compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	79797924	DANIEL GONZALEZ COGOLLO	KR 72C 22D 27 AP 526	3233223823	DANIELGONZALE51@HOTMAIL.COM	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-08	2024-08	I	20/08/2024	79376035	$905.700	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	365.900	0		0		0	0	0	0	365.900	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	468.400	0	0	0	0	0	0		468.400	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	71.400				71.400	0	0	71.400			714	71.400	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	365.900	365.900
Pensión	1	468.400	468.400
Riesgos Laborales	1	71.400	71.400
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	905.700	905.700

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	79797924	DANIEL GONZALEZ COGOLLO		KR 72C 22D 27 AP 526	3233223823	DANIELGONZALE51@HOTMAIL.COM
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-08	2024-08	I	20/08/2024	79376035	$905.700	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																			PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estornado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	79797924	GONZALEZ COGOLLO DANIEL	59	0			N																	25-14	2.927.160	468.400	0	0	0	0	EPS005	2.927.160	365.900	14-11	2.927.160	3	71.400		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO ADQUISICION DE BIENES Y SERVICIOS	INFORME DE AVANCE CONTRATISTAS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES O APOYO A LA GESTIÓN	Versión: 03
			2022-08-19
		FOR-A02.0000-029	Página 1 de 1

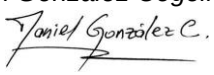
NUMERO DE CONTRATO	INS-CPS-838-2023	**NOMBRE DEL CONTRATISTA**	Daniel González Cogollo		
OBJETO DEL CONTRATO	Brindar servicios profesionales para el fortalecimiento del monitoreo y análisis de componentes ambientales relacionados a enfermedades priorizadas en salud pública.				
PERIODO DEL INFORME	**DESDE:**	01/08/2024		**HASTA:**	31/08/2024

DESCRIPCIÓN DEL AVANCE

Obligación contractual	Actividad desarrollada	Producto entregado
1. Documento que evidencie las actividades aprobadas por el Supervisor, en el formato de cronograma establecido en el Sistema Integrado de Gestión.	Cronograma de actividades	Cronograma de actividades
2. Propuesta de herramienta para la consolidación de información con la caracterización y vigilancia sindrómica de alojamientos temporales de emergencia - ATE. (Incluyendo la información generada por la herramienta EWARS y la matriz de seguimiento y valoración ATEs)	Elaboración de documento	Documento inicial
3. Informe mensual del sistema de alerta temprana, VIGIFRA y de los eventos de interés en salud pública priorizados.	Revisión de matrices VIGIFRA, Revisión de SATAES 2024.	Bases revisadas.
4.Base de datos con generación de coordenadas de casos de eventos de interés en salud pública según entidades territoriales asignadas.	Georreferenciación de bases asignadas	Entrega de bases diligenciadas por correos electrónicos.
5. Memorias e informes de la participación en las mesas técnicas de factores de riesgo sectoriales e intersectoriales según delegación del Supervisor	Asistencia a reunión mesa de Variabilidad y Cambio Climático 2 y 30 de agosto, participación en la elaboración del boletín de clima y salud, asistencia al COVE 6,13,20 y 27 de agosto, respuesta a correo de ET de Amazonas sobre curso de vigilancia del riesgo ambiental a la exposición por mercurio y sus efectos en salud, resumen EDA y Hepatitis A, ajustes a protocolo de monitoreo de medios GFRA, curso de herramientas de la economía circular (coursera), conexión webinar 29 de agosto.	Certificados, actas, listas de asistencia, instrumentos y bases diligenciadas, informes, presentaciones, correos electrónicos.

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

Daniel González Cogollo



NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA

(1) Contrato No.	INS-CPS-838-2023		
(2) Nombre del Contratista:	Daniel González Cogollo		
(3) Cargo del supervisor:	Subdirector de Análisis del Riesgo y Respuesta Inmediata		
(4) Interventoría si ☐ no ☒ Nombre:			
(5) Correo del supervisor y/o del Interventor (si aplica)	Hquijada@ins.gov.co		
(6) Objeto del contrato:	Brindar servicios profesionales para el fortalecimiento del monitoreo y análisis de componentes ambientales relacionados a enfermedades priorizadas en salud pública.		
(7) Fecha de inicio:	27/12/2023	**(8) Fecha terminación:**	08/10/2024
(9) Período objeto del informe:	1/8/2024 al 31/8/2024		

(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. Documento que evidencie las actividades aprobadas por el Supervisor, en el formato de cronograma establecido en el Sistema Integrado de Gestión.	Cronograma de actividades	Cronograma de actividades	Finalizado	
2. Propuesta de herramienta para la consolidación de información con la caracterización y vigilancia sindrómica de alojamientos temporales de emergencia - ATE. (Incluyendo la información generada por la herramienta EWARS y la matriz de seguimiento y valoración ATEs)	Elaboración de documento	Documento inicial	En ejecución	
3. Informe mensual del sistema de alerta temprana, VIGIFRA y de los eventos de interés en salud pública priorizados.	Revisión de matrices VIGIFRA, Revisión de SATAES 2024.	Bases revisadas.	En ejecución	
4.Base de datos con generación de coordenadas de casos de eventos de interés en salud pública según entidades territoriales asignadas.	Georreferenciación de bases asignadas	Entrega de bases diligenciadas por correos electrónicos.	En ejecución	
5. Memorias e informes de la participación en las mesas técnicas de factores de riesgo sectoriales e intersectoriales según delegación del Supervisor.	Asistencia a reunión mesa de Variabilidad y Cambio Climático 2 y 30 de agosto, participación en la elaboración del boletín de clima y salud, asistencia al COVE 6,13,20 y 27 de agosto, respuesta a correo de ET de Amazonas sobre curso de vigilancia del riesgo ambiental a la exposición por mercurio y sus efectos en salud, resumen EDA y Hepatitis A, ajustes a protocolo de monitoreo de medios GFRA, curso de herramientas de la economía circular (coursera), conexión webinar 29 de agosto.	Certificados, actas, listas de asistencia, instrumentos y bases diligenciadas, informes, presentaciones, correos electrónicos.	En ejecución	

Monitoreo del tratamiento a los riesgos de contratación registrados en el FOR-A02.0000-026 Anexo No 1 a los estudios previos Matriz de riesgos de contratación

No	Clase	Fuente	Etapa	Tipo	Descripción (que puede pasar y, como puede ocurrir)	Consecuencia de la ocurrencia del evento	Persona responsable por implementar el tratamiento	Fecha estimada en que se inicia el tratamiento	Fecha estimada en que se completa el tratamiento	Monitoreo y revisión		
										¿Cómo se realiza el monitoreo?	Periodicidad ¿Cuándo?	Descripción del monitoreo realizado
1	General	Externo	Ejecución	Riesgos Operacionales	Retraso en la entrega de productos por circunstancias ajenas a la voluntad del contratista	Demora en la ejecución del objeto contractual	Supervisor	Inicio de ejecución	Fin de ejecución + 4 meses mas	Informe de supervisión mensual	Mensual	Controlar el avance y entrega de los productos definidos en el contrato
2	General	Externo	Ejecución	Riesgos Operacionales	Defectos en los resultados del producto	No ejecución de los proyectos	Supervisor	Inicio de ejecución	Fin de ejecución + 4 meses mas	Informe de supervisión mensual	Mensual	Revisión de la calidad de los productos entregados
3	General	Externo	Ejecución	Riesgos Regulatorios	Cambios regulatorios en materia administrativa, tributaria y/o normativa, relacionados con el objeto contractual	Retraso en el cumplimiento de las obligaciones y/o en el plazo establecido para la ejecución del contrato	Supervisor	Inmediato, una vez se presente el evento	Una vez se realicen los ajustes requeridos para hacer posible la ejecución del contrato	Seguimiento a las nuevas actividades establecidas para el contrato	Mensual	Revisión periódica de los lineamientos de regulación relacionados con el contrato
4	General	Externo	Ejecución	Riesgos Sociales o políticos	Problemas de orden público que afecten los desplazamien-tos	Demora en la ejecución del objeto contractual	Supervisor	Inmediato, una vez se presente el evento	Una vez se realicen los ajustes requeridos para hacer posible la ejecución del contrato	Seguimiento a las nuevas actividades establecidas para el contrato	Mensual	Controlar la ejecución de asistencias técnicas y definir reprograma-ciones
% DE AVANCE ACUMULADO										**94%**		

(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:



NOMBRE Y FIRMA Supervisor (es)/Interventor (es)

Hernán Quijada Bonilla
Subdirector de Análisis del Riesgo y Respuesta Inmediata

(14) Lugar y Fecha: Bogotá, D. C., 02/09/2024

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO GESTION FINANCIERA	CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO PARA PAGO DE CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS	Versión: 11
		FOR-A09.2026-002	2024-08-16

TIPO DE CERTIFICACION:	PARCIAL	CESION:	SI	FEI:	NO	SGR:	NO

1-INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO

NIT o CÉDULA:	79797924	CONTRATISTA:	DANIEL GONZÁLEZ COGOLLO				
CONTRATO No.:	838-2023	FECHA INICIO:	27/12/2023	FECHA FINAL:	08/10/2024		
REGISTRO PRESUPUESTAL:	38224	VALOR HONORARIOS:	$ 7,317,900	PAGO NUMERO:	7	DE	9

2- RESUMEN VALORES GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

TIPO CONTRATO:	DECLARA RENTA:	PENSIONADO:	ANEXO CERTIFICADO DE INGRESOS	RESPONSABLE DE IVA
PROFESIONAL	SI	NO	SI	NO

		POR DIAS	CANTIDAD DE DIAS	HONORARIOS
INGRESOS HONORARIOS :	$ 7,317,900	NO		$ 7,317,900.00
IVA 19%				
INGRESOS POR DESPLAZAMIENTO:				
TOTAL INGRESOS BASE IMPUESTO:	$ 7,317,900	FACTURA:		FECHA:

3-LIQUIDACION DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL

TOTAL (IBC):	$ 2,927,200	
PENSION 16% (valor aporte):	$ 468,400	Administradora Colombiana de Pensiones Colpensiones
SALUD 12,5% (valor aporte):	$ 365,900	E.P.S Sanitas
ARL RIESGO III 2,436% (valor aporte):	$ 71,400	ARL Sura
TOTAL PAGO AL SISTEMA G.S.S.I.:	$ 905,700	

PAGO PLANILLA			
	ANTICIPADO		
PLANILLA DE PAGO No.	79376035	FECHA	20/08/2024

Realice Aportes Voluntarios al Fondo de Pensiones Obligatorias de acuerdo al Articulo 55 E.T (adjunto la certificación correspondiente al fondo de pensiones obligatorias con aporte voluntario)	NO	

4-DATOS DE RETENCION Y NETO A PAGAR

Declara costos y deducciones asociados al ingreso en la declaración de renta (Decreto 2231 del 22 de diciembre de 2023, Articulo 9 y 11)	NO

DERECHOS DE DEDUCCIÓN	VALOR	MES	VALOR A DEDUCIR
a. % INTERESES POR PRESTAMOS DE VIVIENDA: limte max. Mensual 100 uvt 4.706.500, correspondiente al año inmediatamente anterior.		1	-
b. PREPAGADA o SEGURO SALUD O PLAN COMPLEMENTARIO: limte max. Mensual 16 uvt 753.040, correspondiente al año inmediatamente anterior.		1	-
c. DEPENDIENTE: limte max. Mensual 32 uvt 1.506.000 correspondiente al mes pagado	NO		-
d. APORTES: (Volunt. Pensiones) voluntarias No superior al 30% de los ingresos correspondiente al mes pagado 3800/178.847.000			-
e. APORTES: (AFC) No superior al 30% de los ingresos correspondiente al mes pagado 178.847.000			
DERECHOS DE DEDUCCIÓN	VALOR	$	-

CONCEPTO	BASE	TARIFA	%
RETEICA	$ 6,483,600	0.766%	$ 49,664
RETEFUENTE	$ 4,809,150	7.18	$ 64,000
RETEIVA			0
TOTAL IMPUESTO		$	113,664.38
TOTAL A PAGAR		$	7,204,235.62

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

Daniel González C.

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.

Hernán Q. ITS

Nombre supervisor	Hernán Quijada Bonilla	Nombre supervisor	
Cargo	SARRI	Cargo	
Dependencia	DVARSP	Dependencia	

6- INFORMACION RADICACION Y OBLIGACION

Radicado No:		Obligación No:	
Fecha radicado No:		Fecha Radicación (SIIF):	

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO GESTIÓN FINANCIERA	CERTIFICADO DE INGRESOS	Versión: 19
		FOR-A09.0000-013	2024-08-16

DECLARACION JURAMENTADA

Yo, **Daniel González Cogollo**, identificado con **Cédula de Ciudadanía** No. **79,797,924** de **Bogotá**, me permito declarar que mi vinculo actual con el Instituto Nacional de Salud es mediante: **Contrato de Prestación de Servicios**, con contrato número

CERTIFICO QUE:

Declara costos y deducciones asociados al ingreso en la declaración de renta (Decreto 2231 del 22 de diciembre de 2023, Articulo 9 y 11)	**NO**
Cumplo con uno o varios requisitos relacionados a continuación: * Mis ingresos en el año anterior fueron superiores a 1.400 UVT o 59.376.800 A 31 de diciembre de 2023. * Mi patrimonio bruto excedió 4.500 UVT o $ 190.854.000 * Los consumos mediante tarjeta de crédito durante el año gravable excedieron la suma de 1.400 UVT. * 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.	**SOY DECLARANTE DE RENTA**

INFORMACION PARA DEPURAR LA BASE DE LA RETENCIÓN CERTIFICO QUE:

De las siguientes deducciones, seleccione los conceptos para tener en cuenta en la depuración de la Base del cálculo de la Retención en la Fuente:

* Durante la vigencia 2023 pague intereses o tuve corrección Monetaria en Créditos de Vivienda *(adjunto la certificación de la entidad responsable del crédito de vivienda donde se especifica el valor de los intereses pagados durante la vigencia 2023).* Artículo 31 de la Ley 2277 de 2022	**NO**
* Realice en una cuenta AFC - Ahorro para el Fomento de la Construcción de acuerdo al Artículo 126-1 E.T, *(adjunto la certificación de ahorro de la cuenta AFC)*	**NO**
* Durante la vigencia 2023 realice pago como titular de plan complementario, servicio medico domiciliario o cuento con una póliza de salud de acuerdo al Artículo 387 E.T *(adjunto la certificación correspondiente a la entidad de la cual soy titular)*	**NO**
* Realizo aportes a Fondos de Pensiones Voluntarias de acuerdo al Artículo 126-1 E.T *(adjunto la certificación correspondiente al fondo de pensiones voluntarias)*	**NO**
* Realizo Aportes Voluntarios al Fondo de Pensiones Obligatorias de acuerdo al Articulo 55 E.T *(adjunto la certificación correspondiente al fondo de pensiones obligatorias con aporte voluntario)*	**NO**
* Cumplo con uno o varios requisitos del Parágrafo 2 del Articulo 387 E.T., correspondientes a dependientes económicos de los relacionados a continuación: *(marque con una x según corresponda)*	**NO**
° Tengo hijos entre 0 y 18 años de edad. *(Adjunto registro civil de nacimiento).*	
° Soy persona natural y tengo hijos con edad entre los 18 y 23 años de edad, de los cuales me encuentro 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. *(Adjunto certificado de estudio de educación superior, cédula de ciudadania y registro civil de nacimiento)*	
° Tengo hijos mayores de 23 años que se encuentran en situación de dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal. *(Adjunto registro civil de nacimiento, cédula de ciudadania y certificado de Medicina Legal).*	
° Mi cónyuge o compañero permanente se encuentra 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. *(Adjunto certificado de convivencia, registro civil de matrimonio, cédula de ciudadania, certificado de contador público o certificado de Medicina Legal)*	
° Mis padres o mis hermanos se encuentren 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. *(Adjunto registro civil de nacimiento, certificado de contador público o certificado de Medicina Legal)* .	

Relación de Dependientes

Tipo Doc.	Numero de Documento	Nombres y apellidos	Edad	Parentesco

La anterior se firma el 2 del mes 9 del año 2024

Daniel González C.

SE FIRMA BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO

Se firma bajo la gravedad de juramento que la información contenida en el formato es real y que las deducciones indicadas solo se estan reportando ante el Instituto Nacional de Salud ya que estas solo pueden ser aplicadas una vez por cada periodo

Nota 1: El INS no se hace responsable de definirle a sus contratistas de prestación de servicios persona natural 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 contratista conoce.

Nota 2: los contratistas que hayan marcado las deducciones enunciadas en los numerales 1, 2,3, 4,5 y 6 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.