| Instituto Nacional de Salud | PROCESO GESTION FINANCIERA | CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO PARA PAGO DE CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS | Versión 05 |
|---|---|---|---|
| | | FOR-A09.2026-002 | 2021-01-22 |

**CERTIFICACION:** PARCIAL [X] FINAL [ ] CESION [ ] FEI [ ] SGR [ ]

## 1-INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO

**NIT o CÉDULA:** 1022374023 **CONTRATISTA:** KAREN C'AYW'CE PANCHE CASTELLANOS

**CONTRATO No.:** INS-CPS-039-2021 **FECHA INICIO:** 11/02/2021 **FECHA TERMINACION:** 30/11/2021

**REGISTRO PRESUPUESTAL:** 36021

**TIPO DE CONTRATO:** PROFESIONAL [X] APOYO [ ]

**VALOR A PAGAR: $** 4.500.000 **PAGO NUMERO:** 9 **DE** 10

**Planilla de Pago No.:** 53905561 **Fecha de Pago:** 25/10/2021

**Total (IBC): $** 1.800.000 **(El valor del IBC, debe corresponder exclusivamente al aporte realizado en virtud del contrato suscrito con el INS)**

**PENSION (valor aporte): $** 256.000 **SALUD (valor aporte): $** 200.000 **ARL (valor aporte): $** 39.000

**16% Nombre AFP:** PORVENIR **12,5% Nombre EPS:** COMPENSAR **Nombre ARL:** POSITIVA

**TOTAL PAGO AL SISTEMA G.S.S.I.: $** 495.000

**¿Es Pensionado? SI** [ ] [X]

EL SUPERVISOR DEL CONTRATO CERTIFICA: EL CUMPLIMIENTO DEL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES DERIVADAS DEL MISMO, QUE VERIFICÓ LOS COMPROBANTES DE PAGO DE LOS APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL (SALUD 12,5%, PENSION 16% Y ARL ) ESTABLECIDAS POR LAS NORMAS VIGENTES.

**Firma**

Nombre Supervisor: YIBBY FORERO TORRES
Cargo: COORDINADORA
Dependencia: GRUPO DE NUTRICIÓN

**Firma**

Nombre Supervisor:
Cargo:
Dependencia:

## 2-DATOS PARA LIQUIDACIÓN

| DERECHOS DE DEDUCCIÓN: | VIGENCIA | VALOR $ |
|---|---|---|
| a. VIVIENDA (Intere./Correcc.) | Total Año Anterior | |
| b. PREPAGADA | Total Año Anterior | |
| c. SEGURO SALUD | Total Año Anterior | |
| d. DEPENDIENTE | Por Mes Vigente | |
| e. APORTES (Volunt. Pensi.) | Por Mes Vigente | |
| f. APORTES (AFC) | Por Mes Vigente | |

| | |
|---|---|
| RTE ICA | |
| RTE FTE | |
| RTE IVA | |

## 3-DOCUMENTOS ANEXOS

| | SI / NO | | |
|---|---|---|---|
| a. Factura (Si aplica ) | NO | No.: | Fecha: |
| b. Certificado de Ingresos (FOR-A09.0000-013) | SI | Fecha: 3/03/2021 | Anexar en la Primera cuenta Original y Después en Digital. |

Así mismo, el contratista declara bajo la gravedad de juramento, que los documentos soporte del pago de aportes obligatorios al sistema general contienen el pago de seguridad social en salud, pensión y ARL correspondientes a los ingresos provenientes del contrato objeto del presente pago.

**FIRMA CONTRATISTA**

Fecha Recibido C.Ctas:
No. Radicación (SIIF):
Fecha Radicación (SIIF):

No. Obligación:
Fecha Obligación:

VoBo. Supervisor (devolución ó no expedición de carnet) aplica solo en certificación final

**Imprimir tamaño oficio**