PROCESO GESTION FINANCIERA	CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO PARA PAGO DE CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS	Versión: 13
	FOR-A09.2026-002	2026-01-29

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

1-INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO

No. NIT o CÉDULA:	1,010,178,932	CONTRATISTA:	CRHISTIAN CAMILO CUBILLOS ROMERO
CELULAR	3006800756		
CONTRATO No.:	INS-CPS-097-2026	FECHA INICIO:	23/01/2026
		FECHA FINAL:	31/08/2026
REGISTRO PRESUPUESTAL:	41826	VALOR HONORARIOS:	$ 7,780,000
		PAGO NUMERO:	1 DE 8

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 :	$ 2,074,667
IVA 19%	
INGRESOS POR DESPLAZAMIENTO:	
TOTAL INGRESOS BASE IMPUESTO:	$ 2,074,667

POR DIAS	CANTIDAD DE DIAS	HONORARIOS
SI	8	$ 2,074,667.00

FACTURA: | FECHA:

3-LIQUIDACION DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL

		ENTIDAD PROMOTORA
TOTAL (IBC):	$ 3,112,000	
PENSION 16% (valor aporte):	$ 132,800	Porvenir
SALUD 12,5% (valor aporte):	$ 103,700	Compensar Entidad Promotora de Salud
ARL RIESGO III 2,436% (valor aporte):	$ 20,200	ARL Sura
TOTAL PAGO AL SISTEMA G.S.S.I.:	$ 256,700	

PAGO PLANILLA: ANTICIPADO

PLANILLA DE PAGO AJUSTE (Si aplica): 46768844 | FECHA: 4/02/2026

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

Se encuentra inscrito en el Régimen Simple de Tributación - RST (Adjuntar RUT actualizado (NO MAYOR A 180 DÍAS)	SI
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
a. % INTERESES POR PRESTAMOS DE VIVIENDA: limte max. Mensual 100 uvt 5.237.400, correspondiente al año inmediatamente anterior.		1	-
b. PREPAGADA o SEGURO SALUD O PLAN COMPLEMENTARIO: limte max. Mensual 16 uvt 837.984, correspondiente al año inmediatamente anterior.		1	-
c. DEPENDIENTE: limte max. Mensual 32 uvt 1.675.968 correspondiente al mes pagado			-
d. APORTES: (Volunt. Pensiones) voluntarias No superior al 30% de los ingresos correspondiente al mes pagado 3800/199.021.200	-		-
e. APORTES: (AFC) No superior al 30% de los ingresos correspondiente al mes pagado 199.021.200			
DERECHOS DE DEDUCCIÓN	VALOR	$	-

CONCEPTO	BASE	TARIFA	%
RETEICA	$ 1,838,167	0.766%	$ -
RETEFUENTE	$ 1,363,475	-	$ -
RETEIVA	$ -	0%	
TOTAL IMPUESTO		$	-
TOTAL A PAGAR		$	2,074,667.00

RETEFUENTE VOLUNTARIA	NO	

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	Yalena Mosquera Bahamón
Cargo	Profesional Especializado
Dependencia	DVARSP - Grupo de Enfermedades no Transmisibles

Nombre supervisor	
Cargo	
Dependencia	

6- INFORMACION RADICACION Y OBLIGACION

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

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	1010178932	CRHISTIAN CAMILO CUBILLOS ROMERO	Cra 69q No 75-28	3006800756	cccubillosr@gmail.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	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2026-01	2026-01	I	04/02/2026	46768844	$541.800	

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	218.900	0		0		0	0	0	0	218.900	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
230301	Porvenir	800224808-8	280.200	0	0	0	0	0	0		280.200	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	42.700				42.700	0	0	42.700			427	42.700	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	218.900	218.900
Pensión	1	280.200	280.200
Riesgos Laborales	1	42.700	42.700
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	541.800	541.800

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	1010178932	CRHISTIAN CAMILO CUBILLOS ROMERO		Cra 69q No 75-28	3006800756	cccubillosr@gmail.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	
2026-01	2026-01	I	04/02/2026	46768844	$541.800	

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	Estornudo	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	1010178932	CUBILLOS ROMERO CRHISTIAN CAMILO	59	0			N								X								230301	1.750.905	280.200	0	0	0	0	EPS008	1.750.905	218.900	14-11	1.750.905	3	42.700		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

(1) Contrato No.	**INS-CPS-097-2026**		
(2) Nombre del Contratista:	CRHISTIAN CAMILO CUBILLOS ROMERO		
(3) Cargo del supervisor:	PROFESIONAL ESPECIALIZADO		
(4) Interventoría si ☐ no ■ Nombre:	N / A		
(5) Correo del supervisor y/o del Interventor (si aplica)	ymosquera@ins.gov.co		
(6) Objeto del contrato:	Prestar Servicios Profesionales Especializados orientados a ejecutar acciones de vigilancia en salud pública de eventos relacionados con la salud nutricional en las entidades territoriales priorizadas.		
(7) Fecha de inicio:	23/01/2026	**(8) Fecha Terminación:**	31/08/2026
(9) Período objeto del informe:	Enero de 2026		

(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. Presentar dentro de los cinco (5) días siguientes al inicio del contrato, el cronograma de actividades	Se elaboró un cronograma de actividades del contrato	Cronograma de actividades del contrato. ***Disponible en:*** 1_Cronograma	Verificado
2. Depurar, ajustar y entregar para almacenamiento las bases de datos del evento asignado, por semana epidemiológica según cronograma establecido por la DVARSP	Depuración base de datos diaria La Guajira: 28/01/2026, 29/01/2026, 30/01/2026. Elaboración de productos rutinarios para el evento de desnutrición aguda SE 03 de 2026 Consolidación, revisión y verificación de Búsqueda Activa Institucional de las ET Chocó, Sucre y Risaralda: SE 51, 52 y 53 de 2025 y 1, 2 y 3 de 2026	Bases de datos de SE 03 de 2026 de MSPS, ICBF, Supersalud y Prosperidad social. ***Disponible en:*** SE 03 Cuadro municipios MSPS de SE 03 de 2026. ***Disponible en:*** SE 03 Cuadro de Procuraduría y población Wayuú SE 03 de 2026. ***Disponible en:*** SE 03 Bases de datos de depuración diaria La Guajira. ***Disponible en:*** La_Guajira Búsqueda Activa Institucional (BAI) de las ET Chocó, Sucre y Risaralda, consolidadas y con solicitudes de revisión de casos y verificación del cumplimiento con la definición operativa de caso a la ET. Disponible en: BAI	Verificado
3. Realizar los informes e infografías del evento asignado según cronograma y metodología establecidos por la DVARSP	No requerido en el periodo objeto del informe	No requerido en el periodo objeto del informe	No requerido en el periodo objeto del informe
4. Realizar la programación y desarrollo de las asistencias técnicas requeridas (virtual o presencial), presentar los informes correspondientes y	No requerido en el periodo objeto del informe	No requerido en el periodo objeto del informe	No requerido en el periodo objeto del informe

realizar seguimiento oportuno a los compromisos durante la ejecución del contrato, conforme a lo establecido por la DVARSP.			
5. Participar en las reuniones técnicas y otras actividades necesarias para la gestión del evento asignado; consolidar la información de reuniones en el mecanismo establecido y garantizar la generación de los soportes correspondientes	Asistencia a las siguientes reuniones: * Reunión de equipo Enfermedades no transmisibles (27/01/2026) * Comité de desaceleración de la mortalidad y morbilidad por desnutrición aguda, ET Chocó (29/01/2026)	Se asistió a las siguientes reuniones: * Reunión de equipo Enfermedades no transmisibles (27/01/2026) * Comité de desaceleración de la mortalidad y morbilidad por desnutrición aguda, ET Chocó (29/01/2026) ***Disponible en:*** 5_Reuniones	Verificado
6. Apoyar la implementación y desarrollo de la búsqueda activa institucional nutricional en los territorios priorizados	Consolidación, revisión y verificación de Búsqueda Activa Institucional de Chocó, Sucre, y Risaralda: SE 51, 52 y 53 de 2025 y 1, 2 y 3 de 2026	BAI de las ET Chocó, Sucre y Risaralda, consolidadas y con solicitudes de revisión de casos y verificación del cumplimiento con la definición operativa de caso a la ET. ***Disponible en:*** 6_BAI	Verificado
7. Responder en los plazos establecidos a las situaciones relacionadas en la matriz del sistema de alerta temprana (monitoreo de medios, comportamientos inusuales, requerimientos CNE, monitoreo de poblaciones especiales, situaciones de emergencia) y consolidar la matriz de seguimiento, conforme a lo establecido por la DVARSP, cuando estos se presenten.	Diligenciamiento de cuadro de mando de comportamientos inusuales evento desnutrición aguda moderada y severa SE 03 de 2026. Diligenciamiento de cuadro de mando de poblaciones especiales a SE 03 de 2026.	Cuadro de mando de comportamientos inusuales evento desnutrición aguda moderada y severa SE 03 de 2026. Cuadro de mando de poblaciones especiales SE 03 de 2026. ***Disponible en:*** 7_SAT	Verificado
8. Asistir a los Comités Operativos de Vigilancia Epidemiológica – COVE semanales de la DVARSP e informar las situaciones sobre el evento asignado durante dicha reunión cuando se requiera	Asistencia al COVE Nacional correspondiente a la SE 04 de 2026	Asistencia al COVE Nacional correspondiente a la SE 04 de 2026 ***Disponible en:*** 8_COVE	Verificado
9.Apoyar en la atención a brotes, epidemias, emergencias y desastres que se presenten en salud publica en el territorio nacional y liderar los reportes de situación - SITREP y de brote de los eventos asignados.	No requerido en el periodo objeto del informe	No requerido en el periodo objeto del informe	No requerido en el periodo objeto del informe
10. Asumir la disponibilidad que se requiera, ante la activación del Centro de Operaciones de Emergencias en Salud Pública COE-ESP o de una de sus secciones, y realizar las actividades asignadas en el Plan de Acción del Incidente.	No requerido en el periodo objeto del informe	No requerido en el periodo objeto del informe	No requerido en el periodo objeto del informe

11.Colaborar a petición del supervisor en la elaboración y presentación oportuna de los informes solicitados por la DVARSP u otras áreas, dentro de ellas el proceso de vigilancia basada en comunidad para el evento. Así como atender oportunamente las solicitudes de información requerida.	No requerido en el periodo objeto del informe	No requerido en el periodo objeto del informe	No requerido en el periodo objeto del informe
12.Las demás que emanen de la naturaleza del contrato y que sean necesarias para el desarrollo eficiente del mismo.	No requerido en el periodo objeto del informe	No requerido en el periodo objeto del informe	No requerido en el periodo objeto del informe

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	Durante el periodo se desarrollaron los productos sin contratiempos, por cuanto no se ha materializado el riesgo
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	Los productos durante el periodo se han realizado conforme a lo requerido por cuanto no se han presentado defectos

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	No se han identificado cambios regulatorios, ni tributarios, ni administrativos durante el periodo ejecutado
4	General	Externo	Ejecución	Riesgos Sociales o Políticos	Problemas de orden público que afecten los desplazamientos	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	Durante el periodo no se presentaron problemas de orden público que afectara la ejecución del contrato

% DE AVANCE ACUMULADO	**3,4%**

(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:	Los soportes correspondientes a los productos se encuentran en el siguiente drive: 01_Enero

(13) En constancia, firmo:

YALENA MOSQUERA BAHAMÓN
Supervisor

(14) Lugar y Fecha: Bogotá, D. C., 04 de febrero de 2026

NUMERO DE CONTRATO	INS-CPS-097-2026		**NOMBRE DEL CONTRATISTA**	Crhistian Camilo Cubillos Romero	
OBJETO DEL CONTRATO	Prestar Servicios Profesionales Especializados orientados a ejecutar acciones de vigilancia en salud pública de eventos relacionados con la salud nutricional en las entidades territoriales priorizadas.				
PERIODO DEL INFORME	**DESDE:**	23 de enero		**HASTA:**	31 de enero

DESCRIPCIÓN DEL AVANCE

1. **Presentar dentro de los cinco (5) días siguientes al inicio del contrato, el cronograma de actividades**
   - Elaboración del Cronograma de actividades del contrato.

Los archivos de la gestión se encuentran ubicados en el Drive: 1_Cronograma

2. **Depurar, ajustar y entregar para almacenamiento las bases de datos del evento asignado, por semana epidemiológica según cronograma establecido por la DVARSP**
   - Depuración base de datos diaria La Guajira: 28/01/2026, 29/01/2026, 30/01/2026.
   - Elaboración de productos rutinarios para el evento de desnutrición aguda SE 03 de 2026
   - Consolidación, revisión y verificación de Búsqueda Activa Institucional de las ET Chocó, Sucre y Risaralda: SE 51, 52 y 53 de 2025 y 1, 2 y 3 de 2026

Los archivos de la gestión se encuentran ubicados en el Drive: 2_Bases_de_datos

3. **Realizar los informes e infografías del evento asignado según cronograma y metodología establecidos por la DVARSP**
   - No requerido en el periodo objeto del informe

4. **Realizar la programación y desarrollo de las asistencias técnicas requeridas (virtual o presencial), presentar los informes correspondientes y realizar seguimiento oportuno a los compromisos durante la ejecución del contrato, conforme a lo establecido por la DVARSP.**
   - No requerido en el periodo objeto del informe

5. **Participar en las reuniones técnicas y otras actividades necesarias para la gestión del evento asignado; consolidar la información de reuniones en el mecanismo establecido y garantizar la generación de los soportes correspondientes**

Asistencia a las siguientes reuniones:
- Reunión de equipo Enfermedades no transmisibles (27/01/2026)
- Comité de desaceleración de la mortalidad y morbilidad por desnutrición aguda, ET Chocó (29/01/2026)

Los archivos de la gestión se encuentran ubicados en el Drive: 5_Reuniones

6. **Apoyar la implementación y desarrollo de la búsqueda activa institucional nutricional en los territorios priorizados**

- Consolidación, revisión y verificación de Búsqueda Activa Institucional de Chocó, Sucre, y Risaralda: SE 51, 52 y 53 de 2025 y 1, 2 y 3 de 2026

Los archivos de la gestión se encuentran ubicados en el Drive: 6_BAI

7. **Responder en los plazos establecidos a las situaciones relacionadas en la matriz del sistema de alerta temprana (monitoreo de medios, comportamientos inusuales, requerimientos CNE, monitoreo de poblaciones especiales, situaciones de emergencia) y consolidar la matriz de seguimiento, conforme a lo establecido por la DVARSP, cuando estos se presenten.**

- Diligenciamiento de cuadro de mando de comportamientos inusuales evento desnutrición aguda moderada y severa SE 03 de 2026.
- Diligenciamiento de cuadro de mando de poblaciones especiales a SE 03 de 2026.

Los archivos de la gestión se encuentran ubicados en el Drive: 7_SAT

8. **Asistir a los Comités Operativos de Vigilancia Epidemiológica – COVE semanales de la DVARSP e informar las situaciones sobre el evento asignado durante dicha reunión cuando se requiera.**
   - Asistencia al COVE Nacional correspondiente a la SE 04 de 2026

Los archivos de la gestión se encuentran ubicados en el Drive: 8_COVE

9. **Apoyar en la atención a brotes, epidemias, emergencias y desastres que se presenten en salud publica en el territorio nacional y liderar los reportes de situación - SITREP y de brote de los eventos asignados.**
   - No requerido en el periodo objeto del informe

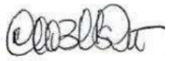
10. **Asumir la disponibilidad que se requiera, ante la activación del Centro de Operaciones de Emergencias en Salud Pública COE-ESP o de una de sus secciones, y realizar las actividades asignadas en el Plan de Acción del Incidente.**
    - No requerido en el periodo objeto del informe

11. **Colaborar a petición del supervisor en la elaboración y presentación oportuna de los informes solicitados por la DVARSP u otras áreas, dentro de ellas el proceso de vigilancia basada en comunidad para el evento. Así como atender oportunamente las solicitudes de información requerida.**
    - No requerido en el periodo objeto del informe

12. **Las demás que emanen de la naturaleza del contrato y que sean necesarias para el desarrollo eficiente del mismo.**
    - No requerido en el periodo objeto del informe

PRODUCTOS MES DE ENERO 2026: "01_Enero" ubicados en el Drive que está a cargo del grupo No Transmisibles.

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



Crhistian Camilo Cubillos Romero

Salud / Instituto Nacional de Salud	PROCESO GESTIÓN FINANCIERA	CERTIFICADO DE INGRESOS	Versión: 21
		FOR-A09.0000-013	2026-01-29

DECLARACION JURAMENTADA

Yo, **CRHISTIAN CAMILO CUBILLOS ROMERO** , identificado con **Cédula de Ciudadanía** No. **1,010,178,932** de **Bogotá D.C.** , 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-097-2026

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 $ 69.718.600 A 31 de diciembre de 2025. * Mi patrimonio bruto excedió 4.500 UVT o $ 224.095.000 * Ingresos brutos, o los consumos mediante tarjeta de crédito, o el valor total de compras y consumos, o el valor total acumulado de consignaciones bancarias, depósitos o inversiones financieras no excedan o superen 1.400) UVT, en pesos $ 69.718.600	**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 2025 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 2025 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)*	
	° 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)* .
	NO

Relación de Dependientes

Tipo Doc.	Numero de Documento	Nombres y apellidos	Edad	Parentesco

La anterior se firma el 3 del mes Febrero del año 2026



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.

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 1 3 Actualización de oficio

4. Número de formulario 141133045269

(415)7707212489984(8020) 000014113304526 9

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 0 1 0 1 7 8 9 3 2	1	Impuestos de Bogotá 3 2	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1 0 1 0 1 7 8 9 3 2	

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
CUBILLOS	ROMERO	CRHISTIAN	CAMILO

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

41. Dirección principal: CR 69 Q 7528

42. Correo electrónico: cccubillosr@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 0 0 6 8 0 0 7 5 6	

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
7 4 9 0	2 0 1 9 1 1 0 1	8 6 9 9	2 0 1 9 1 1 0 1	8 6 9 2				

Responsabilidades, Calidades y Atributos

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código	5																									

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

Usuarios aduaneros

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54. Código										
	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores

55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
		57. Modo			
		58. CPC			

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre ACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA

985. Cargo

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO