

	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.

835

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL CONTRATISTA

MARIA DEL SOCORRO RAMIREZ LOAIZA

C.C. - C.E - NIT - RUT- ID No.

30.509.235

FECHA INICIO

17-feb-2025

FECHA TERMINACIÓN

31-dic-2025

No. RP COMPROMISO(S) VIGENCIA

131625

Objeto del Contrato:

Prestar con autonomía técnica y administrativa sus servicios profesionales a la Agencia para la Reinserción y la Normalización ARN - Dirección Programática de Reintegración - Subdirección Territorial para apoyar la implementación de las rutas de atención conforme a la normativa vigente, los lineamientos y métodos operativos establecidos por la entidad, brindando acompañamiento y atención a las personas en los procesos de Reintegración, Reintegración Especial de Justicia y Paz, y Atención Diferencial.

CONTRATO	VALOR \$
INICIAL	\$ 51.342.454

PAGOS ACUMULADOS (2) \$ -

VR. ACTUAL (1)	\$ 51.342.454
VR. A PAGAR (3)	\$ 2.289.154
SALDO CONTRATO (=1-2-3)	\$ 49.053.300

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:

FEBRERO

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:

\$ 2.289.154

CORRESPONDIENTE AL PERÍODO:

DEL 17 AL 28 DE FEBRERO 2025

Usos Presupuestales:

RP	RUBRO	VALOR PAGO	USO PRESUPUESTAL	DISTRIBUCIÓN
131625	A-03-03-01-001	2.289.154	A-02-02-02-008-003-09	2.289.154,00
		2.289.154		2.289.154,00

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.4590321390, correspondiente al periodo de cotización FEBRERO, se realizó el día 05-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.

Factura Electrónica No. FEVS-87 validada y aprobada en la DIAN y en SIIF. CUFE: c7e0293b6c1efb65c01e876b34f99f3453608c9962efdb116e351864035a2e8e3cc4843e7083570f83824830f0ea990c El pago de la PILA No. 4590321390, correspondiente al periodo de cotización FEBRERO, se realizó el día 05 de febrero 2025. 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

ANGELICA ROCIO ANGEL CHATES

FIRMA SUPERVISOR(A)(ES) Y/O INTERVENTOR(A)(ES)

Digitally signed by ANGELICA ROCIO ANGEL CHATES

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/>

"Toda impresión física de este documento se considera Documento no Controlado. La versión vigente se encuentra en el software SIGER."

Pág. 1/1

TOTAL APORTES A PENSIÓN												
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
25-14	25-14 COLPENSIONES	1	\$ 227.900	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 227.900	\$ 0	\$ 227.900
SUBTOTALES:										\$ 227.900	\$ 0	\$ 227.900

TOTAL APORTES A SALUD																
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1		\$ 0		\$ 0		\$ 0	\$ 178.000		\$ 0		\$ 0	\$ 178.000	\$ 0	\$ 178.000
SUBTOTALES:													\$ 178.000	\$ 0	\$ 0	\$ 178.000

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES																																																		
DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES										SEGURIDAD SOCIAL																	PARAFISCALES													
Nº	IDENTIFICA CIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	PENSIÓN						SALUD						ARP					IBC	CCF		SENA	ICBF	ESAP	MINEDU	
																										ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP		APORTES VOLUNTARIOS		INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN		DÍAS COT	IBC					CENTRO DE TRABAJO
1	CC 30509235	RAMIREZ LOAIZA MARIA DEL SOCORRO	INDEPEND		\$ 1.423.500			NO								01-30											25-14 COLPENSI ONES	30	\$ 1.424.000	\$ 227.900	\$ 0	\$ 0	\$ 0			\$ 0	Normal	\$ 227.900	EPS037- NUEVA EPS	30	\$ 1.424.000	\$ 178.000	\$ 0	\$ 178.000			\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0

TOTAL	\$ 405.900
--------------	-------------------

Consulta Aportes Contratista

viernes, 28 febrero 2025 11:13:09

Tipo de identificación

Cedula de Ciudadania



Numero de identificación

30509235

Número de Planilla o de Radicado

4590321390

Fecha de Pago

2025-02-05



Buscar

La planilla se encontró pero el tipo de cotizante reportado es diferente a un independiente con contrato de prestacion 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 párrafo 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.

Representación Gráfica

Datos del Documento

Código Único de Factura - CUFE :
c7e0293b6c1efb65c01e876b34f99f3453608c9962efdb116e351864035a2e8e3cc4843e7083570f83824830f0ea990c
Número de Factura: FEVS-87
Fecha de Emisión: 04/03/2025
Fecha de Vencimiento: 05/03/2025
Tipo de Operación: 10 - Estándar
Forma de pago: Contado
Medio de Pago: Transferencia Débito Bancaria
Orden de pedido: 02
Fecha de orden de pedido: 28/02/2025

Datos del Emisor / Vendedor

Razón Social: RAMIREZ LOAIZA MARIA DEL SOCORRO
Nombre Comercial: RAMIREZ LOAIZA MARIA DEL SOCORRO
Nit del Emisor: 30509235
Tipo de Contribuyente: Persona Natural
Régimen Fiscal: R-99-PN
Responsabilidad tributaria: ZZ - No aplica
Actividad Económica: 7020
País: Colombia
Departamento: Caquetá
Municipio / Ciudad: Florencia
Dirección: CL 13 17 46 BRR LA VEGA
Teléfono / Móvil: 3124696824
Correo: loaizadian@gmail.com

Datos del Adquiriente / Comprador

Nombre o Razón Social: AGENCIA PARA LA REINCORPORACION Y NORMALIZACION
Tipo de Documento: NIT
Número Documento: 900477169
Tipo de Contribuyente: Persona Jurídica
Régimen fiscal: R-99-PN
Responsabilidad tributaria: ZZ - No aplica
País: Colombia
Departamento: Bogotá
Municipio / Ciudad: Bogotá, D.c.
Dirección: Carrera 7 No. 32-42, Edificio San Martín
Teléfono / Móvil: 6014430020
Correo: siifnacion.facturaelectronica@minhacienda.gov.co

Detalles de Productos

Nro.	Código	Descripción	U/M	Cantidad	Precio unitario	Descuento detalle	Recargo detalle	IMPUESTOS				Precio unitario de venta
								IVA	%	INC	%	
1	02	Pago de honorarios correspondiente de los días 17 al 28 de febrero del 2025 del cumplimiento de las actividades contractuales del contrato 835 2025	NIU	1,00	\$ 2.289.154,00	\$ 0,00	\$ 0,00					\$ 2.289.154,00

Notas Finales

#\$02-12-00;contrato835-2025;angelicaangel@reincorporacion.gov.co#\$
Linea de negocio: #\$02-12-00;contrato835-2025;angelicaangel@reincorporacion.gov.co#\$

Datos Totales



Documento generado el:
04/03/2025 17:06:18
Documento validado por la
DIAN:
04/03/2025 17:06:19
XML Generado por: Solución
Gratuita DIAN
800197268
PDF Generado por:
Solución Gratuita DIAN
Nit:800197268

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	0
Subtotal	2289154
Descuento detalle	0,00
Recargo detalle	0,00
Total Bruto Factura	2289154
IVA	0,00
INC	0,00
Bolsas	0,00
Otros impuestos	0
Total impuesto (=)	0
Total neto factura (=)	2289154
Descuento Global (-)	0,00
Recargo Global (+)	0,00
Total factura (=)	COP \$ \$ 2289154

Valores informativos

ANTICIPOS	
Anticipos	0
RETENCIONES	
Rete fuente	0,00
Rete IVA	0,00
Rete ICA	0,00

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	
Subtotal	2.289.154,00
Descuento detalle	0,00
Recargo detalle	0,00
Total Bruto Factura	2.289.154,00
IVA	0,00
INC	0,00
Bolsas	0,00
Otros impuestos	0,00
Total impuesto (=)	0,00
Total neto factura (=)	2.289.154,00
Descuento Global (-)	0,00
Recargo Global (+)	0,00
Total factura (=)	COP \$ \$ 2.289.154,00

Valores informativos

ANTICIPOS	
Anticipos	0,00
RETENCIONES	
Rete fuente	0,00
Rete IVA	0,00
Rete ICA	0,00

Numero de Autorización: 18764081403500 Rango desde: 76 Rango hasta: 500 Vigencia: 2025-04-11

 <p>Agencia para la Reincorporación y la Normalización - ARN</p>	<p align="center">Certificación – Retención en la fuente</p>
--	---

Yo, **MARIA DEL SOCORRO RAMIREZ LOAIZA**, 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. **835** 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.

 <p>Agencia para la Reincorporación y la Normalización - ARN</p>	<p align="center">Certificación – Retención en la fuente</p>
--	---

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

 <p>Agencia para la Reincorporación y la Normalización - ARN</p>	<p align="center">Certificación – Retención en la fuente</p>
--	---

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.

2. Tengo derecho a la deducción mensual por el concepto de dependiente. SI ____, NO X.
Para tal efecto certifico que tengo a mi cargo a la siguiente persona:

NOMBRE	IDENTIFICACION	EDAD	PARENTESCO

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

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>

 <p>Agencia para la Reincorporación y la Normalización - ARN</p>	<p align="center">Certificación – Retención en la fuente</p>
--	---

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.

MARIA DEL
SOCORRO
RAMIREZ LOAIZA

Firmado digitalmente
por MARIA DEL
SOCORRO RAMIREZ
LOAIZA

Nombre del contratista

C.C. No. 30.509.235