAROLINA ARENAS GÓMEZ CC 1.100.950.977 San Gil CONTRATISTA | | JUAN MANUEL SAAVEDRA QUIROGA SUPERVISOR SUBDIRECCIÓN DE AUTORIDAD AMBIENTAL | | |
| Mediante el registro de sus datos personales en el presente documento usted autoriza a la CORPORACIÓN AUTÓNOMA REGIONAL DE SANTANDER – CAS para la recolección, almacenamiento y uso de los mismos con la finalidad de que lleve el control de ingreso o asistencia, lo contacte, consulte la información registrada en otras bases de datos o archivos de cualquier entidad pública o privada, nacional o internacional, adelante trámites ante autoridades y atienda requerimientos de entidades públicas o privadas y, en general, para que la CORPORACIÓN AUTÓNOMA REGIONAL DE SANTANDER – CAS cumpla las demás finalidades establecidas en el aviso de privacidad publicado en http://cas.gov.co , el cual declara haber leído previamente al otorgamiento de la autorización. Como titular de la información tiene derecho a conocer, actualizar y rectificar sus datos personales, solicitar prueba de la autorización otorgada para su tratamiento, ser informado sobre el uso que se ha dado a los mismos, presentar quejas ante la SIC por infracción a la ley, revocar la autorización y/o solicitar la supresión de sus datos en los casos en que sea procedente y acceder en forma gratuita a los mismos. El responsable del tratamiento es la CORPORACIÓN AUTÓNOMA REGIONAL DE SANTANDER – CAS, ubicada en la Carrera 12 No. 9-06, San Gil, Santander PBX: (57 7)723 8925, 7240765 correo electrónico: contactenos@cas.gov.co | | | | |

| | | |
|---|---|---------------------------------|
|  | CORPORACIÓN AUTÓNOMA REGIONAL DE SANTANDER CAS | Código: F-PCT-027 |
| | | Versión: 03 |
| | | Página: 1 de 8 |
| | | Fecha de Aprobación: 15/12/2022 |
| Proceso: Contratación INFORME DE ACTIVIDADES Y SUPERVISIÓN CPS | | |


INFORME DE ACTIVIDADES Y SUPERVISIÓN

1. Información General del Contrato

| | | | |
|---|---|--|--|
| CONTRATO No.: | 00931-2025 | | |
| CONTRATISTA: | DIANA CAROLINA ARENAS GÓMEZ | | |
| Nit o C.C. No. | 1.100.950.977 | | |
| OBJETO: | PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES COMO INGENIERO AMBIENTAL PARA APOYAR LOS PROCESOS QUE SE REALICEN EN LA SUBDIRECCIÓN DE AUTORIDAD AMBIENTAL DE LA CORPORACIÓN AUTÓNOMA REGIONAL DE SANTANDER CAS. | | |
| VALOR INICIAL: | \$ 8,092,557 | | |
| VALOR ADICIONAL: | \$4,046,278 | | |
| PLAZO CONTRATO: | TRES (3) MESES | | |
| PLAZO ADICIONAL: | Cuarenta y cinco (45) días | | |
| SUPERVISOR: | JUAN MANUEL SAAVEDRA QUIROGA | | |
| CARGO SUPERVISOR: | SUBDIRECTOR DE AUTORIDAD AMBIENTAL | | |
| FECHA INICIO DEL CONTRATO: | 16 DE JULIO DE 2025 | | |
| FECHA DE SUSPENSIÓN 1-2-3: (Si existe más de 1 suspensión registre en orden las fechas 1, 2, 3...) | NO APLICA | | |
| FECHA DE REINICIO 1-2-3: (Si existe más de 1 reinicio registre en orden las fechas 1, 2, 3...) | NO APLICA | | |
| FECHA DE TERMINACIÓN 1: | 15 DE OCTUBRE DE 2025 | | |
| FECHA DE TERMINACIÓN 2-3-4: (Si existe una suspensión registre en orden las fechas de terminación 2, 3, 4...) | 30 de Noviembre 2025 | | |
| VALOR A PAGAR | \$2.697.519 | | |
| PERIODO DE PAGO: | 16 DE OCTUBRE DE 2025 AL 15 DE NOVIEMBRE DE 2025 | | |
| PAGO No: (En Números) | 004 | | |

2. Información Financiera del Contrato

| | |
|---|--------------|
| VALOR DEL CONTRATO: | \$ 8,092,557 |
| VALOR ADICIONAL: | \$4.046.278 |
| VALOR PAGO ACTUAL: | \$2.697.519 |
| VALOR PAGADO (A la fecha del informe) | \$8.092.557 |
| VALOR POR EJECUTAR | \$1.348.759 |

| | | |
|---|---|--|
|  | CORPORACIÓN AUTÓNOMA REGIONAL DE SANTANDER CAS | Código: F-PCT-027 |
| | | Versión: 03 |
| | | Página: 2 de 8 |
| | | Fecha de Aprobación: 15/12/2022 |
| Proceso: Contratación | | INFORME DE ACTIVIDADES Y SUPERVISIÓN CPS |

3. Control Pago de Seguridad Social.

| PERIODO PAGO | No. PLANILLA | PAGO SALUD | PAGO PENSIÓN | PAGO RIESGOS | V/PAGADO TOTAL |
|--------------|--------------|------------|--------------|--------------|----------------|
| JULIO | 34055096 | \$178.000 | \$227.800 | N/A | \$420.700 |
| AGOSTO | 34341638 | \$178.000 | \$227.800 | N/A | \$420.700 |
| SEPTIEMBRE | 34716094 | \$178.000 | \$227.800 | N/A | \$420.700 |
| OCTUBRE | 35342610 | \$178.000 | \$227.800 | N/A | \$420.700 |

(Recuerde que debe registrar todos los pagos de seguridad social que se realizan durante la ejecución del contrato y debe guardar el consecutivo mes a mes para cada pago: Enero – Febrero – Marzo – ETC)

4. Obligaciones Contractuales.

Por medio del presente se deja constancia que las actividades realizadas durante el periodo de pago son:

| No. | Obligaciones Contractuales | Acciones realizadas | Evidencias |
|-----|---|---|---|
| 1. | Contribuir al cumplimiento de las actividades correspondientes a las metas planteadas para la vigencia 2025 en los programas y proyectos del Plan de Acción Institucional de la CAS. | Siempre se ha dado el cumplimiento al Plan de Acción. | Verificar con jefe de línea |
| 2. | Apoyar los procesos misionales desarrollados en pro de la administración y la autoridad ambiental dentro de su jurisdicción de conformidad con la normatividad vigente. | Siempre que se requiera | N/A |
| 3. | Realizar el apoyo a la liquidación de las tarifas por concepto de seguimiento ambiental de proyectos ambientales; permisos de aprovechamiento forestal; los permisos de concesiones, autorizaciones, licencias ambientales y demás instrumentos de manejo ambiental al igual que tarifas y sanciones a que haya lugar de acuerdo con la normatividad vigente. | <p style="text-align: center;"><u>PROYECCION DE CONCEPTOS</u></p> <p>1-Revisión documental municipio de Barranca – Santander. Exp: 1007-029-2012.</p> <p>2-Revisión documental municipio de El Carmen de Chucuri – Santander. Exp: 68081-0001-2009.</p> <p>3-Auto de copias ECOPETROL S.A.S</p> <p>4- Revisión documental municipio de Contratación – Santander. Exp: 0104-2011.</p> | <p>Concepto Técnico SAA.2850.2025-01-12-2025.</p> <p>Concepto Técnico SAA.2826.2025-27-11-2025.</p> <p>AUTO SAA.2201.2025 – 13-11-2025</p> <p>Concepto Técnico SAA.2860.2025-01-12-2025</p> |



**CORPORACIÓN AUTÓNOMA REGIONAL DE
SANTANDER CAS**

Código: F-PCT-027

Versión: 03

Página: 3 de 8

Fecha de Aprobación: 15/12/2022

Proceso: Contratación **INFORME DE ACTIVIDADES Y SUPERVISIÓN CPS**

| | | | |
|----|--|---|---|
| | | <p>5- Revisión documental municipio de Betulia – Santander. Exp: 1007-098-2011.</p> <p>6-Revisión documental municipio de Simacota – Santander. Exp: 1007-0281-2017.</p> <p>7-Revisión documental municipio de Puerto Parra – Santander. Exp: 1007-0231-2017.</p> | <p>Concepto Técnico SAA.2862.2025-02-12-2025</p> <p>Concepto Técnico SAA.2865.2025-02-12-2025</p> <p>Concepto Técnico SAA.2866.2025-02-12-2025</p> |
| 4. | Realizar los seguimientos al cumplimiento de los permisos, concesiones, autorizaciones y licencias otorgados o negados, y las obligaciones que de allí se deriven, proyectar el concepto correspondiente, y oficiar para el inicio del trámite correspondiente a los procesos sancionatorios en los casos en que se incumplan. | <p align="center"><u>VISITAS DE SEGUIMIENTO</u></p> <p>1- Visita de seguimiento a Licencia Ambiental del municipio del Confines – Santander. Exp: 0133-1998.</p> <p>2-Visita de seguimiento a concesión de aguas del municipio de Galán – Santander. Exp: 0390-2019.</p> | <p>Auto Visita: SAA.2099.2025 -20-10-2025</p> <p>Concepto Técnico: SAA.2723.2025 - 18-11-2025</p> <p>Auto Visita: SAA.2096.2025 -20-10-2025</p> <p>Concepto Técnico: SAA.2751.2025 - 20-11-2025</p> |
| 5. | Hacer seguimiento a las actividades relacionadas con Ecosistemas y Biodiversidad a las obligaciones impuestas en los actos administrativos que otorguen autorizaciones y licencias ambientales para las actividades que afecten los recursos naturales. | Durante el periodo no se me asignaron actividades para esta obligación contractual. | N/A |
| 6. | Aplicar los sistemas de gestión y control adoptados de conformidad con los procedimientos de la entidad. | Se aplican los sistemas de gestión y controles adoptados de conformidad con los procedimientos de la entidad. | N/A |
| 7. | Prestar apoyo en la atención de emergencias ambientales a través de la URAI (Unidad de Reacción Ambiental Inmediata). | Atención contingencia ambiental generada por derrame de combustible. | N/A |



**CORPORACIÓN AUTÓNOMA REGIONAL DE
SANTANDER CAS**

Código: F-PCT-027


Versión: 03

Página: 4 de 8

Fecha de Aprobación: 15/12/2022

Proceso: Contratación **INFORME DE ACTIVIDADES Y SUPERVISIÓN CPS**

| | | | |
|-----|---|---|--|
| 8. | Dar cumplimiento a la matriz de identificación de peligros y evaluación de riesgos y a la políticas de seguridad y salud en el trabajo adoptada por la Cas, e igualmente, el contratista es responsable de adquirir y utilizar adecuadamente los elementos de protección personal en el desarrollo de sus actividades contractuales, de acuerdo a las políticas establecidas por secretaria general. | Siempre se ha dado cumplimiento a la matriz de identificación de peligros y evaluación de riesgos y a la política de seguridad y salud en el trabajo adoptada por la CAS. | N/A |
| 9. | Responder por el cuidado y custodia de los documentos que se manejen en los procesos que sean de su conocimiento. | He respondido por el cuidado y custodia de los expedientes que me han sido asignados. | Verificar jefe de línea. |
| 10. | Dar cumplimiento al Manual de Políticas de Seguridad de la Información adoptado mediante resolución No. DGL 00238 del 12 de marzo de 2015 en la que se estipula que es deber de todo contratista efectuar las actividades y seguir los lineamientos en dicho manual el cual se halla incluido en el Sistema de Gestión Integrado del a Entidad con el código M-PGT-001 el cual se reglamenta las políticas de seguridad la información para equipos, instalaciones, redes e internet de la C.A.S. sus normas, prácticas y procedimientos. | Siempre se ha dado el cumplimiento de dicho manual. | N/A |
| 11. | Depuración del aplicativo de CITA con respecto a los procesos y actuaciones asignadas por la subdirección de Autoridad Ambiental. | Se realiza la enumeración y adjunto de los documentos proyectados para el periodo de cobro. | Plataforma CITA |
| 12. | Revisar y distribuir documentos, datos, elementos y correspondencia relacionada con los asuntos de la competencia de la dependencia. | Siempre que se requiera | Anexar los respectivos documentos a los expedientes. |


| | | |
|---|---|---------------------------------|
|  | CORPORACIÓN AUTÓNOMA REGIONAL DE SANTANDER CAS | Código: F-PCT-027 |
| | | Versión: 03 |
| | | Página: 5 de 8 |
| | | Fecha de Aprobación: 15/12/2022 |
| Proceso: Contratación INFORME DE ACTIVIDADES Y SUPERVISIÓN CPS | | |

| | | | |
|-----|---|--|-------------------------------------|
| 13. | Las demás actividades que se requieran en relación con el objeto contractual. | <u>GESTIÓN DE CORRESPONDENCIA</u> | |
| | | 1- Radicado 80.30.17071.2025 de da respuesta. | - Oficio SAA.2761.2025 14/11/2025 |
| | | 2-Memorando SGL.637.2025- DERECHO DE PETICION RAD 80.30.10715.2025 | -MEMORANDO SAA.1320.2025 13/11/2025 |
| | | 3-Oficio 80.30.17202.2025 Plan de contingencia para el TRANSMULTICARGA S.A.S BIC. | -Oficio SAA.2764.2025 14-11-2025 |
| | | 4- Oficio 80.30.21858.2025 Plan de contingencia INCIHUILA S.A.S | -Oficio SAA.2934.2025 27-11-2025 |
| | | 5-Oficio 80.30.24122.2025 Plan de contingencia PLEXA S.A.S | -Oficio SAA.2929.2025 27-11-2025 |
| | | 6-Oficio 80.30.23971.2025 EDS TERPEL SAN FRANCISCO. | - Se agrega a PDC 401. |

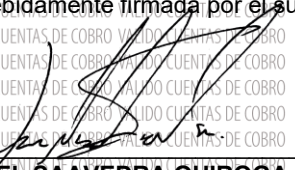
Así mismo, bajo la gravedad de juramento el SUPERVISOR certifica que verificó el cumplimiento de las obligaciones del Contratista y el pago de los aportes al sistema de seguridad social, Fondo de Pensiones y Riesgos Profesionales, de conformidad con el artículo 50 de la ley 789 de 2002. **Anexo planilla de pago Seguridad social.**

En consecuencia, con base en los informes presentados por el Contratista, respecto a las actividades ejecutadas en el presente contrato y como parte de la constancia para acceder a los recursos financieros aportados por parte de la Corporación Autónoma Regional de Santander, el supervisor CERTIFICA el cumplimiento del contrato a satisfacción, en el periodo mencionado, y hace constar que la información suministrada en el presente informe es veraz y cumple con los parámetros establecidos con el objeto del contrato.

En constancia de lo anterior, se firma el presente informe en la ciudad de **SAN GIL**, conforme a la fecha de presentación registrada en el formato F-PCT-026 ORDEN DE PAGO, la cual viene debidamente firmada por el supervisor y contratista.



DIANA CAROLINA ARENAS GÓMEZ
CC: 1.100.950.977
CONTRATISTA



JUAN MANUEL SAAVEDRA QUIROGA
SUPERVISOR
SUBDIRECTOR AUTORIDAD AMBIENTAL



CORPORACIÓN AUTÓNOMA REGIONAL DE SANTANDER CAS

Código: F-PCT-027

Versión: 03

Página: 6 de 8

Fecha de Aprobación: 15/12/2022

Proceso: Contratación

INFORME DE ACTIVIDADES Y SUPERVISIÓN CPS

EVIDENCIAS CONCEPTOS -AUTOS DE LIQUIDACION Y CORRESPONDENCIA

| | |
|--|--|
| | |
| | |
| | |



CORPORACIÓN AUTÓNOMA REGIONAL DE SANTANDER CAS

Código: F-PCT-027

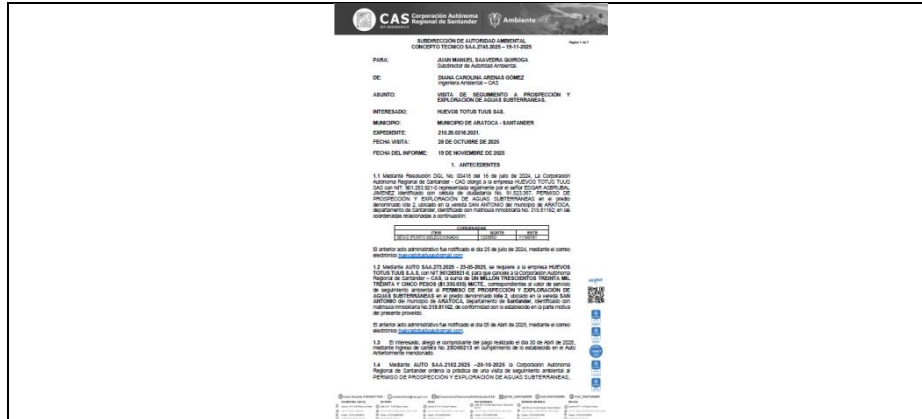
Versión: 03

Página: 8 de 8

Fecha de Aprobación: 15/12/2022

Proceso: Contratación

INFORME DE ACTIVIDADES Y SUPERVISIÓN CPS



Mediante el registro de sus datos personales en el presente documento usted autoriza a la CORPORACIÓN AUTÓNOMA REGIONAL DE SANTANDER – CAS para la recolección, almacenamiento y uso de los mismos con la finalidad de que lleve el control de ingreso o asistencia, lo contacte , consulte la información registrada en otras bases de datos o archivos de cualquier entidad pública o privada, nacional o internacional, adelante trámites ante autoridades y atienda requerimientos de entidades públicas o privadas y, en general, para que la CORPORACIÓN AUTÓNOMA REGIONAL DE SANTANDER – CAS cumpla las demás finalidades establecidas en el aviso de privacidad publicado en <http://cas.gov.co>, el cual declara haber leído previamente al otorgamiento de la autorización.

Como titular de la información tiene derecho a conocer, actualizar y rectificar sus datos personales, solicitar prueba de la autorización otorgada para su tratamiento, ser informado sobre el uso que se ha dado a los mismos, presentar quejas ante la SIC por infracción a la ley, revocar la autorización y/o solicitar la supresión de sus datos en los casos en que sea procedente y acceder en forma gratuita a los mismos. El responsable del tratamiento es la CORPORACIÓN AUTÓNOMA REGIONAL DE SANTANDER – CAS, ubicada en la Carrera 12 No. 9-06, San Gil, Santander PBX: (57 7)723 8925, 7240765 correo electrónico: contactenos@cas.gov.co

| | |
|------------------------------|-----------------------------|
| RAZÓN SOCIAL : | DIANA CAROLINA ARENAS GOMEZ |
| IDENTIFICACIÓN: | CC-1100950977 |
| COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL: | 0 |
| NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL: | 0 |
| FECHA GENERACIÓN REPORTE: | 2025-11-13 |
| FECHA LÍMITE DE PAGO: | 2025-11-21 |
| FECHA DE PAGO: | 2025-11-13 |
| ENTIDAD DE PAGO: | BANCOLOMBIA |
| PERÍODO PENSIÓN: | 2025-10 |
| PERÍODO SALUD: | 2025-10 |
| NÚMERO PLANILLA: | 35342610 |
| TOTAL COTIZANTES: | 1 |
| REFERENCIA DE PAGO (PIN): | 35342610 |
| TIPO DE PLANILLA: | I |

| CÓDIGO ENTIDAD | NIT | NOMBRE | NÚMERO AFILIADOS | IBC | FONDO SOLIDARIDAD | FONDO SUBSISTENCIA | TOTAL INTERESES | VALOR PAGAR SIN INTERESES | VALOR PAGAR |
|----------------|-----------|-----------------------|------------------|--------------|-------------------|--------------------|-----------------|---------------------------|-------------|
| EPS041 | 900156264 | NUEVA E.P.S. S.A. MOV | 1 | \$ 1.423.500 | \$ 0 | \$ 0 | \$ 0 | \$ 178.000 | \$ 178.000 |
| 230301 | 800224808 | PORVENIR | 1 | \$ 1.423.500 | \$ 0 | \$ 0 | \$ 0 | \$ 227.800 | \$ 227.800 |
| 14-23 | 860011153 | POSITIVA | 1 | \$ 1.423.500 | \$ 0 | \$ 0 | \$ 0 | \$ 14.900 | \$ 14.900 |
| Total a pagar | | | | | \$ 0 | \$ 0 | \$ 0 | \$ 420.700 | \$ 420.700 |

PAGADO

| | |
|----------------------------------|------------|
| FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES: | 18/12/2025 |
|----------------------------------|------------|

| | |
|------------------------------|-----------------------------|
| RAZÓN SOCIAL : | DIANA CAROLINA ARENAS GOMEZ |
| IDENTIFICACIÓN: | CC-1100950977 |
| COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL: | 0 |
| NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL: | 0 |
| FECHA GENERACIÓN REPORTE: | 2025-11-13 |
| FECHA LÍMITE DE PAGO: | 2025-12-18 |
| FECHA DE PAGO: | 2025-11-13 |
| ENTIDAD DE PAGO: | BANCOLOMBIA |
| PERÍODO PENSIÓN: | 2025-11 |
| PERÍODO SALUD: | 2025-11 |
| NÚMERO PLANILLA: | 35342622 |
| TOTAL COTIZANTES: | 1 |
| REFERENCIA DE PAGO (PIN): | 35342622 |
| TIPO DE PLANILLA: | I |

| CÓDIGO ENTIDAD | NIT | NOMBRE | NÚMERO AFILIADOS | IBC | FONDO SOLIDARIDAD | FONDO SUBSISTENCIA | TOTAL INTERESES | VALOR PAGAR SIN INTERESES | VALOR PAGAR |
|----------------|-----------|-------------|------------------|--------------|-------------------|--------------------|-----------------|---------------------------|-------------|
| EPS002 | 800130907 | SALUD TOTAL | 1 | \$ 1.423.500 | \$ 0 | \$ 0 | \$ 0 | \$ 178.000 | \$ 178.000 |
| 230301 | 800224808 | PORVENIR | 1 | \$ 1.423.500 | \$ 0 | \$ 0 | \$ 0 | \$ 227.800 | \$ 227.800 |
| 14-23 | 860011153 | POSITIVA | 1 | \$ 1.423.500 | \$ 0 | \$ 0 | \$ 0 | \$ 14.900 | \$ 14.900 |
| Total a pagar | | | | | \$ 0 | \$ 0 | \$ 0 | \$ 420.700 | \$ 420.700 |

PAGADO

| | |
|----------------------------------|------------|
| FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES: | 13/01/2026 |
|----------------------------------|------------|

CONDICION DE DECLARANTE Y EXISTENCIA Y DEPENDENCIA ECONOMICA

Yo, DIANA CAROLINA ARENAS GOMEZ identificada con cédula de ciudadanía N. 1.100.950.977 expedida en San Gil, residente en Calle 22a No. 2-10 San Gil.

En cumplimiento al parágrafo 2° del artículo 15 de la Ley 1607 de 2012, por el cual se modifica el artículo 87 del E.T y en concordancia con el parágrafo 4° de los artículos 2° y 3° del Decreto 0099 del 25 de enero de 2013, certifico a ustedes bajo gravedad de juramento, mi condición:

Declarante del impuesto sobre la Renta _X_ No declarante sobre el impuesto sobre la Renta_____

Que la(s) siguiente(s) persona(s) se encuentran(n) a mi cargo en calidad de dependiente:

| Nombre | Tipo de Documento de Identidad | Numero de Documento | Tipo (A, B, C, D o E) |
|----------------------------|--------------------------------|---------------------|-----------------------|
| HELEM SAMARA ARDILA ARENAS | Registro civil | 1.101.624.622 | A |

TIPO DE DEPENDIENTES:

- A. Hijo(s) que tiene(n) hasta los 18 años de edad y depende(n) económicamente de mí.
- B. Hijo(s) con edad entre 18 y 23 años cuya educación está a mi cargo en instituciones formales de educación superior certificadas por el ICFES o la autoridad oficial correspondiente, o en los programas técnicos en educación no formal debidamente acreditados por la autoridad competente, certificados por las entidades respectivas.
- C. Hijo(s) mayor(es) de 23 años que se encuentra(n) en situación de dependencia originada por factores físicos o psicológicos certificados por medicina legal.
- D. Cónyuge o compañero permanente que se encuentre en situación de dependencia sea por ausencia de ingresos o ingreso en el año menores a doscientos sesenta (260) UVT, certificada por un Contador Público o por dependencia originada por factores físicos o psicológicos que sea certificada por Medicina Legal.

Que de conformidad con lo ordenado en el inciso 2° del parágrafo 4° del Decreto 0099 del 25 de Enero de 2013, nadie más solicitará la educación de la base de la retención por el mismo dependiente.

La presente certificación se expide en la ciudad de San Gil, a los dieciséis (16) días del mes de Octubre de 2025, para efectos de la depuración de la base del cálculo de la retención establecida en los artículos 383 y 387 del Estatuto Tributario.



DIANA CAROLINA ARENAS GOMEZ

1.100.950.977 expedida en San Gil

REPÚBLICA DE COLOMBIA



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

REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO

Indicativo
Serial

55413410

NUIP 1101624622



Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría Notaría Número 02 Consulado Corregimiento Inspección de Policía Código R G H

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía
COLOMBIA - SANTANDER - SAN GIL (NOTARIA SEGUNDA)

Datos del inscrito

Primer Apellido: AREN A
Segundo Apellido: ARENAS
Nombre(s): HELEM SAMARA

Fecha de nacimiento: Año 2014 Mes D I O Día 17 Sexo (en letras): Femenino Grupo sanguíneo: O Factor RH: Positivo

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

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos: CERTIFICADO DE NACIDO VIVO
Número certificado de nacido vivo: 12891637.7

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: ARENAS GOMEZ DIANA CAROLINA
Documento de identificación (Clase y número): CÉDULA DE CIUDADANÍA NRO. 1.100.950.977
Nacionalidad: COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: ARDILA GOMEZ WILLIAM
Documento de identificación (Clase y número): CÉDULA DE CIUDADANÍA NRO. 91.077.573
Nacionalidad: COLOMBIANO

Datos del declarante

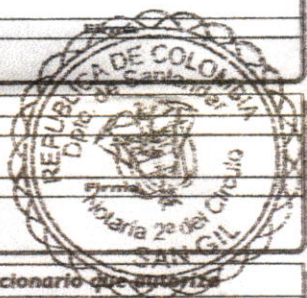
Apellidos y nombres completos: ARDILA GOMEZ WILLIAM
Documento de identificación (Clase y número): CÉDULA DE CIUDADANÍA NRO. 91.077.573
Firma: *William Ardila Gomez*

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos: [Blank]
Documento de identificación (Clase y número): [Blank]

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos: [Blank]
Documento de identificación (Clase y número): [Blank]



Fecha de inscripción: Año 2014 Mes D I O Día 24

Nombre y firma del funcionario que autoriza: NUBIA CRUZ SOLANO
Nombre y firma: [Signature]

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -