Salud / Instituto Nacional de Salud	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-INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO

No. NIT o CÉDULA:	1.032.365.678	CONTRATISTA:	Angélica María Olaya Murillo		
CELULAR	3012853676				
CONTRATO No.:	NS-CPS-148-2026	FECHA INICIO:	2/2/26	FECHA FINAL:	31/8/26
REGISTRO PRESUPUESTAL:	52626	VALOR HONORARIOS:	$ 6.500.000	PAGO NUMERO:	1 DE 7

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	NO	NO

		POR DIAS	CANTIDAD DE DIAS	HONORARIOS
INGRESOS HONORARIOS :	$ 6.283.333	SI	29	$ 6.283.333,00
IVA 19%				
INGRESOS POR DESPLAZAMIENTO:				
TOTAL INGRESOS BASE IMPUESTO:	$ 6.283.333	FACTURA:	NA	FECHA: NA

3-LIQUIDACION DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL

		ENTIDAD PROMOTORA
TOTAL (IBC):	$ 2.600.000	
PENSION 16% (valor aporte):	$ 402.133	Administradora Colombiana de Pensiones Colpensiones
SALUD 12,5% (valor aporte):	$ 314.167	Compensar Entidad Promotora de Salud
ARL RIESGO III 2,436% (valor aporte):	$ 61.225	Positiva Compañía de Seguros
TOTAL PAGO AL SISTEMA G.S.S.I.:	$ 777.525	

PAGO PLANILLA			
ANTICIPADO	53102068	FECHA	19/2/26
PLANILLA DE PAGO AJUSTE (Si aplica)	65085980		6/3/26

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)	NO
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

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	$ 5.567.033	0,766%	$ 42.643
RETEFUENTE	$ 5.505.808	0,11	$ 606.000
RETEIVA	$ -	0%	
TOTAL IMPUESTO			$ 648.643
TOTAL A PAGAR			$ 5.634.689,53

RETEFUENTE VOLUNTARIA	SI	

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

Angélica Olaya

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.

11%

Nombre supervisor	Ángela Lilian Albarracín	Nombre supervisor	
Cargo	Profesional Especializado grado 22	Cargo	
Dependencia	ONS	Dependencia	

6- INFORMACION RADICACION Y OBLIGACION

Radicado No:	1	Obligación No:	1
Fecha radicado No:	2/2/26	Fecha Radicación (SIIF):	2/2/26