| Instituto Nacional de Salud | PROCESO GESTION FINANCIERA | CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO PARA PAGO DE CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS | Versión: 09 |
|---|---|---|---|
| | | FOR-A09.2026-002 | 2023-04-21 |

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

## 1-INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NIT o CÉDULA: | 1022360152 | CONTRATISTA: | MARTHA CRISTINA SANTANA LEON | | | | |
| CONTRATO No.: | 090-2023 | FECHA INICIO: | 5/04/2022 | FECHA TERMINACION: | 5/08/2023 | | |
| REGISTRO PRESUPUESTAL: | 43123 | VALOR HONORARIOS | 7.317.976 | PAGO NUMERO: | 1 | DE | 4 |

## 2- RESUMEN VALORES GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

| TIPO DE CONTRATO: | DECLARANTE RENTA | PENSIONANDO | ANEXO CERTIFICACION DE INGRESOS |
|---|---|---|---|
| PROFESIONAL | NO | NO | NO |

| | |
|---|---|
| INGRESOS HONORARIOS : | 6.098.313 |
| INGRESOS POR DESPLAZAMIENTO: | |
| TOTAL INGRESOS BASE IMPUESTO: | 6.098.313 |

| POR DIAS | CANTIDAD DIAS | HONORARIOS |
|---|---|---|
| SI | 25 | 7.317.976 |

## 3-LIQUIDACION DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL

MES PLANILLA : ANTICIPADA

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

Planilla de Pago No.: 1053741032 Fecha Pago: 2/05/2023

| | | | |
|---|---|---|---|
| Total (IBC): | 2.439.400 | | |
| PENSION 16% (valor aporte): | 390.400 | NOMBRE PENSION : | COLPENSIONES (público) |
| SALUD 12,5%(valor aporte): | 305.000 | NOMBRE SALUD: | EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A |
| ARL RIESGO III 2,436% (valor aporte): | 59.500 | NOMBRE ARL: | POSITIVA |
| TOTAL PAGO AL SISTEMA G.S.S.I.: | 754.900 | | |

## 4-DATOS DE RETENCION Y NETO A PAGAR

| DERECHOS DE DEDUCCIÓN: | VALOR | MESES | VALOR A DEDUCIR |
|---|---|---|---|
| a. % VIVIENDA: limte max. Mensual 100 uvt 3.800.400, correspondiente al año inmediatamente anterior. | | 1 | - |
| b. PREPAGADA: limte max. Mensual 16 uvt 608,064, correspondiente al año inmediatamente anterior. | | 1 | - |
| c. SEGURO SALUD: limte max. Mensual 16 uvt 608,064, correspondiente al año inmediatamente anterior. | - | 1 | - |
| d. DEPENDIENTE: limte max. Mensual 32 uvt 1.216.128 correspondiente al mes pagado | NO | | - |
| e. APORTES: (Volunt. Pensiones ) voluntarias No superior al 30% de los ingresos correspondiente al mes pagado | | - | - |
| f. APORTES: (AFC) No superior al 30% de los ingresos correspondiente al mes pagado | | | |
| g. APORTES: (Volunt. Pensi.) obligatoria pens No superior al 25% de los ingresos correspondiente al mes pagado | | | - |
| DERECHOS DE DEDUCCIÓN: | | VALOR | - |

| CONCEPTO | BASE | TARIFA | % |
|---|---|---|---|
| RTE ICA | 5.402.913 | 0,766% | 41.386 |
| RTEFUENTE | $ 4.007.560 | 94,49 | - |

| | |
|---|---|
| TOTAL IMPUESTOS $: | 41.386 |
| TOTAL A PAGAR $: | 6.056.927 |

UVT ACTUAL 42.412,00

## 5. FIRMAS

**Bajo la gravedad de juramento, certifico que cumplí a cabalidad las actividades del objeto contractual y los documentos suministrados contienen los pago en salud, pensión y ARL**

FIRMA CONTRATISTA

**El supervisor del contrato certifica que el contratista cumplio a cabalidad las obligaciones contractuales pactadas dentro del periodo objeto de cobro y que verificó el pago de los aportes al sistema de seguridad social (SALUD 12,5%, PENSION 16% Y ARL 2,436%) de conformidad con las normas vigentes.**

Paola Cortés M.

Firma

Nombre Supervisor: Natali Paola Cortes Molano
Cargo: Coordinadora Grupo Unidad de Análisis de Casos Especiales
Dependencia: Dirección de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública

Firma

Nombre Supervisor:
Cargo:
Dependencia:

## 6- INFORMACION RADICACION Y OBLIGACION

Radicado No: _____ Obligación No: _____

Fecha radicado No: _____ Fecha Radicación (SIIF): _____



NO RESPONSABLE DE IVA

| | | | |
|---|---|---|---|
| **(1) Contrato No.** | INS-CPS-090-2023 | | |
| **(2) Nombre del Contratista y/o Representante Legal:** | Martha Cristina Santana León | | |
| **(3) Nombre del supervisor y/o interventor:** | Natali Paola Cortes | | |
| **(4) Director de Proyecto/Dependencia:** | DIRECCIÓN DE VIGILANCIA Y ANÁLISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA –DVARSP- | | |
| **(5) No. extensión o teléfono del supervisor:** | (1) 2207700 Ext (1610) | | |
| **(6) Objeto del contrato:** | Realizar acciones para el fortalecimiento de la vigilancia de muerte en menor de cinco años por desnutrición aguda moderada y severa, análisis y divulgación de los tableros de problemas, de acuerdo con los lineamientos de la dirección de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública. | | |
| **(7) Fecha de inicio:** | 05/04/2023 | **(8) Fecha terminación:** | 05/08/2023 |
| **(9) Período objeto del informe:** | DEL 05 AL 30 DE ABRIL DE 2023 | | |

**(10) ANALISIS Y SEGUIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS Y/O PRODUCTOS ENTREGADOS EN EL MES O PERIODO EJECUTADO**

| Obligación contractual | Actividad desarrollada | Producto recibido | Observaciones o comentarios del Supervisor |
|---|---|---|---|
| 1. Presentar dentro de los cinco (5) días siguientes al inicio de la ejecución del contrato, el cronograma de actividades aprobado por el supervisor y en el formato establecido en el SIG. | Se realiza cronograma de actividades | Archivo en excel | Recibido |
| 2. Revisar y actualizar los lineamientos nacionales de vigilancia, protocolos, fichas de notificación o documentos complementarios del evento bajo su responsabilidad, así como realizar las pruebas necesarias al sistema de información para su respectiva actualización en caso de requerirse. | Se realiza actualización de Investigación Epidemiológica de Campo (IEC) de evento 591 | Documento Word de IEC actualizado | Recibido |
| 3. Garantizar la disposición de las bases de datos, análisis de la información, disposición oportuna de informes, infografías, documentos de rutina y depuración, presentaciones, publicaciones en el Boletín Epidemiológico Semanal (BES), análisis del evento asignado con relación a enfermedades emergentes, reemergente y demás, según cronograma y metodología establecidos por la Dirección de Vigilancia y Análisis de Riesgo en Salud Pública. | Se realiza cruce de base 591 con aplicativo UACE el 14 y 21 de abril.<br><br>Se revisan unidades de análisis enviadas por las entidades territoriales y se realiza retroalimentación. | Archivos en Excel<br><br>Correos de retroalimentación | Recibido |
| 4. Realizar seguimiento de los comportamientos inusuales del evento de interés en salud pública a nivel departamental y municipal, elaborar la matriz con el consolidado de acuerdo con la | Se realiza seguimiento a medios:<br>19/04/2023: mortalidad DNT Magdalena | Archivos en Word y excel, correos electrónicos de solicitud de verificación a entidades territoriales | Recibido |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| periodicidad y estructura establecida por la Dirección de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública y retroalimentar a las entidades territoriales. Identificar rumores, realizar seguimiento a medios y gestionar las alertas tempranas de los eventos de interés en salud pública. | 20/04/2023: agua contaminada en Guajira<br><br>23/04/2023: muerte en menor por DNT en Guajira | | | |
| 5. Realizar el seguimiento diario de la situación epidemiológica del evento asignado, analizando y documentando los resultados de acuerdo con la metodología aplicada para los eventos de interés en salud pública y divulgar los resultados en espacios científicos, académicos o de toma de decisiones, acorde con los requerimientos de la Dirección de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública. | Tablero de problemas para reunión de infancia del MSPS | Archivos Excel y presentación | Recibido | |
| 6. Asistir y participar en las reuniones, eventos o demás espacios que se requieran para la gestión oportuna del evento de apoyo e informar sobre situaciones de interés, espacios como reuniones nacionales o internacionales, COVE nacionales semanales, entre otros, según periodicidad establecida por el supervisor contrato. | Asistencia a:<br>- Reuniones MSPS-ICBF en el marco de la vigilancia intensificada del evento 591<br>-Reunión MSPS-tablero de problemas semana de la infancia<br>-Reunión MSPS 12/04/2023<br>-Reunión de equipo UACE.<br>-Comités Operativos de Vigilancia epidemiológica (COVE) nacionales del mes de abril. | En archivo digital: captura de pantalla de asistencia | Recibido | |
| 7. Realizar asistencias técnicas (virtual o presencial) y presentar la documentación completa de acuerdo con los instructivos institucionales frente al tema, conforme a lo establecido por la Dirección de Vigilancia y Análisis de Riesgo en Salud Pública. | No se requirió esta obligación durante este periodo. | No se requirió esta obligación durante este periodo. | | |
| 8. Participar en las Salas de Análisis de Riesgo (SAR) y, ante la activación del Centro de Operaciones de Emergencias en Salud Pública (COE-ESP) o de una de sus secciones, realizar las actividades asignadas, así como apoyar en la atención a brotes, epidemias, emergencias y desastres que se presenten en salud pública en el territorio, liderar los reportes de situación (SITREP) y de brote del evento asignado. | Asistencia a SAR Situación de Salud Pública, Comunidad Indígena Kogui - Ciénaga. Magdalena - 24/04/2023<br><br>Asistencia a SAR Situación de Salud Pública, Comunidad Indígena Wounaan, Riosucio Chocó 30/04/2023 | En Archivo digital presentación y capturas de pantalla de asistencia. | Recibido | |
| 9. Apoyar y participar en los procesos de capacitación y entrenamiento en epidemiología de campo, certificación de competencias y demás temas de interés de | No se requirió esta obligación durante este periodo. | No se requirió esta obligación durante este periodo. | | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| la Dirección de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública, según se requiera. | | | | |
| 10. Colaborar a petición del supervisor en la elaboración y presentación oportuna de los informes solicitados por la Dirección de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública u otras áreas, así como atender oportunamente las solicitudes de información requerida. | No se requirió esta obligación durante este periodo. | No se requirió esta obligación durante este periodo. | | |
| 11. Las demás que emanen de la naturaleza del contrato y que sean necesarias para el desarrollo eficiente del mismo. | No se requirió esta obligación durante este periodo. | No se requirió esta obligación durante este periodo. | | |
| | | | | |
| **% DE AVANCE ACUMULADO** | | | **25%** | |

**(11) DE CONFORMIDAD CON EL SEGUIMIENTO A LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO, EL SUPERVISOR/INTERVENTOR (ES) CERTIFICA QUE:**

1. El/La Contratista durante el periodo señalado, desarrolló y cumplió las actividades, presentó y entregó los informes, productos y demás obligaciones pactadas en el Contrato en mención.

2. De conformidad con las disposiciones legales efectuó el pago a los aportes respectivos al sistema de seguridad social integral en salud y pensiones y/o aportes parafiscales. (Se anexan comprobantes de pago de los aportes).

3. Durante el periodo el/la Contratista cumplió con lo dispuesto en el POE-A01.2014-001 “Gestión de Seguridad y Salud en el trabajo”, especialmente lo establecido en el Anexo 1 sobre Normas y Requerimientos de Seguridad y Salud en el Trabajo para Contratistas y los criterios de sostenibilidad ambiental, de acuerdo al tipo de actividad que desarrolla.

4. Aprueba los informes, productos y demás documentos presentados y entregados por El/La Contratista durante el periodo mencionado en desarrollo de las obligaciones pactadas en el Contrato en mención.

5. ***Durante el periodo ejecutado se hizo seguimiento a los riesgos establecidos en la matriz correspondiente (de acuerdo con la periodicidad establecida) y a la fecha no se ha materializado ninguno.***

6. A la fecha no existen causales de incumplimiento de las obligaciones contractuales que demanden actuaciones conminatorias o sancionatorias por parte de la Administración.

| | |
|---|---|
| **(12) OBSERVACIONES:** | (INCLUIR INFORMACIÓN RELEVANTE NO DESCRITA EN OTRO ACÁPITE, SOLO SI APLICA, NO ES NECESARIO REITERAR INFORMACIÓN) |

**(13) En constancia, firmo:**

Paola Cortés

**Natali Paola Cortes**
**NOMBRE Y FIRMA** Supervisor (es)/Interventor (es)

**(14) Lugar y Fecha: Bogotá, D. C., 4 de mayo de 2023**

| **Instructivo diligenciamiento (no imprimir):** | |
|---|---|
| **1** | Indicar número y vigencia asignado al contrato. |
| **2** | Indicar el nombre del contratista o del representante legal de la firma a la que se asignó el contrato. |
| **3** | Indicar el nombre completo del supervisor (es) y/o interventor (es) del contrato. Detallar si hubo cambio de supervisión (temporal o definitiva-nombre-fechas designación. |
| **4** | Indicar el responsable del gasto y la dependencia en donde realice las actividades el contratista. |

| | |
|---|---|
| **5** | Indicar número de extensión o teléfono del supervisor. |
| **6** | Indicar objeto del contrato. |
| **7** | Indicar fecha de inicio de ejecución del contrato según aplique, aprobación de póliza o suscripción acta de inicio. |
| **8** | Indicar fecha de terminación del contrato. |
| **9** | Indicar el período objeto de informe p. Ej.: del 8 de septiembre de 2010 a 8 de octubre de 2010 o el mes de marzo de 2015 (dependiendo de la naturaleza o tipo de contrato o convenio). |
| **10** | Incluir las obligaciones contractuales, actividades desarrolladas, informes, productos, etc. para el cumplimiento de las mismas, así como el concepto del supervisor correspondiente al mes o periodo ejecutado |
| **11** | Incluir la certificación de cumplimiento del supervisor y/o interventor de acuerdo al avance del contrato. |
| **12** | Indicar observaciones, si aplica. |
| **13** | Indicar nombre del supervisor (es) y/o interventor (es) y firmar. |
| **14** | Indicar ciudad y fecha en que se radica el formato. |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **NUMERO DE CONTRATO** | 090-2022 | **NOMBRE DEL CONTRATISTA** | MARTHA CRISTINA SANTANA LEÓN | | |
| **OBJETO DEL CONTRATO** | Realizar acciones para el fortalecimiento de la vigilancia de muerte en menor de cinco años por desnutrición aguda moderada y severa, análisis y divulgación de los tableros de problemas, de acuerdo con los lineamientos de la dirección de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública. | | | | |
| **PERIODO DEL INFORME** | **DESDE:** | 05/04/2023 | **HASTA:** | 30/04/2023 | |

## DESCRIPCIÓN DEL AVANCE

| Obligación contractual | Actividad desarrollada en el periodo de informe | Productos / evidencias |
|---|---|---|
| 1. Presentar dentro de los cinco (5) días siguientes al inicio de la ejecución del contrato, el cronograma de actividades aprobado por el supervisor y en el formato establecido en el SIG. | Se realiza cronograma de actividades | Archivo en excel |
| 2. Revisar y actualizar los lineamientos nacionales de vigilancia, protocolos, fichas de notificación o documentos complementarios del evento bajo su responsabilidad, así como realizar las pruebas necesarias al sistema de información para su respectiva actualización en caso de requerirse. | Se realiza actualización de Investigación Epidemiológica de Campo (IEC) de evento 591 | Documento Word de IEC actualizado |
| 3. Garantizar la disposición de las bases de datos, análisis de la información, disposición oportuna de informes, infografías, documentos de rutina y depuración, presentaciones, publicaciones en el Boletín Epidemiológico Semanal (BES), análisis del evento asignado con relación a enfermedades emergentes, reemergente y demás, según cronograma y metodología establecidos por la Dirección de Vigilancia y Análisis de Riesgo en Salud Pública. | Se realiza cruce de base 591 con aplicativo UACE el 14 y 21 de abril.<br><br>Se revisan unidades de análisis enviadas por las entidades territoriales y se realiza retroalimentación. | Archivos en Excel<br><br>Correos de retroalimentación |
| 4. Realizar seguimiento de los comportamientos inusuales del evento de interés en salud pública a nivel departamental y municipal, elaborar la matriz con el consolidado de acuerdo con la periodicidad y estructura establecida por la Dirección de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública y retroalimentar a las entidades territoriales. Identificar rumores, realizar seguimiento a medios y gestionar las alertas tempranas de los eventos de interés en salud pública. | Se realiza seguimiento a medios:<br><br>19/04/2023: mortalidad DNT Magdalena<br><br>20/04/2023: agua contaminada en Guajira<br><br>23/04/2023: muerte en menor por DNT en Guajira | Archivos en Word y excel, correos electrónicos de solicitud de verificación a entidades territoriales |
| 5. Realizar el seguimiento diario de la situación epidemiológica del evento asignado, analizando y documentando los resultados de acuerdo con la | Tablero de problemas para reunión de infancia del MSPS | Archivos Excel y presentación |

| | | |
|---|---|---|
| metodología aplicada para los eventos de interés en salud pública y divulgar los resultados en espacios científicos, académicos o de toma de decisiones, acorde con los requerimientos de la Dirección de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública. | | |
| 6. Asistir y participar en las reuniones, eventos o demás espacios que se requieran para la gestión oportuna del evento de apoyo e informar sobre situaciones de interés, espacios como reuniones nacionales o internacionales, COVE nacionales semanales, entre otros, según periodicidad establecida por el supervisor contrato. | Asistencia a:<br>- Reuniones MSPS-ICBF en el marco de la vigilancia intensificada del evento 591<br>-Reunión MSPS-tablero de problemas semana de la infancia<br>-Reunión MSPS 12/04/2023<br>-Reunión de equipo UACE.<br>-Comités Operativos de Vigilancia epidemiológica (COVE) nacionales del mes de abril. | En archivo digital: captura de pantalla de asistencia |
| 7. Realizar asistencias técnicas (virtual o presencial) y presentar la documentación completa de acuerdo con los instructivos institucionales frente al tema, conforme a lo establecido por la Dirección de Vigilancia y Análisis de Riesgo en Salud Pública. | No se requirió esta obligación durante este periodo. | No se requirió esta obligación durante este periodo. |
| 8. Participar en las Salas de Análisis de Riesgo (SAR) y, ante la activación del Centro de Operaciones de Emergencias en Salud Pública (COE-ESP) o de una de sus secciones, realizar las actividades asignadas, así como apoyar en la atención a brotes, epidemias, emergencias y desastres que se presenten en salud pública en el territorio, liderar los reportes de situación (SITREP) y de brote del evento asignado. | Asistencia a SAR Situación de Salud Pública, Comunidad Indígena Kogui - Ciénaga.<br><br>Magdalena - 24/04/2023<br><br>Asistencia a SAR Situación de Salud Pública, Comunidad Indígena Wounaan, Riosucio Chocó 30/04/2023 | En Archivo digital presentación y capturas de pantalla de asistencia. |
| 9. Apoyar y participar en los procesos de capacitación y entrenamiento en epidemiología de campo, certificación de competencias y demás temas de interés de la Dirección de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública, según se requiera. | No se requirió esta obligación durante este periodo. | No se requirió esta obligación durante este periodo. |
| 10. Colaborar a petición del supervisor en la elaboración y presentación oportuna de los informes solicitados por la Dirección de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública u otras áreas, así como atender oportunamente las solicitudes de información requerida. | No se requirió esta obligación durante este periodo. | No se requirió esta obligación durante este periodo. |

| | | |
|---|---|---|
| 11. Las demás que emanen de la naturaleza del contrato y que sean necesarias para el desarrollo eficiente del mismo. | No se requirió esta obligación durante este periodo. | No se requirió esta obligación durante este periodo. |

***Nota: El seguimiento sobre el cumplimiento de las obligaciones lo realizará el supervisor en el FOR A02.0000-037 "INFORME PARCIAL DE SUPERVISIÓN"***



**NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA**

***DECLARACION JURAMENTADA***

*Nombres y Apellidos: Martha Cristina Santana León; identificado con la C. C. No. 1022360152 de Bogotá.*

*Mi vinculación Actual con el* ***Instituto Nacional de Salud*** *es mediante:*

*Servicios Profesionales* ■ *Servicio de Apoyo* ☐ *con contrato No.090-2022.Funcionario-Planta* ☐

*Para el desarrollo del objeto de mi contrato de prestación de servicios, contrataré por al menos noventa (90) días continuos o discontinuos, dos (2) o más trabajadores o contratistas, para al cumplimiento de las actividades sujetas al mismo:* *SI* ☐ *NO* ■

*Información para Depurar la Base de la Retención: Declarante de Renta* ■ *No declarante de Renta* ☐

***Si cumple cualquiera de los requisitos que se citan a continuación marque SI, de lo contrario marque NO:***

| | |
|---|---|
| *Mis ingresos en el año anterior fueron superiores a 1.400 UVT o* ***$ 53.206.000*** *A 31 de diciembre de* ***2022.***<br>*Mi patrimonio bruto excedió 4.500 UVT o* ***$ 171.018.000***<br>*Los consumos mediante tarjeta de crédito durante el año gravable excedieron la suma de 1.400 UVT*<br>*El total de compras y consumos durante el año gravable superaron 1.400 UVT y/o las consignaciones bancarias, depósitos o inversiones financieras, durante el año gravable excedieron de 1.400 UVT* | *SI* ☒ *NO* ☐ |

*De las siguientes deducciones, escoger únicamente una para tener en cuenta en la depuración de la Base del cálculo de la Retención en la Fuente:*

***1****. Certificación por concepto de Intereses o Corrección Monetaria en Créditos de Vivienda*
*1.1 Adjunta Certificación* *SI* ☐ *NO* ☐

***2.*** *Información por Salud, literal a, b Artículo 387 E.T.*
*2.1 Adjunta Certificación* *SI* ☐ *NO* ☐

***3****. Información de Dependientes - Parágrafo 2 del Articulo 387 E.T.*
*Adjunta Certificación* *SI* ☐ *NO* ☐

*3.1. Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años de edad.* ☐

*3.2. Los hijos del contribuyente con edad entre 18 y 23 años, cuando el padre o madre contribuyente persona Natural se encuentre financiando su educación en instituciones formales de educación superior certificadas por el ICFES o la autoridad oficial correspondiente; o en los programas técnicos de educación no formal debidamente acreditados por la autoridad competente.* ☐

*3.3. Los hijos del contribuyente mayores de 23 años que se encuentren en situación de dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal.* ☐

*3.4. El cónyuge o compañero permanente del contribuyente que se encuentre en situación de dependencia sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientas sesenta (260) UVT, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal.* ☐

*3.5. Los padres y los hermanos del contribuyente que se encuentren en situación de dependencia sean por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientas sesenta (260) UVT, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal.* ☐

***4.*** *Derecho a deducción mensual por las sumas depositadas en las cuentas denominadas AFC-Ahorro para el Fomento a la Construcción. Artículo 126-1 E.T.* ☐

***5****. Derecho a deducción mensual por los Aportes a los fondos de Pensiones Voluntarias. Artículo 126-1 E.T.* ☐

***Relación de Dependientes***

| *Tipo Doc.* | *No. De Identificación* | *Nombres y Apellidos* | *Edad* | *Parentesco* |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

*Total, Gastos por Deducir $*_____

*La anterior se firma el 04 del mes de mayo del año 2023*



_____

***SE FIRMA BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO***

***Nota 1:*** *El INS no se hace responsable de definirle a sus servidores públicos la calidad de declarantes o no declarantes, ni de la declaración de ingresos por el año anterior. Esta condición obedece a circunstancias de carácter personal que cada servidor conoce.*
***Nota 2****: Los contratistas que hayan marcado las deducciones enunciadas en los numerales 1, 2, y 3 de este documento en concordancia con lo establecido en el artículo 387 del E.T. y artículo 330 E.T., deberán adjuntar las certificaciones respectivas y de acuerdo a su clasificación tributaria cedular como Rentas de Trabajo, sólo debe seleccionar una deducción de las anteriores.*
***Nota 3: Imprimir en tamaño Oficio y diligenciar a mano***

# PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

**Fecha creación reporte:** 2023-05-02, 08:15:06 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1053741032

**Periodo Cotización:** abril de 2023 **Periodo Servicio:** abril de 2023

## PAGADO 02/05/2023

### I. DATOS DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Razón Social** | MARTHA CRISTINA SANTANA LEON | | |
| **Documento** | CC1022360152 | **Dirección** | CL 48BIS SUR #3 B - 23 |
| **Tipo de Empresa** | INDEPENDIENTE | **Teléfono** | 7720852 |
| **Tipo Persona** | NATURAL | **Forma Presentación** | ÚNICO |
| **Ciudad** | BOGOTA D.C. | **Departamento** | BOGOTA D.C. |
| **Representante Legal** | | **Identificación** | |
| **Total Afiliados** | 1 | **ARP** | POSITIVA DE SEGUROS |

### II. DETALLE DEL APORTANTE

| Datos del Afiliado | | | | Novedades | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Pensiones | | | Salud | | | Riesgos | | | Cajas | | | Parafiscales | | | | | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Identificación | Apellidos y Nombres | Tipo Cotizante | Subtipo Cotizante | ING | RET | RET P | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | COR | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | Días AFP | Días EPS | Días ARP | Días CCF | Administradora | IBC Pensión | Aporte Pensión | Administradora | IBC Salud | Aporte Salud | Tarifa | IBC Riesgos | Aporte Riesgos | Administradora | IBC Caja | Aporte Caja | Aporte SENA | Aporte ICBF | ESAP | Aporte Ministerio | Total |
| CC 1022360152 | MARTHA CRISTINA SANTANA LEON | 59 | 00 | R | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 0 | (25-14) COLPENSIONES | $ 2.927.190 | $ 468.400 | (EPS010) EPS SURA | $ 2.927.190 | $ 365.900 | 2,436 | $ 2.927.190 | $ 71.400 | (NIN-CC) NINGUNA CCF | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 905.700 |

### III.TOTALES

| IBC Pensión | IBC Salud | IBC Riesgos | IBC Cajas | Aportes Pensión | Aportes Salud | Aportes Riesgos | Aportes Cajas | Aportes Sena | Aportes ICBF | Aportes ESAP | Aportes Min Educación | (Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS | Incapacidades ARP | SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA | TOTAL INTERESES DE MORA | TOTAL FINAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| $ 2.927.190 | $ 2.927.190 | $ 2.927.190 | $ 0 | $ 468.400 | $ 365.900 | $ 71.400 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 905.700 | $ 0 | $ 905.700 |



**Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 4446634 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!**

**Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.**

¡El Poder de lo SIMPLE!