

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:

APOYO

DECLARA RENTA:

SI

PENSIONADO:

NO

ANEXO CERTIFICADO DE INGRESOS

NO

RESPONSABLE DE IVA

NO

INGRESOS HONORARIOS :

\$ 3,000,000

IVA 19%

INGRESOS POR DESPLAZAMIENTO:

TOTAL INGRESOS BASE IMPUESTO:

\$ 3,000,000

POR DIAS

SI

CANTIDAD DE DIAS

30

HONORARIOS

\$ 3,000,000.00

FACTURA:

FECHA:

3-LIQUIDACION DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL

TOTAL (IBC):

\$ 1,423,500

PENSION 16% (valor aporte):

\$ 227,800

SALUD 12,5% (valor aporte):

\$ 178,000

ARL RIESGO III 2,436% (valor aporte):

\$ 34,700

TOTAL PAGO AL SISTEMA G.S.S.I.:

\$ 440,500

ENTIDAD PROMOTORA

Porvenir

Compensar Entidad Promotora de Salud

Positiva Compañía de Seguros

PAGO PLANILLA

VENCIDO

PLANILLA DE PAGO No.

89652257

PLANILLA DE PAGO AJUSTE (Si aplica)

FECHA

5 sep 2025

Realice Aportes Voluntarios al Fondo de Pensiones Obligatorias de acuerdo al Artículo 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, Artículo 9 y 11)

NO

DERECHOS DE DEDUCCIÓN	VALOR	MES	VALOR A DEDUCIR	CONCEPTO	BASE	TARIFA	%
a. % INTERESES POR PRESTAMOS DE VIVIENDA: límite max. Mensual 100 uvt 4.979.900, correspondiente al año inmediatamente anterior.		1	-	RETEICA	\$ 3,000,000	0.866%	\$ 25,980
b. PREPAGADA o SEGURO SALUD O PLAN COMPLEMENTARIO: límite max. Mensual 16 uvt 796.784, correspondiente al año inmediatamente anterior.		1	-	RETEFUENTE	\$ 2,025,000	40.66	\$ -
c. DEPENDIENTE: límite max. Mensual 32 uvt 1.593.568 correspondiente al mes pagado	SI		300,000	RETEIVA			0
d. APORTES: (Volunt. Pensiones) voluntarias No superior al 30% de los ingresos correspondiente al mes pagado 3800/189.236.200			-	TOTAL IMPUESTO		\$	25,980.00
e. APORTES: (AFC) No superior al 30% de los ingresos correspondiente al mes pagado 189.236.200			-	TOTAL A PAGAR		\$	2,974,020.00
DERECHOS DE DEDUCCIÓN	VALOR	\$	300,000	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 cumple 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

Cargo

Coordinadora GACC

Dependencia

Gacc

Nombre supervisor

Cargo

Dependencia

6- INFORMACION RADICACION Y OBLIGACION

Radicado No:

Obligación No:

Fecha radicado No:

Fecha Radicación (SILF):

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, seccion 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 opción "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 Artículo 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