

I. INFORMACIÓN DE SUPERVISIÓN O INTERVENTORÍA

SUPERVISOR(A) (ES): ANGELICA ROCIO ANGEL CHATES

II. INFORMACIÓN CONTRACTUAL

Contrato No.	NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL CONTRATISTA	C.C. - C.E - NIT - RUT- ID No.
153	JAIME ALBERTO VARGAS HERNANDEZ	6.804.764
FECHA INICIO	FECHA TERMINACIÓN	No. RP COMPROMISO(S) VIGENCIA
03-feb-2025	31-dic-2025	52525

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 apoyar las gestiones interinstitucionales que faciliten el acceso de la población sujeto de atención de la ARN a la oferta regional y local, así como brindar el acompañamiento y seguimiento para su integración efectiva.

CONTRATO	VALOR \$		PAGOS ACUMULADOS (2)	\$		VR. A PAGAR (3)	\$	SALDO CONTRATO (=1-2-3)	\$
INICIAL	\$	65.600.000		-		5.600.000		60.000.000	
VR. ACTUAL (1)	\$	65.600.000							

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, ASÍ:

Régimen IVA: No Responsable de IVA

FEBRERO

 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: \$ 5.600.000
 CORRESPONDIENTE AL PERÍODO: DEL 03 AL 28 DE FEBRERO 2025

Usos Presupuestales:

RP	RUBRO	VALOR PAGO	USO PRESUPUESTAL	DISTRIBUCIÓN
52525	A-03-03-01-001	5.600.000	A-02-02-02-008-003-09	5.600.000,00
		5.600.000		5.600.000,00

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.7960999791, correspondiente al periodo de cotización FEBRERO, se realizó el día 21-feb-2025. Al realizar la consulta en la plataforma establecida por el Ministerio de salud aparece 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.

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

Consulta Aportes Contratista

miércoles, 26 febrero 2025 14:18:57

Tipo de identificación

Cedula de Ciudadania

Numero de identificación

6804764

Número de Planilla o de Radicado

7960999791

Fecha de Pago

2025-02-21

Buscar

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

La presente consulta, es dispuesta por el Ministerio de Salud y Protección Social en cumplimiento de lo establecido en el parágrafo 4 del artículo 50 de la Ley 789 de 2002, adicionado por el artículo 24 del Decreto 2106 de 2019, para que las entidades públicas puedan verificar el pago de los aportes al Sistema de Seguridad Social Integral de sus contratistas por prestación de servicios personales registrados en la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes PILA. La información suministrada, está limitada a la consulta de los contratistas de prestación de servicios personales de su entidad, el uso de consultas ajenas a esta finalidad constituirá una irregularidad con las consecuencias legales correspondientes.

Yo, **JAIME ALBERTO VARGAS HERNANDEZ**, 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. **153** 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 **0** %.

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
DULCE MARIA VARGAS LOZADA	1.054.574.303	3 AÑOS	HIJA

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 doscientos 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 doscientos 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 0%, 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 28 de febrero de 2025

Jaime Alberto Vargas Hernandez
Nombre del contratista
C.C. No.6804764



REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 63995478

NUIP 1.054.574.303



Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría Notaría Número Consulado Corregimiento Inspección de Policía Código E 2 Y

REGISTRADURIA DE LA DORADA - COLOMBIA - CALDAS - LA DORADA

Datos del inscrito

Primer Apellido VARGAS Segundo Apellido LOZADA Nombre(s) DULCE MARIA

Fecha de nacimiento Año 2021 Mes SEP Dia 22 Sexo (en letras) FEMENINO Grupo sanguíneo O Factor RH POSITIVO

COLOMBIA CALDAS LA DORADA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos DOCUMENTO AUTENTICO Número certificado de nacido vivo

Datos de la madre o padre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el primer apellido del inscrito)

LOZADA VASQUEZ ANGIE LORENA

Documento de identificación (Clase y número) CC 30.508.884 Nacionalidad COLOMBIA

Datos de la madre o padre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el segundo apellido del inscrito)

VARGAS HERNANDEZ JAIME ALBERTO

Documento de identificación (Clase y número) CC 6.804.764 Nacionalidad COLOMBIA

Datos del declarante

BENAVIDES GUEVARA MARIA ELISA

Documento de identificación (Clase y número) CC 34.544.221 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 2024 Mes MAY Dia 31 Nombre y firma del funcionario que autoriza DANNOVER MARTINEZ AGUIRRE - REGIS

Reconocimiento paterno Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento Firma Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

PRIMERA COPIA PARA LA DIRECCIÓN NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

ESTA COPIA DE RC(), CORRESPONDE A IMPRESION DE LA IMAGEN CARGADA EN LA GED DEL APLICATIVO SIRC, NO TIENE NOTAS MAGINALES.



09 DIC 2024

Jesus Augusto Oviedo Perez REGISTRADOR ESPECIAL DEL ESTADO CIVIL

