Bogotá D.C, 26-01-2026

Señor:
ANYEL ADRIANA CARVAJAL RAMOS
TENIENTE DE FRAGATA
Subdirección Medicina Laboral
Supervisor Contrato No. 026-ARC-DISAN-2026
Bogotá

INFORME DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO No. 026-ARC-DISAN-2026

Nombre del contratista Martha Liliana Peña Gonzalez , identificado como aparece al pie de mi firma, de la manera más respetuosa me permito presentar, el informe de actividades realizadas en mi condición de CONTRATISTA, durante el periodo comprendido entre el (Quince) (15) al (treinta y uno) (31) de enero del 2026 , en cumplimiento a lo establecido en la cláusula quinta del CONTRATO No. 026-ARC-DISAN-2026 del 15 de enero de 2026, cuyo objeto contractual es: PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES DE UN(A) MEDICO(A) GENERAL PARA LA SUBDIRECCIÓN DE MEDICINA LABORAL DE LA DIRECCIÓN DE SANIDAD ARMADA NACIONAL, las cuales relaciono a continuación:

INFORME DE ACTIVIDADES No. 1

DESCRIPCIÓN DE OBLIGACIONES CONTRACTUALES EJECUTADAS CONFORME AL PERIODO

No.	OBLIGACIÓN CONTRACTUAL	ACTIVIDADES REALIZADAS
1	Cumplir con los procedimientos y requisitos establecidos por la Dirección de Sanidad Armada Nacional para el acceso a los servicios por parte de los usuarios, asi como todos y cada uno de los requisitos y políticas de atención al usuario y calidad en el servicio exigidos por la Ley y por la DISAN ARC.	Cumplimiento de los protocolos, requisito de revisión y calificación de fichas médicas.
2	suministrar oportunamente y con toda la seriedad y veracidad del caso a la disan arc la información que se requiera para la resolución adecuada y oportuna de quejas, requerimientos y acciones judiciales interpuestas por los usuarios por causa o por ocasión del servicio prestado; todo ello dentro de los límites y términos establecidos	Suministrar de forma clara y según los requisitos la información que amerita en el diligenciamiento de la calificación de las fechas médicas
3	revisión y calificación de fichas médicas odontológicas así: • licenciamiento y/o ascenso • retiros (oficiales – suboficiales – imp – civiles) • aptitud especial (buceo, submarinos, cambio especialidad, otros) • comisión al exterior • escalafona miento, reintegros • proceso de revisión a pensionados • proceso calificación invalidez beneficiarios	Revisión y calificación de fichas Médicas de egreso infantes regulares y profesionales.
4	brindar asesoria para la elaboracion de respuestas a las diferentes peticiones y solicitudes radicadas a la subdirección de medicina laboral.	Actividad no realizada durante la inducción
5	participar en los comités de la dirección general de sanidad militar (calificación de origen – concepto de rehabilitación – comité de salud ocupacional sst-digsa).	Actividad no realizada durante la inducción

6	brindar asesoría en las juntas médico laborales realizadas en la subdirección de medicina laboral, acuerdo artículo 17 del decreto 1796/2000.	Actividad no realizada durante la inducción	
7	revisar expedientes medico laborales y autorizar citación a junta médico laboral.	Actividad no realizada durante la inducción	
8	. Realizar borradores de acta de juntas médico laborales realizadas en la Subdirección de Medicina Laboral	Actividad no realizada durante la inducción	
9	Digitar la información en las matrices de seguimiento de información de las Fichas Médico Odontológicas radicadas en la Subdirección de Medicina Laboral	Actividad no realizada durante la inducción	
10	Participación en estudios de casos puntuales del área, de acuerdo con las instrucciones que se impartan	Actividad no realizada durante la inducción	
11	Entregar expedientes o documentos únicamente a las personas autorizadas por Medicina Laboral con previa anotación y firma de recibido en el libro de control.	Entrega de fichas médicas revisadas y diligenciadas para el debido almacenamiento en el archivo	
12	Asistir y participar de forma activa y presencial al Comité Ocupacional de la Dirección General de Sanidad Militar el segundo miércoles de cada mes todo el día; y de forma extraordinaria cuando sea citado por DIGSA.	Actividad no realizada durante la inducción	
13	Firmar acta de compromiso y reserva de historia clínica entregada por el área de SST y por la Dirección General de Sanidad Militar	Actividad no realizada durante la inducción	
14	Recibir copia de historia clínica de los trabajadores planta DIGSA que laboran en los Dispensarios médicos de la Armada Nacional que presentan alguna patología que interfiere en el desempeño de sus funciones	Actividad no realizada durante la inducción	
15	Solicitar a los Dispensarios médicos la información que requiera para la estructuración de cada caso.	Actividad no realizada durante la inducción	
16	Estructurar y preparar cada caso en el formato establecido para tal fin	Diligenciamiento de la calificación de las fichas médicas en el debido formato que corresponde para este.	
17	Analizar cada caso integralmente en coordinación con el área de SST- DISAN ARC.	Análisis de casos con coordinador o supervisor para emitir calificación	
18	Presentar ante el Comité Ocupacional DIGSA cada caso de la DISAN ARC en lo concerniente a los antecedentes médicos, recomendaciones médicas laborales, así como participar en la estructuración de las recomendaciones médico laborales de todos los casos en general que se presenten en dicho comité.	Actividad no realizada durante la inducción	

19	Revisar cada caso en particular y en los casos con patologías de origen común que no interfieran con la labor desempeñada, emitir las recomendaciones medico laborales.	Actividad no realizada durante la inducción
20	Realizar seguimiento ocupacional a los diferentes casos de forma trimestral en los formatos establecidos para tal fin de forma presencial en la ciudad de Bogotá y de forma virtual en las demás ciudades.	Actividad no realizada durante la inducción
21	Asistir y participar de forma activa y presencial al Comité de Calificación de Origen del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares el último jueves de cada mes y de forma extraordinaria cuando sea	Actividad no realizada durante la inducción
22	Recibir las solicitudes a llegadas a la Dirección de Sanidad Naval en lo referente a calificación de origen o emisión de concepto de rehabilitación * de los usuarios afiliados al Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares en calidad de cotizante activo laboralmente.	Actividad no realizada durante la inducción
23	Consultar y verificar de acuerdo a la lista de chequeo los documentos requeridos para cada caso especifico	Verificación de documentos obligatorios de egresos de fichas médicas
24	Solicitar y dar respuesta a los usuarios de acuerdo a la solicitud allegada, dando inicio al trámite requerido	Actividad no realizada durante la inducción
25	Descargar historia clínica o exámenes complementarios de los usuarios a través de la plataforma de SALUD.SIS o a través del Hospital Militar	Revisión de historia clínica de cada ficha técnica para revisión de Dx y atenciones relacionadas.
26	Estructurar cada caso y presentarlo ante el Comité de Calificación de Origen del SSFFMM	Actividad no realizada durante la inducción
27	Realizar las respectivas notificaciones de la calificación en primera oportunidad o concepto de rehabilitación a las partes interesadas Empleador, Fondo de Pensiones, Usuario y Administradora de riesgos Laborales.	Actividad no realizada durante la inducción
28	Realizar seguimiento y dar trámite de acuerdo a los requerimientos ante las Juntas de Calificación de Invalidez sea Regional o Nacional, hasta que quede en firme la respectiva calificación	Actividad no realizada durante la inducción
29	Alimentar y actualizar la base de datos del Comité de Calificación de Origen del SSFFMM en lo que respecta a los usuarios adscritos a los Dispensarios médicos de la Armada Nacional.	Actividad no realizada durante la inducción
30	Realizar informe de forma trimestral sobre el estado de los casos presentados ante el Comité de Calificación, si se encuentran activos, pendiente, en controversia por alguna de las partes interesadas o cerrada.	Actividad no realizada durante la inducción

31	Abrir expediente por cada caso de acuerdo a la tabla de retención documental e inventario documental	Actividad no realizada durante la inducción
32	. Hacer seguimiento y control a los procedimientos bajo su responsabilidad y planear e implementar planes de mejora para los mismos	Revisión de cumplimiento del debido diligenciamiento de la ficha médica y revisión de cada caso
33	Desempeñar las demás obligaciones asignadas por la autoridad competente de acuerdo a su nivel, la naturaleza y el área de desempeño de su cargo.	Actividad no realizada durante la inducción
34	La profesional médica desarrollará actividades de carácter asistencial consistentes en la valoración médica presencial de los pacientes citados a Junta Médico-Laboral, con el propósito de evaluar de manera integral su condición clínica actual, verificar y validar las secuelas funcionales y/o anatómicas existentes, y analizar la pertinencia, coherencia y sustento de los conceptos emitidos previamente por los médicos especialistas que reposan en la historia clínica. Estas valoraciones permitirán contrastar los hallazgos clínicos objetivos con los diagnósticos, recomendaciones y conceptos especializados, aportando criterio médico integral para la adecuada toma de decisiones en el marco de la Junta Médico-Laboral, garantizando que los conceptos finales se emitan con fundamento clínico, técnico y normativo. La actividad descrita implica contacto directo con el paciente, examen físico, análisis de antecedentes clínicos y aplicación del juicio médico, por lo cual se enmarca plenamente dentro de las funciones asistenciales, siendo indispensable para asegurar la calidad, veracidad y trazabilidad de los conceptos médico laborales que se deriven del proceso	Actividad no realizada durante la inducción

ACREDITACIÓN DEL PAGO DEL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL: Cumpliendo con lo dispuesto en el contrato, anexo el comprobante de pago de seguridad social, planilla No. 1079003653 correspondiente al mes de enero de 2026.

INFORMACIÓN DE NOVEDADES AL SUPERVISOR: NINGUNA

SOLICITUD DE PAGO DEL CONTRATO No. 026-ARC-DISAN-2026

Con ocasión a la forma de pago definida en la cláusula séptima del contrato, para el periodo ejecutado, corresponde a la Dirección de Sanidad de la Armada Nacional, pagar a nombre del contratista, la siguiente suma:

No. PAGO	FECHA	VALOR A PAGAR	CONCEPTO	REGIMEN	No. RUT
No. 001	**26/01/2026**	$5.632.000.00 CINCO MILLONES SEISCIENTOS TREINTA Y DOS MIL PESOS	**Servicios prestados desde el 15 al 31 de enero de 2026, en desarrollo del contrato No.** 026-ARC-DISAN-2026	**SIMPLIFICADO**	**55231808-5**

Para efecto del pago, agradezco desembolsar en la cuenta Ahorros (X) No. 052-723537-70 del banco BANCOLOMBIA.

Atentamente,

MARTHA LILIANA PEÑA GONZALEZ
CC 55231808
No. de contrato 026-ARC-DISAN-2026



Simple

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2026-02-03, 12:16:08 PM | Tipo Planilla: N: PLANILLA CORRECCIONES | Numéro Planilla: 1079285638

Nro Planilla Corregida: 1079003653 | Periodo Cotización: enero de 2026 | Periodo Servicio: enero de 2026 | Referencia pago (PIN): 8823860339

PAGADO 03/02/2026

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	MARTHA LILIANA PEÑA GONZALEZ		
Documento	CC55231808	**Dirección**	CR 16 #143 - 29
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3005770253
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	POSITIVA DE SEGUROS

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																				Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	VST	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días ARP	Días EPS	Días APP	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 55231808	MARTHA LILIANA PEÑA GONZALEZ	59	00	X	X							A								0	15	15	15	0	(230301) PORVENIR	$ 1.126.400	$ 180.300	(EPS010) EPS SURA	$ 1.126.400	$ 140.800	0.522	$ 1.126.400	$ 5.900	(NN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 327.000
CC 55231808	MARTHA LILIANA PEÑA GONZALEZ	59	00	X	X							C								0	16	16	16	0	(230301) PORVENIR	$ 1.201.500	$ 192.300	(EPS010) EPS SURA	$ 1.201.500	$ 150.200	0.522	$ 1.201.500	$ 6.300	(NN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 348.800

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
$ 75.100	$ 75.100	$ 75.100	$ 0	$ 12.000	$ 9.400	$ 400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 21.800	$ 0	$ 21.800

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6436000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

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

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Simple.

Fecha creación reporte: 2026-01-22, 01:27:24 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1079003653

Periodo Cotización: enero de 2026 **Periodo Servicio:** enero de 2026 **Referencia pago (PIN):** 8823816057

PAGADO 22/01/2026

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	MARTHA LILIANA PEÑA GONZALEZ		
Documento	CC55231808	**Dirección**	CR 16 #143 - 29
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3005770253
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	POSITIVA DE SEGUROS

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	TAR	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Dias APP	Dias EPS	Dias ARP	Dias 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 55231808	MARTHA LILIANA PEÑA GONZALEZ	59	30	X	X															0	15	15	15	0	(230301) PORVENIR	$ 1.126.400	$ 180.300	(EPS010) EPS SURA	$ 1.126.400	$ 140.800	0,522	$ 1.126.400	$ 5.900	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 327.000

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
$ 1.126.400	$ 1.126.400	$ 1.126.400	$ 0	$ 180.300	$ 140.800	$ 5.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 327.000	$ 0	$ 327.000

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

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

EPS sura

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL PBS DE EPS SURA

EPS SURAMERICANA S.A. en desarrollo de su programa especial para la garantía del Plan de Beneficios en Salud denominado **EPS SURA**

CERTIFICA

Que **MARTHA LILIANA PEÑA GONZALEZ** identificado(a) con **CÉDULA DE CIUDADANÍA** número **55231808** está registrado(a) en el PBS EPS SURA con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 55231808
NOMBRES Y APELLIDOS	MARTHA LILIANA PEÑA GONZALEZ
TIPO DE AFILIADO	TITULAR
PARENTESCO	TITULAR
ESTADO DE AFILIACIÓN	TIENE DERECHO A COBERTURA INTEGRAL
CAUSA ESTADO DE LA AFILIACIÓN	COBERTURA INTEGRAL
FECHA DE INGRESO A EPS SURA	01/05/2017
FECHA RETIRO EPS SURA	ACTIVO(A)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SURA	393
SEMANAS COTIZADAS ÚLTIMO AÑO	52

DIRECCIÓN DE AFILIACIONES
Fecha de generación: **28/01/2026**

ESTE DOCUMENTO NO ES VÁLIDO PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, NI PARA TRASLADOS

porvenir
sólo hay uno

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A.

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR

NIT 800.144.331-3

CERTIFICA QUE:

MARTHA LILIANA PEÑA GONZALEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **55.231.808**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir.**

La presente certificación se expide el 28 de Enero del 2026.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.

POSITIVA

LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

CERTIFICA QUE:

MARTHA LILIANA PEÑA GONZALEZ identificado con CC. 55231808 registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales:

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE	
Nombres y/o Razón	DIRECCION DE SANIDAD ARMADA NACIONAL
Tipo y Numero de Documento	NI - 901433263

INFORMACIÓN RELACIÓN LABORAL			
Fecha de inicio de cobertura	2026/01/15	**Fecha inicio contrato**	2026/01/15
Tipo de vinculación	Independiente con Contrato	**Fecha de fin contrato**	2026/09/30
Riesgo	1	**Código actividad económica**	1841301 - REGULACION DE LAS ACTIVIDADES DE ORGANISMOS QUE PRESTAN SERVICIOS DE SALUD, EDUCATIVOS,
Estado afiliación	Activo		
Fecha retiro		**Estado del contrato**	Activo

Esta certificación se expide a los 28 días del mes de enero del 2026.

Tenga en cuenta que, una vez finalice la fecha de terminación del contrato, el sistema aplicará automáticamente el retiro. Si tiene un nuevo contrato o prórroga, registre la novedad en www.positivaenlinea.gov.co para mantener la cobertura.

Para verificar la autenticidad de este certificado, escanea el código QR incluido o visita nuestra página web. Selecciona la opción "Validar certificados de afiliación" e ingresa el siguiente código: **CC28012026M55231808P4614713.** Este código es válido por un mes.

Cordialmente,

Gerencia de afiliaciones y novedades ARL
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS

Certificación
Bancaria

Lunes, 05 de enero de 2026

A quien le interese

Bancolombia S.A. se permite informar que MARTHA LILIANA PEÑA GONZALEZ identificado(a) con CC 55231808, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura aaaa-mm-dd	Estado	Saldo
Cuenta de ahorros	05272353770	2024-09-18	Activo	*****

*Importante: Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.
*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia a los siguientes números: Medellín - Local: (57-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (57-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (57-5) 361 88 88 - Cali - Local: (57-2) 554 05 05 Resto del país: 01800 09 12345.Sucursales telefónicas en el exterior: España(34) 900 995 717 - Estados Unidos(1) 1 866 379 97 14.

Catalina Cortés Uribe.
Gerente Servicios Contact Center & BPO.

Bancolombia

Bancolombia nunca solicitará sus datos personales o de sus productos bancarios mediante vínculos de correo electrónico. En caso de recibir alguno, repórtelo de inmediato a correosospechoso@bancolombia.com.co

DECLARACIÓN JURAMENTADA

Para efectos de Retención en la Fuente

Yo, MARTHA LILIANA PEÑA GONZALEZ, identificado(a) con Cédula de Ciudadanía No.55231808, con el fin de dar cumplimiento a las disposiciones establecidas en la Ley 1819 de 2016 y del parágrafo 2 de artículo 383 del Estatuto Tributario, manifiesto **bajo gravedad de juramento** que:

1. Para efectos de lo previsto en el parágrafo 2° del artículo 387 del estatuto Tributario, para el beneficio tributario de deducción por dependientes, de manera libre, espontánea y **bajo la gravedad de juramento**, manifiesto que las siguientes personas dependen económicamente de mí (Anexar soportes según sea el caso):

DATOS DEPENDIENTES

NOMBRE COMPLETO	PARENTESCO	EDAD
N/A	N/A	N/A
N/A	N/A	N/A
N/A	N/A	N/A

1.1. Declaro que mi cónyuge, _____identificado (a) con la C.C. No. _____ NO ha solicitado disminución de su base gravable por concepto de dependientes, por las mismas personas arriba relacionadas.

2. Así mismo, informo los demás conceptos requeridos para la liquidación de mi cuenta de cobro, así:

2.1. **Intereses de vivienda:** Certificación del crédito hipotecario expedida por la entidad financiera donde indique los intereses pagados durante el año inmediatamente anterior.

SI ___NO X

- **El crédito ha sido otorgado a varias personas.** Declaro que la deducción prevista se debe realizar proporcionalmente (Decreto 3750 de 1986 Articulo 8) ____
- **El crédito ha sido otorgado a ambos conyugues**. Declaro que la totalidad de la deducción se tenga en cuenta en la liquidación dado que mi conyugue no ha solicitado disminución de su base gravable por concepto de intereses de vivienda, por el crédito hipotecario (Decreto 3750 de 1986 Articulo 8) ____

2.2. **Aporte cuenta AFC**: Certificación del banco y consignación realizada a la cuenta

SI ___NO x

2.3. **Aportes voluntarios a pensión**: (Diferentes a los Obligatorios) anexo certificación.

SI ___NO x

2.4. **Pagos por salud:** Certificación de medicina prepagada o seguros de salud que detallen afiliados y valor pagado durante el año inmediatamente anterior.

SI ___NO x

3. Que informaré oportunamente sobre cualquier cambio en el origen, proporción de mis ingresos o cambio respecto a la categoría tributaria.

4. **Ley 100 de 1993. Artículo 15. Afiliados**. *"(...) Todas las personas naturales que presten directamente servicios al Estado, los trabajadores independientes entre otros tienen la* ***obligación*** *de* ***aportar al Sistema General de Seguridad Social – SGSS****, si perciben ingresos netos iguales o superiores a un (1) salario mínimo mensual legal vigente – SMMLV (...)"*, por consiguiente:

   - Declaro bajo la gravedad de juramento y para todos los efectos legales, que (marque con una X): SI NO _x_estoy vinculado actualmente mediante dos (2) o más contratos de prestación de servicios con entidades públicas.

   - Si en la pregunta anterior marcó SI, diligencie la siguiente información:

NO.	NOMBRE ENTIDAD PÚBLICA	NÚMERO DEL CONTRATO	VALOR HONORARIOS MENSUALES
1.			
2.			
3.			

Nota*: En caso de tener dos (2) o más contratos con el sector público, se debe anexar pantallazo del SECOP.*

La presente manifestación se firma en la ciudad de Bogotá a los 01 días del mes de enero de 2026.

Atentamente,

MARTHA LILIANA PEÑA GONZALEZ

Firma del Contratista

C.C. No. 55231808

FORMATO CERTIFICACIÓN TRABAJADORES INDEPENDIENTES –
CONTRIBUYENTES DEL IMPUESTO DE RENTA-

Bogotá D.C., **26 ENERO 2026**

Señor Capitán de Navío
JUAN CARLOS HINCAPIÉ AGUDELO
Director de Sanidad Naval – ARC
Bogotá D.C.

ASUNTO: Retención en la Fuente Empleados – Contribuyentes del Impuesto de Renta, según Ley 1607 de Diciembre de 2012 y Decreto No.0099 de Enero 25 de 2013.

Yo MARTHA LILIANA PEÑA GONZALEZ , identificado(a) con cédula de ciudadanía No 55231808 de la ciudad de BARRANQUILLA , con el fin de dar cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 14 de la Ley 1607 de 2012 y paragrafo 3°del Decreto 0099 de 2013, certifico a ustedes, bajo la gravedad de juramento, que:

SI (**X**) NO ( ) Soy declarante del impuesto de renta y complementario en el año 2025, ya que
SI (**X**) NO ( ) superé todos o cualquiera de los siguientes montos en el año gravable 2025:

Patrimonio Bruto	Superiores a	4.500UVT = $ 235.683.000,00
Consignaciones Bancarias	Superiores a	1.400UVT = $ 73.324.000,00
Ingresos Totales	Superiores a	1.400UVT = $ 73.324.000,00
Consumos de Tarjetas de Crédito	Superiores a	1.400 UVT = $ 73.324.000,00
Compras (crédito o de contado)	Superiores a	1.400UVT = $ 73.324.000,00

*En el caso de la base de **Ingresos Totales de 4.500 UVT**, se entiende que se aplica para efectos de retención, según Art. 3 parágrafo 4° del Decreto 0099/2012.

Para efectos de declarar como Trabajador Independiente (art.18 Ley 1607/2012) respecto a ingresos, ver topes vigentes.
UVT año 2026: $52.374,00

*Deducible de la Base: Art2 - Art3. Decreto 0099/2013 (Si aplica anexar soportes).

En constancia de lo anterior firmo en la ciudad de Bogotá D.C., al día 23 del mes de ENERO del año 2026.

Atentamente,

MARTHA LILIANA PEÑA GONZALEZ

FIRMA

Nombre: **MARTHA LILIANA PEÑA GONZALEZ**