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): **MARIA AURORA PULGARIN ARCILA**

II. INFORMACIÓN CONTRACTUAL

Contrato No.	NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL CONTRATISTA	C.C. - C.E - NIT - RUT- ID No.
1086	**FABIAN ELIAS OJEDA BAJETH**	**1.066.178.332**

FECHA INICIO	3/03/2025	FECHA TERMINACIÓN	31/12/2025	No. RP COMPROMISO(S) VIGENCIA	1091025

Objeto del Contrato:

Prestar con plena autonomía técnica y administrativa sus servicios profesionales a la Agencia para la Reincorporación y la Normalización ARN - Dirección Programática de Reintegración - Subdirección Territorial para el acompañamiento de la población sujeto de atención que se encuentre adelantando su proceso en el marco del Programa de Reincorporación Integral mediante la formulación, el seguimiento y evaluación de los planes individuales y el acompañamiento a los planes colectivos
de reincorporación, conforme con las orientaciones dadas por la coordinación del Grupo Territorial y lineamientos emitidos por la Entidad.

CONTRATO	**VALOR $**				
INICIAL	**$ 54.414.800**	PAGOS ACUMULADOS (2)	$ 0		
VR. ACTUAL (1)	**$ 27.390.000**	**VR. A PAGAR (3)**	$ 5.478.000	**SALDO CONTRATO** (=1-2-3)	$ 21.912.000

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:

AGOSTO | 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: **$ 5.478.000** CORRESPONDIENTE AL PERÍODO: 01 agosto al 31 agosto 2025

Usos Presupuestales:

RP	RUBRO	VALOR PAGO	USO PRESUPUESTAL	DISTRIBUCIÓN
1091025	A-03-03-01-001	5.478.000	A-02-02-02-008-003-09	5.478.000
		5.478.000		5.478.000

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. 4618071231 correspondiente al periodo de cotización Agosto de 2025, se realizó el día 25/08/2025 El valor de los aportes al SGSS fueron liquidados correctamente y validados en la plataforma establecida por el Ministerio de salud.

El informe de actividades correspondiente al periodo Agosto de 2025, fue radicado en el SIGOB con MEM25-012045

Maria Aurora Pulgarín Arcila

Firmado digitalmente por Maria Aurora Pulgarín Arcila

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

"El registro de datos personales en este formato, autoriza a la ARN para la recolección, almacenamiento y uso de los mismos. En cumplimiento a la Ley 1581/12 y el Decreto 1377/13 y las demás normas que modifiquen, adicionen o complementen. Conozca la política de tratamiento de los datos personales de la ARN a través del siguiente link: http://www.reintegracion.gov.co/es/atencion/Paginas/politicas.aspx"

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1066178332
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			FABIAN ELIAS OJEDA BAJETH
CIUDAD/MUNICIPIO:	APARTADO	DEPARTAMENTO:	ANTIOQUIA
DIRECCIÓN:	CALLE 104C 100 08	TELÉFONO:	8260404
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Comercio al por mayor de computadores, equipo per
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**4618071231**			TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES agosto	AÑO	2025	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES agosto AÑO 2025
DÍAS DE MORA:	0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2025/08/25			NÚMERO AUTORIZACIÓN:	9993751983

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230301	230301-PORVENIR	1	$ 350.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 350.600	$ 0	$ 350.600
SUBTOTALES:										**$ 350.600**	**$ 0**	**$ 350.600**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS010	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 273.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 273.900	$ 0	$ 0	$ 273.900
SUBTOTALES:													**$ 273.900**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 273.900**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-11	14-11 - ARL SURA	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 22.900	$ 22.900	$ 0	$ 0	$ 22.900
SUBTOTALES:									**$ 22.900**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 22.900**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																					PARAFISCALES						
																										PENSIÓN								SALUD						ARP													
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	CC 1066178332	OJEDA BAJETH FABIAN ELIAS	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.423.500				NO								01-30										230301-PORVENIR	30	$ 2.191.200	$ 350.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 350.600	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	30	$ 2.191.200	$ 273.900	$ 0	$ 273.900	14-11 - ARL SURA	30	$ 2.191.200	106617833	$ 22.900		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 647.400

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

Yo, **FABIAN ELIAS OJEDA ABJETH**, 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. **1086** 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.

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

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

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____, NO_X__. Para tal efecto certifico que tengo a mi cargo a la siguiente persona:

NOMBRE	IDENTIFICACION	EDAD	PARENTESCO

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 agosto de 2025

Fabian Elias Ojeda Bajeth

Firmado digitalmente por Fabian Elias Ojeda Bajeth

FABIAN ELIAS OJEDA BAJETH
C.C. No. 1066178332

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