

|                                                                                   |                                                             |                                       |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|---------------------------------------|
|  | <b>CERTIFICADO DE SUPERVISIÓN O INTERVENTORIA PARA PAGO</b> | 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

|                     |                                              |                                        |
|---------------------|----------------------------------------------|----------------------------------------|
| <b>Contrato No.</b> | <b>NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL CONTRATISTA</b> | <b>C.C. - C.E. - NIT - RUT- ID No.</b> |
| 788                 | MARIA ELDA RAMIREZ                           | 43.530.223                             |
| FECHA INICIO        | 23/01/2026                                   | FECHA TERMINACIÓN                      |
|                     |                                              | 31/12/2026                             |
|                     |                                              | No. RP COMPROMISO(S) VIGENCIA          |
|                     |                                              | 129526                                 |

Objeto del Contrato:

Prestar con plena autonomía técnica y administrativa sus servicios personales a la Agencia para la Reincorporación y la Normalización ARN - Dirección Programática de Reintegración - Subdirección Territorial, para realizar acciones de incidencia, apoyar el seguimiento a la implementación del Programa de Reincorporación Integral y la articulación territorial del Sistema Nacional de Reincorporación de acuerdo con los lineamientos del Consejo Nacional de Reincorporación.

|                 |                 |                                |               |
|-----------------|-----------------|--------------------------------|---------------|
| <b>CONTRATO</b> | <b>VALOR \$</b> |                                |               |
| INICIAL         | \$ 39.059.371   | PAGOS ACUMULADOS (2)           | \$ 0          |
| VR. ACTUAL (1)  | \$ 39.059.371   | VR. A PAGAR (3)                | \$ 924.131    |
|                 |                 | <b>SALDO CONTRATO (=1-2-3)</b> | \$ 38.135.240 |

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:

ENERO

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: \$ 924.131 CORRESPONDIENTE AL PERÍODO: 23 enero al 31 enero 2026

Usos Presupuestales:

| RP     | RUBRO          | VALOR PAGO | USO PRESUPUESTAL      | DISTRIBUCIÓN |
|--------|----------------|------------|-----------------------|--------------|
| 129526 | A-03-03-01-001 | 924.131    | A-02-02-02-008-003-09 | 924.131      |
|        |                |            |                       |              |
|        |                |            |                       |              |
|        |                |            |                       |              |
|        |                |            |                       |              |
|        |                |            |                       |              |
|        |                | 924.131    |                       | 924.131      |

**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. 4637150762 correspondiente al periodo de cotización Enero de 2026, se realizó el día 26/01/2026 Se realiza la verificación de los aportes SGSS en la plataforma destinada por el Ministerio de Salud pero dice 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 correspondiente al periodo Enero de 2026, fue radicado en el SIGOB con MEM26-001304

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>"

"Toda impresión física de este documento se considera Documento no Controlado. La versión vigente se encuentra en el software para la administración de la planeación y gestión."

1



## PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES COMPROBANTE DE PAGO



| DATOS GENERALES DEL APORTANTE                                             |                                                |                           |
|---------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|---------------------------|
| TIPO IDENTIFICACIÓN:                                                      | CÉDULA DE CIUDADANÍA NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 43530223                  |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:                                                    |                                                | MARIA ELDA RAMIREZ        |
| CIUDAD/MUNICIPIO:                                                         | DABEIBA DEPARTAMENTO:                          | ANTIOQUIA                 |
| DIRECCIÓN:                                                                | BARRIO LLANO GRANDE TELÉFONO:                  | 8888888                   |
| TIPO APORTANTE:                                                           | 02-INDEPENDIENTE CLASE APORTANTE:              | I-INDEPENDIENTE           |
| TIPO EMPRESA:                                                             | PRIVADA ACTIVIDAD ECONOMICA:                   | Actividades reguladoras y |
| FORMA DE PRESENTACIÓN:                                                    | ÚNICO                                          |                           |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): |                                                | NO                        |

| DATOS GENERALES DE LA PLANILLA |            |                      |
|--------------------------------|------------|----------------------|
| NÚMERO PLANILLA:               | 4637150762 | TIPO DE PLANILLA:    |
| PERIODO COTIZACIÓN             | MES: enero | PERIODO COTIZACIÓN   |
| OTROS SUBSISTEMAS:             | AÑO: 2026  | AÑO: 2026            |
| DÍAS DE MORA:                  | 0          |                      |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):       | 2026/01/26 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: |
|                                |            | 9995499153           |

| NOVEDADES |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
|-----------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| ING       | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | COR | VSP | VST | SLN | COM | IGE | LMA | VAC | AVP |
|           |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |

| LIQUIDACIÓN GENERAL |        |                          |  |  |            |              |
|---------------------|--------|--------------------------|--|--|------------|--------------|
|                     |        |                          |  |  | TOTALES    |              |
|                     |        |                          |  |  | COTIZANTES | TOTAL PAGADO |
| PENSIÓN             |        |                          |  |  |            |              |
| ADMINISTRADORA      |        |                          |  |  |            |              |
| NIT                 | CÓDIGO | NOMBRE                   |  |  |            |              |
| 9003360047          | 25-14  | 25-14 COLPENSIONES       |  |  | 1          | \$ 280.200   |
| SUBTOTAL:           |        |                          |  |  | 1          | \$ 280.200   |
| SALUD               |        |                          |  |  |            |              |
| ADMINISTRADORA      |        |                          |  |  |            |              |
| NIT                 | CÓDIGO | NOMBRE                   |  |  |            |              |
| 9006043500          | EPS040 | EPS040 - SAVIA SALUD EPS |  |  | 1          | \$ 218.900   |
| SUBTOTAL:           |        |                          |  |  | 1          | \$ 218.900   |

|                 |            |
|-----------------|------------|
| VALOR SIN MORA: | \$ 499.100 |
| VALOR MORA:     | \$ 0       |
| TOTAL PAGADO:   | \$ 499.100 |

## Certificación – Retención en la fuente

Yo, María Elda Ramírez, 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. **788** de **2026**, 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.

## Certificación – Retención en la fuente

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<br>(medicina prepagada o<br>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>

|                                                                                                                                                           |                                                 |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|
|  <p>Agencia para la<br/>Reincorporación y la<br/>Normalización - ARN</p> | <h2>Certificación – Retención en la fuente</h2> |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|

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

## Certificación – Retención en la fuente

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 **30** de **ENERO** de **2026**

Maria Elda  
Ramirez

Firmado digitalmente  
por Maria Elda  
Ramirez

---

**MARIA ELDA RAMIREZ**  
**C.C. No.43.530.223**