

I. INFORMACIÓN DE SUPERVISIÓN O INTERVENTORÍA

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

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>
536	ANA MARIA VELASQUEZ SANCHEZ	34.065.366
<b>FECHA INICIO</b>	<b>FECHA TERMINACIÓN</b>	<b>No. RP COMPROMISO(S) VIGENCIA</b>
07-feb-2025	31-dic-2025	86325

**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.

<b>CONTRATO</b>	<b>VALOR \$</b>		<b>PAGOS ACUMULADOS (2)</b>	<b>\$</b>	
INICIAL	\$	59.162.400		-	
<b>VR. ACTUAL (1)</b>	<b>\$</b>	<b>59.162.400</b>	<b>VR. A PAGAR (3)</b>	<b>\$</b>	<b>4.382.400</b>
					<b>SALDO CONTRATO (=1-2-3)</b>
					<b>\$ 54.780.000</b>

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: **\$ 4.382.400**      CORRESPONDIENTE AL PERÍODO: DEL 07 AL 28 DE FEBRERO 2025

Usos Presupuestales:

RP	RUBRO	VALOR PAGO	USO PRESUPUESTAL	DISTRIBUCIÓN
86325	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**  
 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) ANA MARIA VELASQUEZ SANCHEZ identificado(a) con CC 34065366 se encuentra afiliado a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

<b>Fecha de Activación de</b>	<b>01/04/2019</b>
<b>Estado de la Afiliación:</b>	<b>ACTIVO</b>
<b>IPS:</b>	<b>E.S.E. SOR TERESA ADELE - SEDE IPS PUERTO RICO</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:**

**ANA MARIA VELASQUEZ SANCHEZ**, identificado(a) con cédula de ciudadanía **34.065.366**, 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, **Ana María Velasquez Sanchez**, 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. **536** 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 . 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 . 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 . 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 , NO . Para tal efecto certifico que tengo a mi cargo a la siguiente persona:

NOMBRE	IDENTIFICACION	EDAD	PARENTESCO
Valery Isabel Paternina Velasquez	1117506421	17	Hija
María Victoria Molina Velasquez	1215966627	8	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 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 de 2025.

---

**ANA MARIA VELASQUEZ SANCHEZ**  
**C.C. No. 34065366**

ORGANIZACION ELECTORAL  
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL  
DIRECCION NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

NUIP 1117506421

REGISTRO CIVIL  
DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 40780950

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría  Notaría  Número  Consulado  Corregimiento  Inspección de Policía  Código W E K

País - Departamento - Municipio - Corregimiento o Inspección de Policía

REGISTRADURIA DE FLORENCIA COLOMBIA CAQUETA FLORENCIA\*\*\*\*\*

Datos del inscrito

Primer Apellido: PATERNINA\*\*\*\*\* Segundo Apellido: VELASQUEZ\*\*\*\*\*

Nombre(s): VALERY ISABEL\*\*\*\*\*

Fecha de nacimiento: Año 2007 Mes ABR Día 17 Sexo (en letras): FEMENINO\*\*\*\*\* Grupo Sanguíneo: B\*\*\*\*\* Factor RH: +\*\*\*\*\*

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento o Inspección): COLOMBIA CAQUETA FLORENCIA\*\*\*\*\*

Tipo de documento antecedentes o Declaración de testigos: CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO\*\*\*\*\* Número certificado de nacido vivo: A7898802\*\*\*\*\*

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: VELASQUEZ SANCHEZ ANA MARIA\*\*\*\*\*

Documento de identificación (Clase y número): CEDULA DE CIUDADANIA 0034065366\*\*\*\*\* Nacionalidad: COLOMBIA\*\*\*\*\*

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: PATERNINA RODRIGUEZ WULBOR\*\*\*\*\*

Documento de identificación (Clase y número): CEDULA DE CIUDADANIA 0008852990\*\*\*\*\* Nacionalidad: COLOMBIA\*\*\*\*\*

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: PATERNINA RODRIGUEZ WULBOR\*\*\*\*\*

Documento de identificación (Clase y número): CEDULA DE CIUDADANIA 0008852990\*\*\*\*\* Firma: X Wulbor Paternina

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 2007 Mes MAY Día 07

Nombre y firma del funcionario que autoriza: RUBY ESTREY VELEZ RUI\*\*\*\*\*

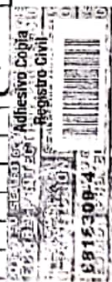
Reconocimiento paterno: Wulbor Paternina Rodriguez

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento: RUBY ESTREY VELEZ RUI\*\*\*\*\*

ESPACIO PARA NOTAS

HRC

— ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO —





05 OCT. 2016  
Isabela

REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL  
DIRECCION NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

NUIP 1.215.966.627

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO Indicativo Serial 56808129



Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduria  Notaria  Numero  Consulado  Corregimiento  Inspeccion de Policia  Código E Q J

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía  
REGISTRADURIA DE FLORENCIA MEDILASER CLINICA - COLOMBIA - CAQUETA -

Datos del inscrito

Primer Apellido MOLINA Segundo Apellido VELASQUEZ  
Nombre(s) MARIA VICTORIA

Fecha de nacimiento Año 2016 Mes OCT Día 05 Sexo (en letras) FEMENINO Grupo sanguíneo B 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 13696717-9

Datos de 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 VELASQUEZ SANCHEZ ANA MARIA  
Documento de identificación (Clase y número) CC 34.065.366 Nacionalidad COLOMBIA

Datos de padre o madre (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 MOLINA PEREZ JAIR  
Documento de identificación (Clase y número) CC 96.354.083 Nacionalidad COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos VELASQUEZ SANCHEZ ANA MARIA  
Documento de identificación (Clase y número) CC 34.065.366 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 2016 Mes OCT Día 05  
Nombre y firma del funcionario que autoriza NOHORA ISABEL ORTEGA ARIAS REGI

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

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO