

TIPO DE CERTIFICACION:
 CESION:
 FEI:
 SGR:

1-INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO

No. NIT o CÉDULA:	1.047.345.606	CONTRATISTA:	GERMAN HAMIT YOUNES GLEN
CELULAR:	3114839862	FECHA INICIO:	2026/01/20
CONTRATO No.:	INS-CP5-023-2026	FECHA FINAL:	2026/08/31
REGISTRO PRESUPUESTAL:	33626	VALOR HONORARIOS:	\$ 7.000.000
		PAGO NUMERO:	5 DE 8

2- RESUMEN VALORES GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

TIPO CONTRATO:	PENSIONADO:	RESPONSABLE DE IVA
PROFESIONAL	NO	NO
INGRESOS HONORARIOS:	\$ 7.000.000	POR DIAS:
IVA 19%:		NO
INGRESOS POR DESPLAZAMIENTO:		CANTIDAD DE DIAS:
TOTAL INGRESOS BASE IMPUESTO:	\$ 7.000.000	HONORARIOS:
		\$ 7.000.000,00
		FACTURA:
		FECHA:

3-LIQUIDACION DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL

TOTAL (IBC):	\$ 2.800.000	PAGO PLANILLA
PENSION 16% (valor aporte):	\$ 448.000	VENCIDO
SALUD 12,5% (valor aporte):	\$ 350.000	
ARL RIESGO III 2,436% (valor aporte):	\$ 68.200	
TOTAL PAGO AL SISTEMA G.S.S.I.:	\$ 866.200	

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)

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)

Declara costos y deducciones asociados al ingreso en la declaración de renta (Decreto 2231 del 22 de diciembre de 2023, Artículo 9 y 11).

DERECHOS DE DEDUCCIÓN	VALOR	MES	VALOR A DEDUCIR
a. % INTERESES POR PRESTAMOS DE VIVIENDA: límite max. Mensual 100 uvt 5.237.400, correspondiente al año inmediatamente anterior.		1	-
b. PREPAGADA o SEGURO SALUD O PLAN COMPLEMENTARIO: límite max. Mensual 16 uvt 837.994, correspondiente al año inmediatamente anterior.		1	-
c. DEPENDIENTE: límite max. Mensual 32 uvt 1.675.968 correspondiente al mes pagado	NO		-
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	\$ 7.000.000	0,766%	\$ 53.620
RETEFUENTE	\$ 5.250.000	1,00	\$ 52.000
RETEIVA	-	0%	
TOTAL IMPUESTO			\$ 105.620
TOTAL A PAGAR			\$ 6.894.380,00

RETEFUENTE VOLUNTARIA

5. FIRMAS

Bajo la gravedad de juramento, certifico que cumpla 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 cumplió 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: JUAN RUBIANO FERNANDEZ
 Cargo: PROFESIONAL
 Dependencia: GESTION ADMINISTRATIVA

Nombre supervisor: _____
 Cargo: _____
 Dependencia: _____