| INSTITUTO NACIONAL DE SALUD | PROCESO<br>GESTION FINANCIERA | CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO PARA PAGO DE CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS | Versión: 11 |
|---|---|---|---|
| | | FOR-A09.2026-002 | 2024-09-06 |

| TIPO DE CERTIFICACION: | PARCIAL | CESION: | NO | FEI: | NO | SGR: | NO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

## 1-INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NIT o CÉDULA: | 79797924 | CONTRATISTA: | DANIEL GONZALEZ COGOLLO | | | | |
| CONTRATO No.: | 539-2024 | FECHA INICIO: | 25/11/2024 | FECHA FINAL: | 31/12/2024 | | |
| REGISTRO PRESUPUESTAL: | 181924 | VALOR HONORARIOS: | $ 7,317,900 | PAGO NUMERO: | 1 | DE | 2 |

## 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 |

| | |
|---|---|
| INGRESOS HONORARIOS : | $ 1,463,580 |
| IVA 19% | |
| INGRESOS POR DESPLAZAMIENTO: | |
| TOTAL INGRESOS BASE IMPUESTO: | $ 1,463,580 |

| POR DIAS | CANTIDAD DE DIAS | HONORARIOS |
|---|---|---|
| SI | 6 | $ 1,463,580.00 |

FACTURA: FECHA:

## 3-LIQUIDACION DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL

| | | |
|---|---|---|
| TOTAL (IBC): | $ 2,927,200 | |
| PENSION 16% (valor aporte): | $ 93,700 | Administradora Colombiana de Pensiones Colpensiones |
| SALUD 12,5% (valor aporte): | $ 73,200 | E.P.S Sanitas |
| ARL RIESGO III 2,436% (valor aporte): | $ 14,300 | ARL Sura |
| TOTAL PAGO AL SISTEMA G.S.S.I.: | $ 181,200 | |

PAGO PLANILLA: ANTICIPADO

PLANILLA DE PAGO No.: 82154644 — FECHA: 29/11/2024

| 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 | $ 1,296,680 | 0.766% | $ 9,933 |
| RETEFUENTE | $ 961,785 | 20.44 | $ - |
| RETEIVA | | | 0 |
| TOTAL IMPUESTO | | $ | 9,932.57 |
| TOTAL A PAGAR | | $ | 1,453,647.43 |

## 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 Gonzalez 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.

| | | | |
|---|---|---|---|
| Nombre supervisor | Luis Carlos Gómez Ortega | Nombre supervisor | |
| Cargo | Coordinador VFRA | Cargo | |
| Dependencia | SARRI | Dependencia | |

## 6- INFORMACION RADICACION Y OBLIGACION

Radicado No: _____ Obligación No: _____

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

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **NUMERO DE CONTRATO** | INS-CPS-539-2024 | | **NOMBRE DEL CONTRATISTA** | Daniel González Cogollo | |
| **OBJETO DEL CONTRATO** | Prestar servicios profesionales para la caracterización de alojamientos temporales de emergencia, identificación y seguimiento de alertas y situaciones ambientales relacionadas a enfermedades según los lineamientos de la Dirección de vigilancia y análisis del riesgo en salud pública. | | | | |
| **PERIODO DEL INFORME** | **DESDE:** | 25/11/2024 | | **HASTA:** | 30/11/2024 |

**DESCRIPCIÓN DEL AVANCE**

| Obligación contractual | Actividad desarrollada | Producto entregado |
|---|---|---|
| 1. Cronograma de actividades aprobado por el Supervisor y en el formato establecido | Cronograma de actividades. | Cronograma de actividades. |
| 2. Matriz mensual de alertas o situaciones ambientales y matriz del SATAES según eventos asignados por el Supervisor. | Elaboración de matriz de valoración de riesgo y matrices del SATAES, participación en la elaboración del Sitrep de Variabilidad climática. | Matriz de valoración de riesgo – segunda versión diligenciada y documento con la revisión realizada, seguimiento y actualización de situaciones de emergencias invernal región andina. |
| 3. Plantilla de análisis de los eventos de interés en salud pública y predicciones climáticas para la construcción del Boletín mensual intersectorial de clima y salud según eventos asignados. | Participación en la construcción del boletín de clima y salud. | Elaboración de bases consolidadas de eventos de interés en salud pública SE 41 a la SE 47. |
| 4. Memorias e informes de la participación en las diferentes mesas técnicas e intersectoriales según delegación del supervisor del contrato. | Asistencia a reuniones de equipo, reunión de entrega de monitoreo de medios y COVE 26 de noviembre. | Acta de reunión, listado de asistencia. |
| 5. Documento trimestral con el informe de instalación y seguimiento a los alojamientos temporales de emergencia - ATE según departamentos asignados por el Supervisor. | Seguimiento a ATE activos y documentos actualizados. | Seguimiento a ATE. |

***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-539-2024 | | |
| **(2) Nombre del Contratista:** | Daniel González Cogollo | | |
| **(3) Cargo del supervisor:** | Coordinador Vigilancia de Factores de Riesgo Ambiental | | |
| **(4) Interventoría si ☐ no ☒ Nombre:** | | | |
| **(5) Correo del supervisor y/o del Interventor (si aplica)** | lcgomez@ins.gov.co | | |
| **(6) Objeto del contrato:** | Prestar servicios profesionales para la caracterización de alojamientos temporales de emergencia, identificación y seguimiento de alertas y situaciones ambientales relacionadas a enfermedades según los lineamientos de la Dirección de vigilancia y análisis del riesgo en salud pública. | | |
| **(7) Fecha de inicio:** | 25/11/2024 | **(8) Fecha terminación:** | 31/12/2024 |
| **(9) Período objeto del informe:** | 25/11/2024 al 30/11/2024 | | |

**(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. Cronograma de actividades aprobado por el Supervisor y en el formato establecido | Cronograma de actividades. | Cronograma de actividades. | Finalizado. | |
| 2. Matriz mensual de alertas o situaciones ambientales y matriz del SATAES según eventos asignados por el Supervisor. | Elaboración de matriz de valoración de riesgo y matrices del SATAES, participación en la elaboración del Sitrep de Variabilidad climática. | Matriz de valoración de riesgo – segunda versión diligenciada y documento con la revisión realizada, seguimiento y actualización de situaciones de emergencias invernal región andina. | En ejecución. | |
| 3. Plantilla de análisis de los eventos de interés en salud pública y predicciones climáticas para la construcción del Boletín mensual intersectorial de clima y salud según eventos asignados. | Participación en la construcción del boletín de clima y salud. | Elaboración de bases consolidadas de eventos de interés en salud pública SE 41 a la SE 47. | En ejecución. | |
| 4. Memorias e informes de la participación en las diferentes mesas técnicas e intersectoriales según delegación del supervisor del contrato. | Asistencia a reuniones de equipo, reunión de entrega de monitoreo de medios y COVE 26 de noviembre. | Acta de reunión, listado de asistencia. | En ejecución. | |
| 5. Documento trimestral con el informe de instalación y seguimiento a los alojamientos temporales de emergencia - ATE según departamentos asignados por el Supervisor. | Seguimiento a ATE activos y documentos actualizados. | Seguimiento a ATE. | 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** | | | | | | | | | | **20%** | | |

**(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.

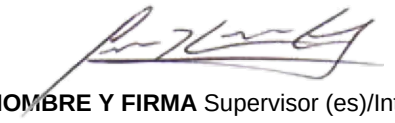
**4.** Aprueba los informes, productos y demás documentos presentados y entregados por El/La Contratista durante el periodo mencionado en desarrollo de las obligaciones pactadas en el Contrato en mención.

***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)

Luis Carlos Gómez Ortega
Coordinador Vigilancia de Factores de Riesgo Ambiental

**(14) Lugar y Fecha: Bogotá, D. C., 06/12/2024**

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. | | SI |

| 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 | |
| 2024-11 | 2024-11 | I | 29/11/2024 | 82154644 | $402.200 | |

## 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 | 162.500 | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 162.500 | 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 | 208.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | 208.000 | 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 | 31.700 | | | | 31.700 | 0 | 0 | 31.700 | | | 317 | 31.700 | 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 | 162.500 | 162.500 |
| Pensión | 1 | 208.000 | 208.000 |
| Riesgos Laborales | 1 | 31.700 | 31.700 |
| CCF | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| **TOTALES** | 3 | 402.200 | 402.200 |

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. | SI |

| 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 | |
| 2024-11 | 2024-11 | I | 29/11/2024 | 82154644 | $402.200 | |

## 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 | 1.300.000 | 208.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS005 | 1.300.000 | 162.500 | 14-11 | 1.300.000 | 3 | 31.700 | | 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 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 INS-CPS-539-2024

**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:<br>* Mis ingresos en el año anterior fueron superiores a 1.400 UVT o 59.376.800 A 31 de diciembre de 2023.<br>* Mi patrimonio bruto excedió 4.500 UVT o $ 190.854.000<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. | **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 6 del mes 12 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.