

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.
717	CLAUDIA PATRICIA BERRIO JARAMILLO	40.783.746
FECHA INICIO	FECHA TERMINACIÓN	No. RP COMPROMISO(S) VIGENCIA
12-feb-2025	31-dic-2025	108125

**Objeto del Contrato:**  
 Prestar con plena autonomía técnica y administrativa sus servicios profesionales a la Agencia para la Reinserción 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 Reinserción 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>		
INICIAL	\$	58.249.400		\$	-
<b>VR. ACTUAL (1)</b>	<b>\$</b>	<b>58.249.400</b>	<b>VR. A PAGAR (3)</b>	<b>\$</b>	<b>3.469.400</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

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: \$ 3.469.400      CORRESPONDIENTE AL PERÍODO: DEL 12 AL 28 DE FEBRERO 2025

Usos Presupuestales:

RP	RUBRO	VALOR PAGO	USO PRESUPUESTAL	DISTRIBUCIÓN
108125	A-03-03-01-001	3.469.400	A-02-02-02-008-003-09	3.469.400,00
		3.469.400		3.469.400,00

**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.7955256535, correspondiente al periodo de cotización FEBRERO, se realizó el día 12-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/>

**PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES  
SOPORTE DE PAGO PARA EL COTIZANTE CC 40783746  
DESDE FEBRERO 2025 HASTA FEBRERO 2025**

DATOS GENERALES DEL APORTANTE										DATOS DEL COTIZANTE									
TIPO IDENTIFICACIÓN: CÉDULA DE CIUDADANÍA NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:					40783746					TIPO IDENTIFICACIÓN: CÉDULA DE CIUDADANÍA NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:					40783746				
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: FLORENCIA DEPARTAMENTO: CR 4B 2D 05 TELÉFONO: 4444444					CLAUDIA PATRICIA CAQUETA					APELLIDOS: BERRIO JARAMILLO NOMBRES: FLORENCIA DEPARTAMENTO: INDEPEND SUBTIPO COTIZANTE: NO EXTRANJERO NO OBLIGADO A COTIZAR PENSIÓN:					CLAUDIA PATRICIA CAQUETA				
DIRECCIÓN: 02-INDEPENDIENTE CLASE APORTANTE: PRIVADA ACTIVIDAD ECONOMICA:					I-INDEPENDIENTE					TIPO COTIZANTE: COLOMBIANO RESIDENTE EN EL EXTERIOR:					NO				
TIPO APORTANTE: TIPO EMPRESA: APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):					Actividades reguladoras y facilitadoras de la act NO					TIPO DE SALARIO: COTIZANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):					NO				

PLANILLA No:	TIPO DE PLANILLA:	PERIODO COTIZACION OTROS SUBSISTEMAS:	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	FECHA DE PAGO:	FORMA DE PRESENTACIÓN APORTANTE:	PARAFISCALES																																											
7955256535	I	febrero - 2025	febrero - 2025	12/02/2025	ÚNICO	NOVEDADES										PENSIÓN					SALUD					ARP					CCF					SENA	ICBF	ESAP	MINEDU										
SALARIO BÁSICO	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COK	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP		APORTES VOLUNTARIOS		INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE			
\$ 2.191.200								01-30										230301-PORVENIR	30	\$ 1.423.500	\$ 227.800	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	Normal	\$ 227.800	EPS005-SANITAS S.A.	30	\$ 1.423.500	\$ 178.000	\$ 0	\$ 178.000				\$ 0	\$ 0		\$ 0		\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0

**TOTAL PAGADO: \$ 405.800**



Entregado por: \_\_\_\_\_

Recibido por: \_\_\_\_\_

CLAUDIA PATRICIA BERRIO JARAMILLO

## Consulta Aportes Contratista

miércoles, 26 febrero 2025 11:54:13

Tipo de identificación

Cedula de Ciudadania

Numero de identificación

40783746

Número de Planilla o de Radicado

7955256535

Fecha de Pago

2025-02-12



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.

Copyright © 2025 - Ministerio de Salud y Protección Social

Versión - 1.0.0.0

Yo, **CLAUDIA PATRICIA BERRIO JARAMILLO**, 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. **717** 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
JHOSUE MARTINEZ BERRIO	1117509209	17	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 28 de febrero 2025

**CLAUDIA PATRICIA BERRIO JARAMILLO**  
**Nombre del contratista**  
**C.C. No. 40783746 de Florencia**



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

NUIP 1117509209

REGISTRO CIVIL  
DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 42306570

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina							
Registraduría <input checked="" type="checkbox"/>	Notaría <input type="checkbox"/>	Número <input type="checkbox"/>	Consulado <input type="checkbox"/>	Corregimiento <input type="checkbox"/>	Inspección de Policía <input type="checkbox"/>	Código	8 K
Pais - Departamento - Municipio - corregimiento e/o Inspección de Policía							

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

Datos del inscrito			
Primer Apellido		Segundo Apellido	
MARTINEZ*****		BERRIO*****	
Nombre(s)			
JHOSUE*****			
Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2 0 0 7 Mes S E P Día 2 6	MASCULINO*****	O*****	+*****
Lugar de nacimiento (Pais - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o inspección)			
COLOMBIA CAQUETA FLORENCIA*****			

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO*****	A 8236705*****

Datos de la madre	
Apellidos y nombres completos	
BERRIO JARAMILLO CLAUDIA PATRICIA*****	
Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 0040783746*****	COLOMBIA*****

Datos del padre	
Apellidos y nombres completos	
MARTINEZ PLAZAS JAVIER*****	
Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 0017652141*****	COLOMBIA*****

Datos del declarante	
Apellidos y nombres completos	
MARTINEZ PLAZAS JAVIER*****	
Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CEDULA DE CIUDADANIA 0017652141*****	<i>[Signature]</i>

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 2 0 0 7 Mes O C T Día 0 9	<i>[Signature]</i> MARIA GLORIA CUBILLOS BURBANO (E) Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
<i>[Signature]</i> Firma	<i>[Signature]</i> Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

FIEL COPIA TOMADA DEL ORIGINAL

*[Signature]*

REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

29 FEB. 2012

SEALADO PARA SU PROTECCION

LLADO para SU PROTECCION

YOUR SEAL AND MARK

109 2406705-8

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -