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): **ANGELICA ROCIO ANGEL CHATES**

II. INFORMACIÓN CONTRACTUAL

Contrato No.	NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL CONTRATISTA	C.C. - C.E - NIT - RUT- ID No.
535	**JOSE BERTONY ROJAS MENDEZ**	**17.658.695**

FECHA INICIO	07-feb-2025	FECHA TERMINACIÓN	31-dic-2025	No. RP COMPROMISO(S) VIGENCIA	86225

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	$ 59.162.400
VR. ACTUAL (1)	**$ 59.162.400**

PAGOS ACUMULADOS (2) $ -

VR. A PAGAR (3) $ 4.382.400

SALDO CONTRATO (=1-2-3) $ 54.780.000

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:

Otro:

Régimen IVA: 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: **$ 4.382.400**

CORRESPONDIENTE AL PERÍODO: DEL 07 AL 28 DE FEBRERO 2025

Usos Presupuestales:

RP	RUBRO	VALOR PAGO	USO PRESUPUESTAL	DISTRIBUCIÓN
86225	A-03-03-01-001	4.382.400	A-02-02-02-008-003-09	4.382.400,00
		4.382.400		4.382.400,00

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

Digitally signed by ANGELICA ROCIO ANGEL CHATES

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/

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) JOSE BERTONY ROJAS MENDEZ identificado(a) con CC 17658695 se encuentra afiliado a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de	01/04/2019
Estado de la Afiliación:	ACTIVO
IPS:	SALUD VITAL DEL HUILA I.P.S S.A.S - SEDE FLORENCIA
Categoría:	A

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

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **JOSE BERTONY ROJAS MENDEZ** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **17658695,** se encuentra afiliado/a desde **01/12/2016** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 25 de febrero de 2025.



Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

Nota: Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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

Yo**, JOSE BERTONY ROJAS MENDEZ**, 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. **535** 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_X___, NO____. Para tal efecto certifico que tengo a mi cargo a la siguiente persona:

NOMBRE	IDENTIFICACION	EDAD	PARENTESCO
ISABELLA ROJAS OVIEDO	1080364215	11	HIJA
JUAN DIEGO ROJAS VILLANUEVA	1117558939	2	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

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 28 de febrero 2025.

Jose Bertony Rojas Mendez

Firmado digitalmente por Jose Bertony Rojas Mendez

JOSE BERTONY ROJAS MENDEZ

Nombre del contratista

C.C. No. 17.658.695 de Florencia

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

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1.080.364.215

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 51716275

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [X] Notaría [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] **Código** L 2 E

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía

REGISTRADURIA DE SUAZA - COLOMBIA - HUILA - SUAZA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
ROJAS	OVIEDO

Nombre(s)

ISABELLA

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2013 Mes ABR Día 27	FEMENINO	B	POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)

COLOMBIA HUILA SUAZA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	11873386-5

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

OVIEDO CUCHUMBE DIANA JEORGINA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.080.362.685	COLOMBIA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

ROJAS MENDEZ JOSE BERTONY

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 17.658.695	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

ROJAS MENDEZ JOSE BERTONY

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC 17.658.695	+ BERTONY ROJAS MENDEZ

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	*Nombre y firma del funcionario que autoriza*
Año 2013 Mes MAY Día 21	GLADYS ORTIZ SILVA - REGISTRADOR. Nombre y firma

IMPRESO POR THOMAS GREG & SONS DE COLOMBIA S.A. NIT 860.005.080-2 TEL. 381 0240

* 51716275 *

SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

NUIP 1.117.558.939

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 61027152

61027152

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [X] Notaría [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código W 8 K

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía

REGISTRADURIA DE FLORENCIA - COLOMBIA - CAQUETA - FLORENCIA

Datos del inscrito

Primer Apellido: ROJAS

Segundo Apellido: VILLANUEVA

Nombre(s): JUAN DIEGO

Fecha de nacimiento: Año 2023 Mes MAR Día 07

Sexo (en letras): MASCULINO

Grupo sanguíneo: O

Factor RH: POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - 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: 230370103682O9

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)

Apellidos y nombres completos: VILLANUEVA VARGAS VICDALIA

Documento de Identificación (Clase y número): CC 1.117.517.531

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)

Apellidos y nombres completos: ROJAS MENDEZ JOSE BERTONY

Documento de Identificación (Clase y número): CC 17.658.695

Nacionalidad: COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: ROJAS MENDEZ JOSE BERTONY

Documento de Identificación (Clase y número): CC 17.658.695

Firma: Jose Bertony Rojas

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 2023 Mes MAR Día 14

Nombre y firma del funcionario que autoriza

NOHORA ISABEL ORTEGA ARIAS - REGI

Nombre y firma

Reconocimiento paterno

Firma

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
REGISTRADURIA ESPECIAL
FLORENCIA - CAQUETA

ESTA REPRODUCCIÓN FOTOMECÁNICA ES FIEL COPIA DE LA ORIGINAL QUE REPOSA EN LOS ARCHIVOS DE LA REGISTRADURÍA
14 MAR. 2023

Adhesivo Copia Registro Civil
34001632-6

Nohora Isabel Ortega Arias
REGISTRADORA ESPECIAL DEL ESTADO CIVIL