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:	2	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

INGRESOS HONORARIOS :	$ 3,000,000
IVA 19%	
INGRESOS POR DESPLAZAMIENTO:	
TOTAL INGRESOS BASE IMPUESTO:	$ 3,000,000

POR DIAS	CANTIDAD DE DIAS	HONORARIOS
SI	30	$ 3,000,000.00

FACTURA: FECHA:

3-LIQUIDACION DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL

		ENTIDAD PROMOTORA
TOTAL (IBC):	$ 1,423,500	
PENSION 16% (valor aporte):	$ 227,800	Porvenir
SALUD 12,5% (valor aporte):	$ 178,000	Compensar Entidad Promotora de Salud
ARL RIESGO III 2,436% (valor aporte):	$ 34,700	Positiva Compañía de Seguros
TOTAL PAGO AL SISTEMA G.S.S.I.:	$ 440,500	

PAGO PLANILLA: VENCIDO

PLANILLA DE PAGO No.: 89652257 FECHA: 5 sep 2025

PLANILLA DE PAGO AJUSTE (Si aplica):

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		300,000
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	$	300,000

CONCEPTO	BASE	TARIFA	%
RETEICA	$ 3,000,000	0.866%	$ 25,980
RETEFUENTE	$ 2,025,000	40.66	$ -
RETEIVA			0
TOTAL IMPUESTO		$	25,980.00
TOTAL A PAGAR		$	2,974,020.00

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		Nombre supervisor	
Cargo		Cargo	
Dependencia		Dependencia	

6- INFORMACION RADICACION Y OBLIGACION

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

INSTRUCCIONES PARA DILIGENCIAMIENTO DEL FORMATO FOR-A09.2026-002

Tenga en cuenta que los espacios que se encuentran resaltados en color anaranjado claro , son de obligatorio diligenciamiento a excepción de las celdas de Factura y fecha de facturación que solo es obligatoria para los casos aplicables.

TIPO DE CERTIFICACIÓN: Seleccione si la cuenta pertenece a un pago parcial o final
CESION: Seleccione la opción "SI" si el contrato fue cedido, y "NO" en caso de no existir una cesión de
FEI: Seleccione la opción "SI" si usted hace parte del equipo del FEI (Fondo Especial para Investigaciones) y seleccione "NO" si no pertenece
SGR: Seleccione la opción "SI" si usted hace parte del SGR (Sistema General de Regalías), seleccione la opción "NO" en caso de no pertenecer

PARTE 1-INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO

NIT O CEDULA: Digite el número de documento de la persona que presentara el certificado de
CONTRATISTA: Digite el nombre de la persona que presentara el certificado de cumplimiento
CONTRATO No.: Digite el número de contrato al cual realizara el cobro INS-CPS-XXX-XXXX
FECHA DE INICIO: Digite la fecha de inicio del contrato (es la fecha en que se firma y se aprueba la poliza en
FECHA FINAL: Digite la fecha en la que finaliza el contrato
REGISTRO PRESUPUESTAL: Digite el número del registro presupuestal indicado en el cual se encuentra en el SECOP II, secion 6 (informacion presupuestal).
VALOR HONORARIOS: Digite el valor de los honorarios mensuales indicados en el contrato
PAGO NUMERO: Indique el número de pago al que pertenece la cuenta, ej:(**1** de 8)
DE: Indique el número de cuentas pactadas en el contrato, ej:(1 de **8**)

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

TIPO DE CONTRATO: Si es personal de apoyo seleccione la opción "APOYO" si usted es personal profesional, seleccione la opción "PROFESIONAL"
DECLARA RENTA: Seleccione la opción "SI" si usted es declarante de renta y la opción "NO" en caso
PENSIONADO: Seleccione la opcion "SI" si usted es pensionado y "NO" en caso contrario. La opción SI unicamente aplica para:

- Por edad: mujeres de 50 años en adelante y hombres de 55 años en adelante que nunca hayan aportado a Pensión.

- Por requisitos cumplidos: cotizantes con los requisitos cumplidos para pensión minima.

ANEXO CERTIFICADO DE INGRESOS: Seleccione la opción "SI" si usted se encuentra anexando a la cuenta el certificado de ingresos, de lo contrario seleccione la opción "NO"
RESPONSABLE DE IVA: Seleccione la opción "SI" si es responsable de IVA, de lo contrario seleccione la
INGRESOS POR DESPLAZAMIENTO: En caso de ser viaticante indique el valor de los ingresos por desplazamiento (viáticos) girados y legalizados en el mes al que pertenece la cuenta
POR DIAS: Seleccione la opción "SI" si está presentando una cuenta que incluye una fracción de los honorarios mensuales, de lo contrario seleccione la opción "NO"
CANTIDAD DE DIAS: Si en la opción anterior selecciono la opción "SI", indique en esta casilla el número de días laborados (la fracción que se encuentra cobrando en esta cuenta), de lo contrario deje la casilla en
FACTURA: Si de acuerdo a la normativa vigente usted debe realizar factura electrónica por favor indique el número de factura

FECHA: Si en la casilla anterior digito el número de factura, por favor indique en esta casilla la fecha de

PARTE 3-LIQUIDACION DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL

APORTE PENSION: Seleccione en la lista desplegable el fondo de pensiones al cual se encuentra cotizando (este dato debe coincidir con el fondo indicado en la planilla de pago)
APORTE SALUD: Seleccione en la lista desplegable la entidad promotora de salud a la cual se encuentra afiliado (este dato debe coincidir con la EPS indicado en la planilla de pago)
APORTE ARL: Seleccione en la lista desplegable la Aseguradora de Riesgos Laborales a la cual se encuentra afiliado (este dato debe coincidir con la ARL indicado en la planilla de pago)
PAGO PLANILLA: Indique si el pago de la planilla se realizó de forma vencida o anticipada eligiendo cada opción según corresponda
PLANILLA DE PAGO No.: Indique el número de planilla que adjunta con el certificado de cumplimiento para pagos de contrato de prestación de servicios
FECHA: Indique la fecha pago de la planilla que adjunta con el certificado de cumplimiento para pagos de contrato de prestación de servicios
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 APORTES VOLUNTARIOS): Seleccione la opción SI, si usted realiza aportes voluntarios al fondo de pensiones obligatorias, seleccione la opción NO, si usted no realiza aportes voluntarios al fondo de pensiones obligatorias, en caso de seleccionar la opción SI, digite en la casilla siguiente el valor de aportes voluntarios al fondo de pensiones obligatorias de acuerdo al Articulo 55 E.T.

PARTE 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: seleccione la opción SI si declara costos y deducciones al ingreso en la declaración de renta, seleccione la opción NO si no declara costos y
Diligencie la siguiente información de deducciones solo en caso de que le aplique.
INTERESES POR PRESTAMOS DE VIVIENDA: limte max. Mensual 100 uvt 4.979.900, correspondiente al año inmediatamente anterior: Si aplica para usted, digite el valor de la cuota mensual el valor de los intereses del credito de vivienda, el tope maximo corresponde a 100 UVT ($4.979.900), este valor corresponde unicamente el valor mensual y no al total del valor pagado en el año
PREPAGADA O SEGURO SALUD O PLAN COMPLEMENTARIO: Digite el valor mensual de aportes a medicina prepagada, seguro de salud o plan complementario,
DEPENDIENTE: Seleccione la opción "SI" si cuenta con dependientes económicos, en caso contrario seleccione la opción "NO"
APORTES 30%: Digite el valor mensual de aportes a Aportes Voluntarios a Pensión no superiores al 30%
APORTES 30%: Digite el valor mensual de aportes a AFC superiores al 30%

FIRMA CONTRATISTA: Firma del contratista
FIRMA: Firma del supervisor del contrato
NOMBRE SUPERVISOR: Nombre del supervisor del contrato
CARGO: Cargo del supervisor del contrato
DEPENDENCIA: Dependencia del supervisor del contrato