	ARMADA NACIONAL DE COLOMBIA DIRECCIÓN DE SANIDAD NAVAL		
	PROCESO GESTIÓN RECURSOS FINANCIEROS		
	LISTA DE CHEQUEO PARA TRAMITES DE PAGO		
	Versión: 10.0	Fecha: 26/09/2024	Página: 1 de 1

CONTRATOS DE SERVICIOS MEDICOS		
IPS:	No. CTO:	
ITEM	DOCUMENTO	VERIFICACIÓN FÍSICA (Marque con una X)
1	OBLIGACIÓN DEBIDAMENTE FIRMADA POR EL CONTADOR Y ORDENADOR DEL GASTO	
2	FORMATO "TRÁMITE DE DOCUMENTO PARA PAGO"	
3	ACTA DE RECIBO A SATISFACCIÓN PARCIAL O INFORME DE SUPERVISIÓN QUE INDIQUE EL CUMPLIMIENTO DEL SERVICIO PRESTADO	
4	FACTURA O DOCUMENTO EQUIVALENTE CON LOS REQUISITOS TRIBUTARIOS ESTABLECIDOS "FIRMA O SELLO DEL EMISOR"	
5	INFORME DE AUDITORIA DE CUENTAS MEDICAS	
6	SOPORTES DEL ÚLTIMO PAGO DE APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL	
	DOCUMENTOS ADICIONALES EN EL PRIMER TRAMITE DE PAGO	SECOP (Marque con una X)
6	CERTIFICACIÓN BANCARIA DE LA CUENTA DEL PROVEEDOR	
7	REPORTE SIIF NACIÓN REGISTRO CUENTA BANCARIA ACTIVA	
8	APROBACIÓN DE GARANTÍA ÚNICA	
9	PÓLIZA DE GARANTÍA	
10	REGISTRO PRESUPUESTAL DEL COMPROMISO DEBIDAMENTE FIRMADO	
11	COPIA DEL CONTRATO	
12	REGISTRO ÚNICO TRIBUTARIO	
OBSERVACIONES:		

GRADO - NOMBRES Y APELLIDOS — FIRMA SUPERVISOR

GRADO - NOMBRES Y APELLIDOS DE QUIEN ENTREGA — FIRMA ÁREA RESPONSABLE DEL TRAMITE

GRADO - NOMBRES Y APELLIDOS DE QUIEN RECIBE — FIRMA AREA DE CONTABILIDAD

CONTRATOS DE PROVEEDORES (BIENES Y SERVICIOS)		
CONTRATISTA:	No. CTO:	
ITEM	DOCUMENTO	VERIFICACIÓN FÍSICA (Marque con una X)
1	OBLIGACIÓN DEBIDAMENTE FIRMADA POR EL CONTADOR Y ORDENADOR DEL GASTO	
2	FORMATO "TRÁMITE DE DOCUMENTO PARA PAGO"	
3	ACTA DE RECIBO A SATISFACCIÓN PARCIAL O INFORME DE SUPERVISIÓN QUE INDIQUE EL CUMPLIMIENTO DEL SERVICIO PRESTADO	
4	FACTURA O DOCUMENTO EQUIVALENTE CON LOS REQUISITOS TRIBUTARIOS ESTABLECIDOS "FIRMA O SELLO DEL EMISOR"	
5	ENTRADA DE BIENES DEL ALMACEN	
	DOCUMENTOS ADICIONALES EN EL PRIMER TRAMITE DE PAGO	SECOP (Marque con una X)
6	SOPORTES DEL ÚLTIMO PAGO DE APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL	
7	CERTIFICACIÓN BANCARIA DE LA CUENTA DEL PROVEEDOR	
8	REPORTE SIIF NACIÓN REGISTRO CUENTA BANCARIA ACTIVA	
9	APROBACIÓN DE GARANTÍA ÚNICA	
10	PÓLIZA DE GARANTÍA	
11	REGISTRO PRESUPUESTAL DEL COMPROMISO DEBIDAMENTE FIRMADO	
12	COPIA DEL CONTRATO	
13	REGISTRO ÚNICO TRIBUTARIO	
OBSERVACIONES:		

GRADO - NOMBRES Y APELLIDOS — FIRMA SUPERVISOR

GRADO - NOMBRES Y APELLIDOS DE QUIEN ENTREGA — FIRMA ÁREA RESPONSABLE DEL TRAMITE

GRADO - NOMBRES Y APELLIDOS DE QUIEN RECIBE — FIRMA AREA DE CONTABILIDAD

PAGOS DE CONTRATOS PRESTACIÓN DE SERVICIOS OPS		
CONTRATISTA: CLAUDIA PATRICIA MARIN BELEÑO	No. CTO: 034 ARC-DISAN-2026	
ITEM	DOCUMENTO	VERIFICACIÓN FÍSICA O SECOP (Marque con una X)
1	OBLIGACIÓN DEBIDAMENTE FIRMADA POR EL CONTADOR Y ORDENADOR DEL GASTO	NA
2	FORMATO "TRÁMITE DE DOCUMENTO PARA PAGO"	NA
3	ACTA DE RECIBO A SATISFACCIÓN PARCIAL O INFORME DE SUPERVISIÓN QUE INDIQUE EL CUMPLIMIENTO DEL SERVICIO PRESTADO	X
4	FACTURA O DOCUMENTO EQUIVALENTE DE SOLICITUD DE PAGO	NA
5	INFORME DE ACTIVIDADES DEL CONTRATISTA	X
6	SOPORTES DEL ÚLTIMO PAGO DE APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL (Verificar por parte del Supervisor del contrato en SISPRO)	NA
	DOCUMENTOS ADICIONALES EN EL PRIMER TRAMITE DE PAGO	SECOP (Marque con una X)
7	OFICIO CERTIFICACIÓN TRABAJADORES INDEPENDIENTES CONTRIBUYENTES DEL IMPUESTO DE RENTA	X
8	CERTIFICACIÓN BANCARIA DE LA CUENTA DEL PROVEEDOR	X
9	REPORTE SIIF NACIÓN REGISTRO CUENTA BANCARIA ACTIVA	NA
10	APROBACIÓN DE GARANTÍA ÚNICA	NA
11	PÓLIZA DE GARANTÍA	NA
12	REGISTRO PRESUPUESTAL DEL COMPROMISO DEBIDAMENTE FIRMADO	NA
13	COPIA DEL CONTRATO	NA
14	REGISTRO ÚNICO TRIBUTARIO	NA
OBSERVACIONES:		

SMSM Gloria Osorio Rodriguez

GRADO - NOMBRES Y APELLIDOS — FIRMA SUPERVISOR

GRADO - NOMBRES Y APELLIDOS DE QUIEN ENTREGA — FIRMA ÁREA RESPONSABLE DEL TRAMITE

GRADO - NOMBRES Y APELLIDOS DE QUIEN RECIBE — FIRMA AREA DE CONTABILIDAD

PAGOS RESOLUCIÓN SERVICIOS MEDICOS - ENTIDADES SIN ANIMO DE LUCRO - CONTRATOS INTERADMINISTRATIVOS - ENTIDADES ASEGURADORAS.		
ENTIDAD:	No. FACTURA:	
ITEM	DOCUMENTO	VERIFICACIÓN FÍSICA (Marque con una X)
1	OBLIGACIÓN DEBIDAMENTE FIRMADA POR EL CONTADOR Y ORDENADOR DEL GASTO	
2	FORMATO "TRÁMITE DE DOCUMENTO PARA PAGO"	
3	RESOLUCIÓN DE ORDENAMIENTO DE PAGO	
4	FACTURA O DOCUMENTO EQUIVALENTE CON LOS REQUISITOS TRIBUTARIOS ESTABLECIDOS "FIRMA O SELLO DEL EMISOR"	
5	INFORME DE AUDITORIA DE CUENTAS MEDICAS PARA EL CASO DE SERVICIOS MEDICOS	
6	REPORTE SIIF NACIÓN REGISTRO CUENTA BANCARIA ACTIVA	
7	REGISTRO PRESUPUESTAL DEL COMPROMISO DEBIDAMENTE FIRMADO	
8	CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL	

GRADO - NOMBRES Y APELLIDOS — FIRMA SUPERVISOR

GRADO - NOMBRES Y APELLIDOS DE QUIEN ENTREGA — FIRMA ÁREA RESPONSABLE DEL TRAMITE

GRADO - NOMBRES Y APELLIDOS DE QUIEN RECIBE — FIRMA AREA DE CONTABILIDAD

PAGO VIÁTICOS	
FUNCIONARIO:	No. CÉDULA:
No. RESOLUCIÓN:	

ITEM	DOCUMENTO	VERIFICACIÓN FÍSICA (Marque con una X)
1	OBLIGACIÓN DEBIDAMENTE FIRMADA POR EL CONTADOR Y ORDENADOR DEL GASTO	
2	FORMATO "TRÁMITE DE DOCUMENTO PARA PAGO"	
3	RESOLUCIÓN POR LA CUAL SE DESTINA LA COMISIÓN PERSONAL CIVIL	
4	RESOLUCIÓN DE ORDENAMIENTO DE PAGO	
5	CUMPLIDO DE COMISIÓN	
6	FORMATO LIQUIDACIÓN VIÁTICOS	
7	REPORTE SIIF NACIÓN REGISTRO CUENTA BANCARIA ACTIVA	
8	REGISTRO PRESUPUESTAL DEL COMPROMISO DEBIDAMENTE FIRMADO	
9	CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL	

GRADO - NOMBRES Y APELLIDOS DE QUIEN ENTREGA — FIRMA ÁREA RESPONSABLE DEL TRAMITE

GRADO - NOMBRES Y APELLIDOS DE QUIEN RECIBE — FIRMA AREA DE CONTABILIDAD

PAGO SERVICIOS PÚBLICOS

ENTIDAD _____ | No. FACTURA:

ITEM	DOCUMENTO	VERIFICACIÓN FÍSICA (Marque con una X)
5	OBLIGACIÓN DEBIDAMENTE FIRMADA POR EL CONTADOR Y ORDENADOR DEL GASTO	
1	FORMATO "TRÁMITE DE DOCUMENTO PARA PAGO"	
2	REGISTRO PRESUPUESTAL DEL COMPROMISO DEBIDAMENTE FIRMADO	
3	PLANILLA RESUMEN RELACIÓN DETALLADA DE SERVICIOS DE ENERGÍA O LÍNEAS DE SERVICIOS DE TELEFONOS DE LA DISAN O ESM	
4	FACTURA SERVICIOS PÚBLICOS	

GRADO - NOMBRES Y APELLIDOS DE QUIEN ENTREGA — FIRMA ÁREA RESPONSABLE DEL TRAMITE

GRADO - NOMBRES Y APELLIDOS DE QUIEN RECIBE — FIRMA AREA DE CONTABILIDAD

REGISTRO CONTROLADO SGC DISAN

Bogotá D.C, 25– febrero - 2026
Señora:
SMSM, GLORIA OSORIO RODRIGUEZ
Líder Proceso SST
Supervisor Contrato No. **034-ARC-DISAN-2026**
Bogotá DC

INFORME DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO No. 034-ARC-DISAN-2026

Nombre del contratista CLAUDIA PATRICIA MARIN BELEÑO, identificado como aparece al pie de mi firma, de la manera más respetuosa me permito presentar, el informe de actividades realizadas en mi condición de CONTRATISTA, durante el periodo comprendido entre el primero (1) al veintiocho (28) de febrero de 2026, en cumplimiento a lo establecido en la cláusula quinta del CONTRATO No. **034-ARC-DISAN-2026** 01 de febrero de 2026, cuyo objeto contractual es: " **PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES DE UN(A) MÉDICO(A) ESPECIALISTA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO PARA SISTEMAS INTEGRADOS DE GESTIÓN - SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO DIRECCIÓN DE SANIDAD ARMADA NACIONAL CON TOTAL AUTONOMÍA TÉCNICA, ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA** ", las cuales relaciono a continuación:

INFORME DE ACTIVIDADES No. 1

DESCRIPCIÓN DE OBLIGACIONES CONTRACTUALES EJECUTADAS CONFORME AL PERIODO

No.	OBLIGACIÓN CONTRACTUAL	ACTIVIDADES REALIZADAS
1.	Cumplir con los procedimientos y requisitos establecidos por la Dirección de Sanidad Armada Nacional para el acceso a los servicios por parte de los usuarios, así como todos y cada uno de los requisitos y políticas de atención al usuario y calidad en el servicio exigidos por la Ley y por la DISAN ARC.	Se recibe capacitación sobre el procedimiento de calificación de origen, comité ocupacional, Orfeo, uso de correo institucional y trámites administrativos.
2.	Suministrar oportunamente y con toda la seriedad y veracidad del caso a la DISAN ARC la información que se requiera para la resolución adecuada y oportuna de quejas, requerimientos y acciones judiciales interpuestas por los usuarios por causa o por ocasión del servicio prestado; todo ello dentro de los límites y términos establecidos.	Oficio respuesta y remisión por competencia reporte de presunto accidente de trabajo al señor (Iván Quiñonez).
3.	Realizar la elaboración de respuestas a las diferentes peticiones y solicitudes radicadas a la Dirección de Sanidad Armada Nacional para calificación de origen o reclamos de desacuerdo.	Oficio respuesta y remisión por competencia reporte de presunto accidente de trabajo al señor (Iván Quiñonez).
4.	Digitar la información en las matrices de seguimiento de casos especiales del Comité Ocupacional DIGSA.	Se realiza actualización de base de datos de acuerdo a mesa laboral 06/02/2026 con la ARL Positiva, lideres de SST y médicos laborales de todas las fuerzas- DIGSA.
5.	Participación en estudios de casos puntuales del área, de acuerdo con las instrucciones que se impartan.	Estudio Oficio solicitud de concepto por las diferentes especialidades para la realización de Calificación de Origen de las Contingencias en salud (Libardo Blanco).
6	Entregar expedientes o documentos únicamente a las personas autorizadas por el área de Seguridad y Salud en el Trabajo o por el Comité de Calificación de Origen del SSFM.	Durante el periodo no fueron asignadas actividades.
7	Asistir y presentar los casos de forma activa y presencial al Comité Ocupacional de la Dirección General de Sanidad Militar el segundo miércoles de cada mes todo el día; y de forma extraordinaria cuando sea citado por DIGSA.	Durante el periodo no fueron asignadas actividades.

8	Firmar acta de compromiso y reserva de historia clínica entregada por el área de SST y por la Dirección General de Sanidad Militar.	Diligenciamiento y firma de documentos.
9	Recibir copia de historia clínica de los trabajadores planta DIGSA que laboran en los Dispensarios médicos de la Armada Nacional que presentan alguna patología que interfiere en el desempeño de sus funciones.	Recepción de historia clínica HONAC y DMBAQ.
10	Recibir copia de historia clínica de los usuarios activos laboralmente y afiliados al SSFM en calidad de cotizantes que requieran calificación o emisión de conceptos de rehabilitación.	Se reciben historias clínicas de los funcionarios Ángel de Jesús Rangel y Carlina Hernández, para calificación de origen de enfermedad.
11	Solicitar a los Dispensarios médicos la información que requiera para la estructuración de cada caso.	Durante el periodo no fueron asignadas actividades.
12	Estructurar y preparar cada caso en el formato establecido para tal fin.	Elaboración ponencia para presentación de caso ante el comité de calificación de origen de enfermedad del SSFFMM; caso Ángel de Jesús Rangel.
13	Analizar cada caso integralmente en coordinación con el área de SST- DISAN ARC.	Análisis de 10 casos de la armada de estos, 3 pendientes de actualización de Recomendaciones médico laborales previa realización de prueba de trabajo, 3 de los casos en controversia de origen ante juntas, 2 casos de origen común y 2 casos con recomendaciones vigentes.
14	Presentar ante el Comité Ocupacional DIGSA cada caso de la DISAN ARC en lo concerniente a los antecedentes médicos, recomendaciones médicas laborales, así como participar en la estructuración de las recomendaciones médico-laborales de todos los casos en general que se presenten en dicho comité.	Elaboración de formato para actualización de recomendaciones medico laborales funcionario Omar de Jesús Emeral.
15	Revisar cada caso en particular y en los casos con patologías de origen común que no interfieran con la labor desempeñada, emitir las recomendaciones médico-laborales.	Revisión de la Matriz de los casos en seguimiento por el comité ocupacional.
16	Realizar seguimiento ocupacional a los diferentes casos de forma trimestral en los formatos establecidos para tal fin de forma presencial en la ciudad de Bogotá y de forma virtual en las demás ciudades.	Se revisan los expedientes médicos y los casos en seguimiento por el comité ocupacional.
17	Asistir y participar de forma activa y presencial al Comité de Calificación de Origen del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares el último jueves de cada mes y de forma extraordinaria cuando sea citado para el cumplimiento de una acción de tutela.	Presentación de casos funcionarios, Ángel Rangel y Carlina Hernández, para calificación de origen y Luis Antonio Utria.
18	Recibir las solicitudes allegadas a la Dirección de Sanidad Armada Nacional en lo referente a calificación de origen o emisión de concepto de rehabilitación de los usuarios afiliados al Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares en calidad de cotizante activo laboralmente	Revisión de 3 Derechos de Petición para emitir respuesta.
19	Consultar y verificar de acuerdo a la lista de chequeo los documentos requeridos para cada caso específico.	Se efectúa la consulta y verificación de conformidad con la lista de chequeo para realización de ponencia y presentación de caso de los funcionarios Ángel Rangel y Carlina Hernández.

20	Solicitar y dar respuesta a los usuarios de acuerdo con la solicitud allegada, dando inicio al trámite requerido.	Se elabora oficio de solicitud de historia clínica y documentos para presentación de caso a comité de calificación de origen de contingencias en salud del SSFFMM- Libardo Blanco.
21	Descargar historia clínica o exámenes complementarios de los usuarios a través de la plataforma de SALUD.SIS o a través del Hospital Militar.	Descargue de historia clínica de los funcionarios Iván Quiñonez y Carlina Hernández.
22	Estructurar cada caso y presentarlo ante el Comité de Calificación de Origen del SSFFMM.	Elaboración ponencia para presentación de los casos ante el comité de calificación de origen de enfermedad del SSFFMM; Ángel de Jesús Rangel y Carlina Hernández.
23	Realizar las respectivas notificaciones de la calificación en primera oportunidad o concepto de rehabilitación a las partes interesadas Empleador, Fondo de Pensiones, Usuario y Administradora de riesgos Laborales.	Durante el periodo no fueron asignadas actividades.
24	Realizar seguimiento y dar trámite de acuerdo a los requerimientos ante las Juntas de Calificación de Invalidez sea Regional o Nacional, hasta que quede en firme la respectiva calificación.	Durante el periodo no fueron asignadas actividades.
25	Alimentar y actualizar la base de datos del Comité de Calificación de Origen del SSFFMM en lo que respecta a los usuarios adscritos a los Dispensarios médicos de la Armada Nacional.	Durante el periodo no fueron asignadas actividades.
26	Realizar informe de forma trimestral sobre el estado de los casos presentados ante el Comité de Calificación, si se encuentran activos, pendiente, en controversia por alguna de las partes interesadas o cerrada.	Durante el periodo no fueron asignadas actividades.
27	Abrir expediente por cada caso de acuerdo a la tabla de retención e inventario documentales.	Durante el periodo no fueron asignadas actividades.
28	Emitir certificado de incapacidades médicas de acuerdo a lo establecido en los lineamientos emitidos por DIGSA.	Se emite respuesta a la empresa sobre las incapacidades del Infante de Marina (R) Jesús Mazo Espinoza.
29	Hacer seguimiento y control a los procedimientos bajo su responsabilidad y planear e implementar planes de mejora para los mismos	Durante el periodo no fueron asignadas actividades.
30	Si en algún caso puntual se requiera valoración ocupacional debe realizar examen médico ocupacional mediante consulta.	Durante el periodo no fueron asignadas actividades.
31	Desempeñar las demás obligaciones asignadas por la autoridad competente de acuerdo a su nivel, la naturaleza y el área de desempeño de su cargo.	Inducción cargo Médico especialista en seguridad y salud en el trabajo, para la sección Sistemas de Gestión de la Dirección de Sanidad Armada, por parte de la supervisora del contrato y líder de SST Gloria Osorio se recibe inducción al cargo

ACREDITACIÓN DEL PAGO DEL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL: Cumpliendo con lo dispuesto en el contrato, anexo el comprobante de Afiliación a seguridad social.

INFORMACIÓN DE NOVEDADES AL SUPERVISOR: Ninguna.

SOLICITUD DE PAGO DEL CONTRATO No. 034-ARC-DISAN-2026

Con ocasión a la forma de pago definida en la cláusula séptima del contrato, para el periodo ejecutado, corresponde a la Dirección de Sanidad de la Armada Nacional, pagar a nombre del contratista, la siguiente suma:

No. PAGO	FECHA	VALOR A PAGAR	CONCEPTO	RÉGIMEN	No. RUT
No. 001	25/02/2026	CUATRO MILLONES NOVECIENTOS TREINTA MIL PESOS M/CTE ($4.930.000).	Servicios prestados desde el 01 al 28 de febrero de 2026, en desarrollo del contrato No. 034-ARC-DISAN-2026	SIMPLIFICADO	1.098.623.875-9

Para efecto del pago, agradezco desembolsar en la cuenta Ahorros (x) No. 0994000200000926 del banco BBVA

Atentamente,

CLAUDIA PATRICIA MARIN BELEÑO
IDENTIFICACIÓN 1.098.623.875 de Bucaramanga
No. de contrato **034-ARC-DISAN-2026**

FORMATO CERTIFICACIÓN TRABAJADORES INDEPENDIENTES
–CONTRIBUYENTES DEL IMPUESTO DE RENTA-

Bogotá D.C., **25 DE FEBRERO 2026**

Señor Capitán de Navío
JUAN CARLOS HINCAPIÉ AGUDELO
Director de Sanidad Naval – ARC
Bogotá D.C.

ASUNTO: Retención en la Fuente Empleados – Contribuyentes del Impuesto de Renta, según Ley 1607 de Diciembre de 2012 y Decreto No.0099 de Enero 25 de 2013.

Yo, **CLAUDIA PATRICIA MARIN BELEÑO** identificado(a) con cédula de ciudadanía No 1.098.623.875 de la ciudad de Bucaramanga, con el fin de dar cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 14 de la Ley 1607 de 2012 y parágrafo 3°del Decreto 0099 de 2013, certificó a ustedes, bajo la gravedad de juramento, que:

SI ( ) NO (**x**) Soy declarante del impuesto de renta y complementario en el año 2025, ya que
SI ( ) NO (**x**) superé todos o cualquiera de los siguientes montos en el año gravable 2025:

Patrimonio Bruto	Superiores a	4.500UVT = $ 235.683.000,00
Consignaciones Bancarias	Superiores a	1.400UVT = $ 73.324.000,00
Ingresos Totales	Superiores a	1.400UVT = $ 73.324.000,00
Consumos de Tarjetas de Crédito	Superiores a	1.400 UVT = $ 73.324.000,00
Compras (crédito o de contado)	Superiores a	1.400UVT = $ 73.324.000,00
*En el caso de la base de **Ingresos Totales de 4.500 UVT**, se entiende que se aplica para efectos de retención, según Art. 3 parágrafo 4° del Decreto 0099/2012. Para efectos de declarar como Trabajador Independiente (art.18 Ley 1607/2012) respecto a ingresos, ver topes vigentes. UVT año 2026: $52.374,00 *Deducible de la Base: Art2 - Art3. Decreto 0099/2013 (Si aplica anexar soportes).		

En constancia de lo anterior firmo en la ciudad de Bogotá D.C., al 25 día del mes de **febrero** del año 2026.

Atentamente,

FIRMA

Nombre: **CLAUDIA PATRICIA MARIN BELEÑO**

DECLARACIÓN JURAMENTADA

Para efectos de Retención en la Fuente

Yo, CLAUDIA PATRICIA MARIN BELEÑO, identificada con Cédula de Ciudadanía No. 1.098.623.875, con el fin de dar cumplimiento a las disposiciones establecidas en la Ley 1819 de 2016 y del parágrafo 2 de artículo 383 del Estatuto Tributario, manifiesto **bajo gravedad de juramento** que:

1. Para efectos de lo previsto en el parágrafo 2° del artículo 387 del estatuto Tributario, para el beneficio tributario de deducción por dependientes, de manera libre, espontánea y **bajo la gravedad de juramento**, manifiesto que las siguientes personas dependen económicamente de mí (Anexar soportes según sea el caso):

DATOS DEPENDIENTES

NOMBRE COMPLETO	PARENTESCO	EDAD
MARIA FERNANDA ARIZA MARIN	**HIJA**	**5 AÑOS**
N/A	**N/A**	**N/A**
N/A	**N/A**	**N/A**

1.1. Declaro que mi cónyuge, _____ identificado (a) con la C.C. No. _____ NO ha solicitado disminución de su base gravable por concepto de dependientes, por las mismas personas arriba relacionadas.

2. Así mismo, informo los demás conceptos requeridos para la liquidación de mi cuenta de cobro, así:

2.1. **Intereses de vivienda:** Certificación del crédito hipotecario expedida por la entidad financiera donde indique los intereses pagados durante el año inmediatamente anterior.

SI ___ NO _X__

- **El crédito ha sido otorgado a varias personas.** Declaro que la deducción prevista se debe realizar proporcionalmente (Decreto 3750 de 1986 Artículo 8) _____
- **El crédito ha sido otorgado a ambos cónyuges**. Declaro que la totalidad de la deducción se tenga en cuenta en la liquidación dado que mi cónyuge no ha solicitado disminución de su base gravable por concepto de intereses de vivienda, por el crédito hipotecario (Decreto 3750 de 1986 Artículo 8) _____

2.2. **Aporte cuenta AFC**: Certificación del banco y consignación realizada a la cuenta

SI ___ NO _X__

2.3. **Aportes voluntarios a pensión**: (Diferentes a los Obligatorios) anexo certificación.

SI ___ NO _X__

2.4. **Pagos por salud:** Certificación de medicina prepagada o seguros de salud que detallen afiliados y valor pagado durante el año inmediatamente anterior.

SI_X_NO

3. Que informaré oportunamente sobre cualquier cambio en el origen, proporción de mis ingresos o cambio respecto a la categoría tributaria.

4. **Ley 100 de 1993. Artículo 15. Afiliados**. *"(…) Todas las personas naturales que presten directamente servicios al Estado, los trabajadores independientes entre otros tienen la* ***obligación*** *de* ***aportar al Sistema General de Seguridad Social – SGSS****, si perciben ingresos netos iguales o superiores a un (1) salario mínimo mensual legal vigente – SMMLV (…)"*, por consiguiente:

- Declaro bajo la gravedad de juramento y para todos los efectos legales, que (marque con una X): SI __ NO _X_ estoy vinculado actualmente mediante dos (2) o más contratos de prestación de servicios con entidades públicas.

- Si en la pregunta anterior marcó SI, diligencie la siguiente información:

NO.	NOMBRE ENTIDAD PÚBLICA	NÚMERO DEL CONTRATO	VALOR HONORARIOS MENSUALES
1.			
2.			
3.			

Nota*: En caso de tener dos (2) o más contratos con el sector público, se debe anexar pantallazo del SECOP.*

La presente manifestación se firma en la ciudad de Bogotá a los 25 días del mes de febrero de 2026.

Atentamente,

Firma del Contratista

C.C. No. 1.098.623.875

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

NUIP	1097216036

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 58479814

5847981 4

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código 0 5 H

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

COLOMBIA - SANTANDER - BARRANCABERMEJA - NOTARIA 2 BARRANCABERMEJA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
ARIZA	MARIN

Nombre(s)

MARIA FERNANDA

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2020 Mes NOV Día 08	FEMENINO	O	POSITIVO

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

COLOMBIA - SANTANDER - BARRANCABERMEJA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	163783621

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

MARIN BELEÑO CLAUDIA PATRICIA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 1098623875	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

ARIZA VELASCO ANYERSON

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 1032356510	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

ARIZA VELASCO ANYERSON

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC No. 1032356510	

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 2020 Mes DIC Día 10	JOSE JAVIER RODRIGUEZ LUNA Nombre y firma

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

Powered by CamScanner

BBVA

Creando Oportunidades

BBVA Colombia
NIT 860.003.020-1
Certifica

Que nuestro(a) cliente CLAUDIA PATRICIA MARIN BELENO, identificado(a) con cédula de ciudadanía número 1,098,623,875 se encuentra vinculado(a) a nuestra entidad a través de la CUENTA DE AHORROS LIBRETON No. 994000926 aperturada el 24 de julio de 2023 cuenta ACTIVA y que a la fecha ha presentado un manejo conforme a lo establecido contractualmente.

Esta certificación se expide a solicitud del titular con destino a quien interese, el 19 de febrero de 2026.

Para trámites de nómina,legales,internacionales y otros,también puedes usar las siguientes opciones de número de cuenta:

Cuenta de 10 dígitos:	0994000926
Cuenta de 16 dígitos:	0994000200000926
Cuenta de 20 dígitos:	00130994000200000926

Firma autográfica



Responsable servicio al cliente
BBVA Colombia

Nota: el saldo no incluye valores de cheques en proceso de canje.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

EPS

sura

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL PBS DE EPS SURA

EPS SURAMERICANA S.A. en desarrollo de su programa especial para la garantía del Plan de Beneficios en Salud denominado **EPS SURA**

CERTIFICA

Que **CLAUDIA PATRICIA MARIN BELEÑO** identificado(a) con **CÉDULA DE CIUDADANÍA** número **1098623875** está registrado(a) en el PBS EPS SURA con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 1098623875
NOMBRES Y APELLIDOS	CLAUDIA PATRICIA MARIN BELEÑO
TIPO DE AFILIADO	TITULAR
PARENTESCO	TITULAR
ESTADO DE AFILIACIÓN	TIENE DERECHO A COBERTURA INTEGRAL
CAUSA ESTADO DE LA AFILIACIÓN	COBERTURA INTEGRAL
FECHA DE INGRESO A EPS SURA	01/06/2022
FECHA RETIRO EPS SURA	ACTIVO(A)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SURA	184
SEMANAS COTIZADAS ÚLTIMO AÑO	52

DIRECCIÓN DE AFILIACIONES
Fecha de generación: **18/02/2026**

ESTE DOCUMENTO NO ES VÁLIDO PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, NI PARA TRASLADOS

VIGILADO Supersalud

SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A NIT 890903790-5
Cra 63 49 A 31 p1 Edificio Camacol

Factura Electrónica de venta 209012432640
Póliza 090001634387
N° Recibo de Cobro 77717434
N° Documento SAP 5460599138

INFORMACIÓN DEL CLIENTE

Nombres	CC	Teléfono
CLAUDIA PATRICIA MARIN BELE?O	1098623875	
Dirección	**Ciudad**	**Correo Electrónico**
CL 116 # 59 31	BOGOTÁ D.C.	CMARINB@SURA.COM.CO

DATOS DE LA FACTURA

Fecha factura	Fecha vencimiento	Fecha validación DIAN	Forma de pago	Medio de pago
2026-02-02 23:30:38	2026-03-15	2026-02-02T04:36:21.513-05:00	Crédito	Instrumento no definido

DETALLE DE LA FACTURA

#	Ramo	Descripción	Cantidad	Unitario	% Descuento	Valor descuento	%IVA	Total
1	090	Venta póliza de seguro SALUD FAMILIAR	1 IP	$ 153,154		$ 0	% 5.00	$ 153,154

Total línea Detalles: 1

OBSERVACIONES DE LA FACTURA

= X

Subtotal	$ 153,154
Descuento	$ 0
IVA	$ 7,658
Total a pagar cliente COP	$ 160,812

Factura Electrónica, según resolución de la DIAN No 18764094123691 con vigencia del 2025-06-06 al 2027-06-06
Numeración habilitada del 11000001 al 14000000 y prefijo 2090.

Gran Contribuyente . Autoretenedor Resolución 0009965 de 27 . 09 . 2010 . Responsable de IVA , Agente retenedor IVA , LAS PRIMAS DE SEGUROS NO ESTÁN SUJETAS A RETE. FUENTE D.R. 2509/85ART17. NO EFECTUAR RETE. ICA EN MEDELLÍN GRAN CONTRIBUYENTE-AUTORRETENEDOR. AUTORRETENEDOR ICA EN PEREIRA Y OTROS MUNICIPIOS. ESTE DOCUMENTO ESTÁ EXENTO DEL IMPTO DE TIMBRE ART530 ET N°28 . Para efectos de cualquier notificación, la dirección de la compañía es CR 63 49 A 31 piso 1 edificio Camacol Medellin.
CUFE:c0cb95e90df58e261969b2a2a7b43562bbf0b86a95691a28ba6ec4f4d6a295d50bc7170d81d105235dc690932ccd08ca.
Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios S.A.S - Nombre del SW: CEN-Financiero - Nit: 890321151-0.
Representación Gráfica de Factura Electrónica de Venta.

Tipo de operación: 10 ESTÁNDAR

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **MARIN BELEÑO CLAUDIA PATRICIA** identificado(a) con **CC** número **1.098.623.875** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 01 de octubre de 2023 y sus recursos se encuentran distribuidos como se enuncia a continuación, de conformidad con lo consagrado en el Decreto 2373 de 2010 así:

1. El 100% al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO

Esta constancia se expide a petición del(la) interesado(a) el día 17 de febrero de 2026.

Cordialmente,

Cesar Mauricio Aubad Echeverry
Equipo Soporte para Clientes

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Asesor Virtual Pronto en nuestro Portal Web www.proteccion.com y App o comunicarse con la Línea de Servicio en:
Bogotá **(601) 482 33 64** – Medellín **(604) 510 90 99** – Cali **(602) 386 00 80** -
Barranquilla **(605) 319 79 99** – Cartagena **(605) 642 49 99** – WhatsApp **+57 310 220 5575**
o llámanos desde tu computador desde cualquier lugar del mundo ingresando a **https://customers.wolkvox.com/clicktocall/proteccion/**

Hacienda

POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS

LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
CERTIFICA QUE:

CLAUDIA PATRICIA MARIN BELENO identificado con **CC 1098623875** registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales:

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE	
Nombre y/o Razón Social	DIRECCION DE SANIDAD ARMADA NACIONAL
Tipo y Número de Documento	NI 901433263
INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA	
Fecha de Inicio de Cobertura	2026/02/01
Estado de Afiliación	ACTIVO
Tipo de Vinculación	INDEPENDIENTE
Fecha de Inicio del Contrato	2026/02/01
Fecha Fin del Contrato	2026/09/30
Código Actividad Económica Principal	1841201
Clase de Riesgo	1
Fecha de Retiro	SIN RETIRO

Esta certificación se expide a los 2026/02/3.

Recuerde que una vez cumplida la fecha fin del contrato, el sistema aplica de forma automática la novedad de retiro, por lo anterior, en caso de tener un nuevo contrato o prórroga deberá realizar la correspondiente novedad.

Cordialmente,

GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

APO_13_2_2_FR01 v_08

MIS_4_1_3_FR15 v_010