

I. INFORMACIÓN DE SUPERVISIÓN O INTERVENTORÍA

SUPERVISOR(A) (ES):

ANGELICA ROCIO ANGEL CHATES

II. INFORMACIÓN CONTRACTUAL

Contrato No.

147

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL CONTRATISTA

JHON ALBERT MARTINEZ

C.C. - C.E - NIT - RUT- ID No.

16.189.536

FECHA INICIO

03-feb-2025

FECHA TERMINACIÓN

31-dic-2025

No. RP COMPROMISO(S)  
VIGENCIA

51925

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 realizar el análisis del contexto territorial, el monitoreo y seguimiento a las rutas de atención y planes de gestión por medio de los instrumentos y herramientas disponibles, conforme a los lineamientos establecidos en los procesos orientados por la ARN.

CONTRATO	VALOR \$
INICIAL	\$ 61.093.827
VR. ACTUAL (1)	\$ 61.093.827

PAGOS ACUMULADOS (2) \$ -

VR. A PAGAR (3) \$ 5.215.327

SALDO CONTRATO (=1-2-3) \$ 55.878.500

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:

Régimen IVA: No Responsable de IVA

Otro

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: \$ 5.215.327

CORRESPONDIENTE AL PERÍODO:

DEL 03 AL 28 DE FEBRERO 2025

Usos Presupuestales:

RP	RUBRO	VALOR PAGO	USO PRESUPUESTAL	DISTRIBUCIÓN
51925	A-03-03-01-001	5.215.327	A-02-02-02-008-003-09	5.215.327,00
		5.215.327		5.215.327,00

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

ANGELICA ROCIO ANGEL CHATES

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, adicione o complementen. Conozca la Política de Privacidad y Tratamiento de Datos Personales a través de <http://www.reincorporacion.gov.co/>



**CERTIFICA QUE:**

El(La) Señor(a) JHON ALBERT MARTINEZ identificado(a) con CC 16189536 se encuentra afiliado a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

<b>Fecha de Activación de</b>	<b>01/04/2023</b>
<b>Estado de la Afiliación:</b>	<b>ACTIVO</b>
<b>IPS:</b>	<b>SALUD VITAL DEL HUILA I.P.S S.A.S - SEDE FLORENCIA</b>
<b>Categoría:</b>	<b>A</b>

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para QUIEN INTERESE, a los 24 días del mes de febrero del año 2025.

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

**Observaciones:**

ESTA CERTIFICACIÓN NO APLICA PARA SERVICIOS MÉDICOS.  
NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

Gerencia de Afiliaciones

Nueva EPS S.A

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

**En su condición de administradora del  
FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

NIT 800.224.808-8

**CERTIFICA QUE:**

**JHON ALBERT MARTINEZ**, identificado(a) con cédula de ciudadanía **16.189.536**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 24 de Febrero del 2025.

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.

Yo, **JHON ALBERT MARTINEZ**, 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. **147** 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.

## 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 (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

## Certificación – Retención en la fuente

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
SAMUEL MARTINEZ GARCIA	1117936333	12	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

## 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 24/02/2025.

**JHON ALBERT MARTINEZ**

**C.C. No. 16.189.536 de Florencia**

REPÚBLICA DE COLOMBIA



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

<b>NUIP</b>	<b>1.117.936.333</b>	<b>REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO</b>	Indicativo Serial	<b>52475425</b>
-------------	----------------------	-------------------------------------	-------------------	-----------------

**Datos de la oficina de registro - Clase de oficina**

Registraduría   
  Notaría   
  Número   
  Consulado   
  Corregimiento   
  Inspección de Policía   
 Código **W 9 K**

**Pais - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía**  
**NOTARIA 1 FLORENCIA - COLOMBIA - CAQUETA - FLORENCIA**

**Datos del inscrito**

Primer Apellido: **MARTINEZ**      Segundo Apellido: **GARCIA**

Nombre(s): **SAMUEL**

Fecha de nacimiento: Año **2012** Mes **AGO** Día **09**      Sexo (en letras): **MASCULINO**      Grupo sanguíneo: **O**      Factor RH: **POSITIVO**

Lugar de nacimiento (Pais - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección):  
**COLOMBIA CAQUETA FLORENCIA**

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos: **CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO**      Número certificado de nacido vivo: **11554109-4**

**Datos de la madre**

Apellidos y nombres completos: **GARCIA VIVIANA MARCELA**

Documento de identificación (Clase y número): **CC 40.670.504**      Nacionalidad: **COLOMBIA**

**Datos del padre**

Apellidos y nombres completos: **MARTINEZ JHON ALBERT**

Documento de identificación (Clase y número): **CC 16.189.536**      Nacionalidad: **COLOMBIA**

**Datos del declarante**

Apellidos y nombres completos: **MARTINEZ JHON ALBERT**

Documento de identificación (Clase y número): **CC 16.189.536**      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 **2012** Mes **AGO** Día **14**

Nombre y firma del funcionario que autoriza: **WILBERTH FRANCISCO GARCIA SANCHEZ**

Nombre y firma: \_\_\_\_\_

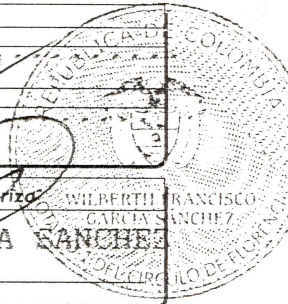
Reconocimiento paterno: \_\_\_\_\_      Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_      Nombre y firma: \_\_\_\_\_

**ESPACIO PARA NOTAS**

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -



**NOTARIA 1**  
**EL SUSCRITO NOTARIO PRIMERO DEL**  
**CIRCULO DE FLORENCIA**  
**CERTIFICA :**  
Que la presente copia es fiel reproducción de su  
original que obra en al indicativo serial No. 52475425  
de esta Notaria. Se expide a solicitud del interesado  
en Florencia a **14 AGO. 2012**  
VALIDO PARA  
  
WILBERTH FRANCISCO GARCÍA SÁNCHEZ  
NOTARIO PRIMERO

