REPUBLICA DE COLOMBIA
ORGANIZACION ELECTORAL
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

CERTIFICADO DE REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Número: **N** 2843572

NUIP 1.030.714.091

Tipo de certificado | Datos Esenciales ☐ | Acreditar Parentesco ☒

Datos del Inscrito

Apellidos y Nombres completos
CUBILLOS BERNAL JERÓNIMO

Fecha de Nacimiento (Mes en letras)												Sexo (en letras)	Tipo Sanguíneo
Año	2	0	2	3	Mes	M	A	Y	Día	1	0	MASCULINO	O +

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)
COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOTA D.C

Fecha de Inscripción (Mes en letras)												Indicativo serial
Año	2	0	2	3	Mes	M	A	Y	Día	2	6	0063288943

Datos de la Madre

Apellidos y Nombres completos
BERNAL SANDOVAL DANIELA

Documento de Identificación (Clase y número)
CEDULA DE CIUDADANIA 1.030.669.725

Nacionalidad
COLOMBIA

Datos del Padre

Apellidos y Nombres completos
CUBILLOS MELLAO LUIS CARLOS

Documento de Identificación (Clase y número)
CEDULA DE CIUDADANIA 1.022.359.012

Nacionalidad
COLOMBIA

Datos del Solicitante

Apellidos y Nombres completos
CUBILLOS MELLAO LUIS CARLOS

Documento de Identificación (Clase y número)
CEDULA DE CIUDADANIA 1.022.359.012

Espacio para notas

Datos de la oficina de registro que expide el certificado

País - Departamento - Municipio
COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOTA D.C

Código: A X A

Fecha de Expedición del certificado (mes en letras)											
Año	2	0	2	3	Mes	M	A	Y	Día	2	6

REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
Adhesivo Copia Registro Civil
34800047-6

Nombre y firma del funcionario

MARIA VICTORIA GAONA ARIZA

Registrador del Estado Civil

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
ORGANIZACION ELECTORAL
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

CERTIFICADO DE REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Número: N 1941803

NUIP 1.030.711.761

Tipo de certificado | Datos Esenciales [ ] | Acreditar Parentesco [X]

Datos del Inscrito

Apellidos y Nombres completos
CUBILLOS BERNAL JACOBO

Fecha de Nacimiento (Mes en letras)											Sexo (en letras)	Tipo Sanguíneo
Año	2	0	2	2	Mes	E	N	E	Día	0	3	MASCULINO	O +

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)
COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOTA D.C

Fecha de Inscripción (Mes en letras)											Indicativo serial
Año	2	0	2	2	Mes	E	N	E	Día	1	4	0061471093

Datos de la Madre

Apellidos y Nombres completos
BERNAL SANDOVAL DANIELA

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 1.030.669.725	COLOMBIA

Datos del Padre

Apellidos y Nombres completos
CUBILLOS MELLAO LUIS CARLOS

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 1.022.359.012	COLOMBIA

Datos del Solicitante

Apellidos y Nombres completos
CUBILLOS MELLAO LUIS CARLOS

Documento de Identificación (Clase y número)
CEDULA DE CIUDADANIA 1.022.359.012

Espacio para notas

Datos de la oficina de registro que expide el certificado

País - Departamento - Municipio
COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOTA D.C

Código A X A

Fecha de Expedición del certificado (mes en letras)										
Año	2	0	2	2	Mes	E	N	E	Día	1	4

Adhesivo Copia Registro Civil
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
30430931-7

Nombre y firma del funcionario

MARIA VICTORIA GAONA ARIZA
Registrador del Estado Civil

Powered by CamScanner

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO GESTION FINANCIERA	CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO PARA PAGO DE CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS	Versión: 12
		FOR-A09.2026-002	2025-01-31

TIPO DE CERTIFICACION: PARCIAL | CESION: | FEI: | SGR:

1-INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO

No. NIT o CÉDULA:	1.022.359.012	CONTRATISTA:	Luis Carlos Cubillos Mellao				
CELULAR	3007133688						
CONTRATO No.:	628-2025	FECHA INICIO:	29 de Julio de 2025	FECHA FINAL:	30 de Diciembre de 2025		
REGISTRO PRESUPUESTAL:	127425	VALOR HONORARIOS:	$ 3.000.000	PAGO NUMERO:	1	DE	6

2- RESUMEN VALORES GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

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

		POR DIAS	CANTIDAD DE DIAS	HONORARIOS
INGRESOS HONORARIOS :	$ 200.000	SI	2	$ 200.000,00
IVA 19%				
INGRESOS POR DESPLAZAMIENTO:				
TOTAL INGRESOS BASE IMPUESTO:	$ 200.000	FACTURA:		FECHA:

3-LIQUIDACION DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL

			PAGO PLANILLA		
TOTAL (IBC):	$ 1.423.500	ENTIDAD PROMOTORA	VENCIDO		
PENSION 16% (valor aporte):	$ 15.200	Porvenir	PLANILLA DE PAGO No.	88750138	FECHA 5/08/2025
SALUD 12,5% (valor aporte):	$ 11.900	Compensar Entidad Promotora de Salud	PLANILLA DE PAGO AJUSTE (Si aplica)		
ARL RIESGO III 2,436% (valor aporte):	$ 2.400	Positiva Compañía de Seguros			
TOTAL PAGO AL SISTEMA G.S.S.I.:	$ 29.500				

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 4.979.900, correspondiente al año inmediatamente anterior.		1	-
b. PREPAGADA o SEGURO SALUD O PLAN COMPLEMENTARIO: limte max. Mensual 16 uvt 796.784, correspondiente al año inmediatamente anterior.		1	-
c. DEPENDIENTE: limte max. Mensual 32 uvt 1.593.568 correspondiente al mes pagado	SI		20.000
d. APORTES: (Volunt. Pensiones) voluntarias No superior al 30% de los ingresos correspondiente al mes pagado 3800/189.236.200			-
e. APORTES: (AFC) No superior al 30% de los ingresos correspondiente al mes pagado 189.236.200			
DERECHOS DE DEDUCCIÓN	VALOR	$	20.000

CONCEPTO	BASE	TARIFA	%
RETEICA	$ 200.000	0,866%	$ 1.732
RETEFUENTE	$ 135.000	2,71	$ -
RETEIVA			0
TOTAL IMPUESTO			$ 1.732,00
TOTAL A PAGAR			$ 198.268,00
RETEFUENTE VOLUNTARIA			

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.

Nombre supervisor	ANDREA J RAMIREZ ANGARITA	Nombre supervisor	
Cargo	COORDINADORA GACC	Cargo	
Dependencia	GACC	Dependencia	

6- INFORMACION RADICACION Y OBLIGACION

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

(1) Contrato No.	**INS CPS 628-2025**		
(2) Nombre del Contratista:	Luis Carlos Cubillos Mellao		
(3) Cargo del supervisor:	Andrea Johanna Ramírez Angarita		
(4) Interventoría si ☐ no x Nombre:			
(5) Correo del supervisor y/o del Interventor (si aplica)	**aramirez@ins.gov.co**		
(6) Objeto del contrato:	Prestar Servicios de apoyo a la gestión con la interpretación en lenguaje de señas e incluyente a la comunidad INS en el marco de la implementación de la Política de Servicio al Ciudadano y en las actividades administrativas, transversales y sectoriales requeridas.		
(7) Fecha de inicio:	29 de Julio de 2025	**(8) Fecha terminación:**	30 de Diciembre de 2025
(9) Período objeto del informe:	**29 de Julio al 31 de Julio de 2025**		

(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.Apoyar la interpretación en Lenguaje de Señas a los Grupos de Interés del Instituto y en el desarrollo de las actividades transversales, especialmente las desarrolladas por la dirección de redes en Salud Pública, así como las actividades sectoriales de la política de Servicio al Ciudadano.	Traducción/interpretación a Lengua de Señas del video titulado “Fiebre amarilla” y grabado en el área de comunicaciones del INS	https://www.youtube.com/watch?time_continue=2&v=gZKJtDFl3KA&embeds_referring_euri=https%3A%2F%2Fwww.ins.gov.co%2F&source_ve_path=MjM4NTE	
2.Brindar apoyo a través de varios módulos de capacitaciones población INS sobre lengua de señas, de acuerdo con la programación que se coordine con el supervisor.	Proyección en forma de proyecto de los módulos, temáticas y recursos necesarios para brindar capacitaciones población INS sobre lengua de señas, de acuerdo con la programación que se coordine con el supervisor	https://docs.google.com/document/d/1lFZc0U-qBoXyBnrhJJsN9LF8GlVSDozu/edit?usp=sharing&ouid=108506924556777389590&rtpof=true&sd=true	
3.Apoyar con el desarrollo de estrategias, piezas gráficas y documentos, para el fortalecimiento de la política de servicio al ciudadano al interior del INS en el marco del enfoque diferencial y la comunicación incluyente.	Durante el periodo trabajado no se requirió cumplir con esta obligación. Durante el periodo trabajado no se requirió cumplir con esta obligación.	N/A	
4.Apoyar al Grupo de Relación Estado-Ciudadano en la	Durante el periodo trabajado no se requirió cumplir con esta obligación.	N/A	

actualización de contenidos de la página web del marco de la política de servicio al ciudadano, bajo dirección del supervisor.			
5.Apoyar la oficina de atención al ciudadano y correspondencia en la realización de encuestas, informes y seguimientos propios de sus funciones.	Durante el periodo trabajado no se requirió cumplir con esta obligación.	N/A	
6. Apoyar en la atención al incluyente y humanizada de los canales de comunicación del INS con el fin de facilitar el relacionamiento ciudadano.	Durante el periodo trabajado no se requirió cumplir con esta obligación.	N/A	
7.Las demás que emanen de la naturaleza del contrato y sean necesarias para el desarrollo eficiente del mismo.	Durante el periodo trabajado no se requirió cumplir con esta obligación.	N/A	

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	Supervisora	Inicio de ejecución	Fin de ejecución + 4 meses mas	Informe de supervisión mensual	Mensual	
2	General	Externo	Ejecución	Riesgos Operacionales	Defectos en los resultados del producto por circunstancias ajenas a la voluntad del contratista.	No ejecución de los proyectos	Supervisora	Inicio de ejecución	Fin de ejecución + 4 meses mas	Informe de supervisión mensual	Mensual	
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	Supervisora	Inmediato, una vez se presente el evento	Una vez se realicen los ajustes requridos para hacer posible la ejecución del contrato	Seguimiento a las nuevas actividades establecidas para el contrato	Mensual	
4	General	Externo	Ejecución	Riesgos sociales o políticos	Problemas de orden público que afecten los desplazamientos Dem	Demora en la ejecución del objeto contractual	Supervisora	Inmediato, una vez se presente el evento	Una vez se realicen los ajustes requridos para hacer posible la ejecución del contrato	Seguimiento a las nuevas actividades establecidas para el contrato	Mensual	

% DE AVANCE ACUMULADO	1.32%

(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:

ANDREA JOHANNA RAMIREZ ANGARITA

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

(14) Lugar y Fecha: AGOSTO Bogotá, D. C.,

Instructivo diligenciamiento (borrar, no imprimir):	
1	Indicar número del contrato tal cual como aparece en la minuta
2	Indicar el nombre del contratista
3	Indicar el cargo del supervisor
4	Indicar si o no aplica interventoría, en caso de que aplique relacionar el nombre del interventor, de lo contrario relacionar N.A
5	Indicar correo del supervisor y del interventor, en caso de que aplique este último.
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 elabora el formato.

NUMERO DE CONTRATO	**INS CPS 628-2025**	**NOMBRE DEL CONTRATISTA**	Luis Carlos Cubillos Mellao		
OBJETO DEL CONTRATO	Prestar Servicios de apoyo a la gestión con la interpretación en lenguaje de señas e incluyente a la comunidad INS en el marco de la implementación de la Política de Servicio al Ciudadano y en las actividades administrativas, transversales y sectoriales requeridas.				
PERIODO DEL INFORME	**DESDE:**	25 de Julio de 2025	**HASTA:**	30 de Diciembre de 2025	

DESCRIPCIÓN DEL AVANCE

Obligación contractual	Actividad desarrollada	Producto recibido	Observaciones o comentarios del Supervisor
1.Apoyar la interpretación en Lenguaje de Señas a los Grupos de Interés del Instituto y en el desarrollo de las actividades transversales, especialmente las desarrolladas por la dirección de redes en Salud Pública, así como las actividades sectoriales de la política de Servicio al Ciudadano.	**Traducción/interpretación a Lengua de Señas del video titulado "Fiebre amarilla" y grabado en el área de comunicaciones del INS**	**https://www.youtube.com/watch?time_continue=2&v=gZKJtDFl3KA&embeds_referring_euri=https%3A%2F%2Fwww.ins.gov.co%2F&source_ve_path=MjM4NTE**	
2.Brindar apoyo a través de varios módulos de capacitaciones población INS sobre lengua de señas, de acuerdo con la programación que se coordine con el supervisor.	**Proyección en forma de proyecto de los módulos, temáticas y recursos necesarios para brindar capacitaciones población INS sobre lengua de señas, de acuerdo con la programación que se coordine con el supervisor**	**https://docs.google.com/document/d/1lFZc0U-qBoXyBnrhJJsN9LF8GlVSDozu/edit?usp=sharing&ouid=108506924556777389590&rtpof=true&sd=true**	
3.Apoyar con el desarrollo de estrategias, piezas gráficas y documentos, para el fortalecimiento de la política de servicio al ciudadano al interior del INS en el marco del enfoque diferencial y la comunicación incluyente.	**Durante el periodo trabajado no se requirió cumplir con esta obligación. Durante el periodo trabajado no se requirió cumplir con esta obligación.**	**N/A**	
4.Apoyar al Grupo de Relación Estado-Ciudadano en la	**Durante el periodo trabajado no se requirió**	**N/A**	

actualización de contenidos de la página web del marco de la política de servicio al ciudadano, bajo dirección del supervisor.	**cumplir con esta obligación.**		
5.Apoyar la oficina de atención al ciudadano y correspondencia en la realización de encuestas, informes y seguimientos propios de sus funciones.	**Durante el periodo trabajado no se requirió cumplir con esta obligación.**	**N/A**	
6. Apoyar en la atención al incluyente y humanizada de los canales de comunicación del INS con el fin de facilitar el relacionamiento ciudadano.	**Durante el periodo trabajado no se requirió cumplir con esta obligación.**	**N/A**	
7.Las demás que emanen de la naturaleza del contrato y sean necesarias para el desarrollo eficiente del mismo.	**Durante el periodo trabajado no se requirió cumplir con esta obligación.**	**N/A**	

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



Luis Carlos Cubillos Mellao

Intérprete de Lengua de Señas del INS

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO GESTIÓN FINANCIERA	CERTIFICADO DE INGRESOS	Versión: 20
		FOR-A09.0000-013	2025-01-31

DECLARACION JURAMENTADA

Yo, **Luis Carlos Cubillos Mellao** , identificado con **Cédula de Ciudadanía** No. **1,022,359,012** de **guamo (Tol)** , 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 628-2025

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)	**SI**
Cumplo con uno o varios requisitos relacionados a continuación: * Mis ingresos en el año anterior fueron superiores a 1.400 UVT o $ 65.891.000 A 31 de diciembre de 2024. * Mi patrimonio bruto excedió 4.500 UVT o $ 211.793.000 * Los consumos mediante tarjeta de crédito durante el año gravable excedieron la suma de 1.400 UVT o $ 65.891.000. * El total de compras y consumos durante el año gravable superaron 1.400 UVT o $ 65.891.000 y/o las consignaciones bancarias, depósitos o inversiones financieras, durante el año gravable excedieron de 1.400 UVT o $ 65.891.000.	**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 2024 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 2024).* 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 2024 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)*	**SI**
X ° Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años de edad. *(Adjunto registro civil de nacimiento).*	
° Los hijos del contribuyente con edad entre 18 y 25 años, cuando el padre 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.*(Adjunto certificado de estudio de educación superior, cédula de ciudadania y registro civil de nacimiento)*	
° Los hijos del contribuyente mayores de dieciocho (18) años que se encuentren en situación de dependencia, originada en factores físicos psicológicos que sean certificados por el Ministerio de Salud y Protección Social o la entidad determinada por las normas vigentes *(Adjunto registro civil de nacimiento, cédula de ciudadania, el Ministerio de Salud y Protección Social o la entidad determinada por las normas vigentes).*	
° 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 *(Adjunto certificado de convivencia y/o registro civil de matrimonio, cédula de ciudadania, certificado de contador público o certificado de Medicina Legal)*	
° Los padres y los hermanos del contribuyente que 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
Resgitro	1030711761	Jacobo Cubillos Bernal	3.6	Hijo
Registro	1030714091	Jerónimo Cubillos Bernal	2.3	Hijo

La anterior se firma el 31 del mes Julio del año

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.