República de Colombia Ministerio de Educación Nacional INSOR Instituto Nacional para Sordos Todos por un nuevo país para la Población Sorda Colombiana	**PROCESO GESTION FINANCIERA**	**CÓDIGO: FOGF27**
	FORMATO CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO - CONTRATOS DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES O DE APOYO A LA GESTIÓN (PERSONA NATURAL O PERSONA JURIDICA)	**VERSIÓN: 02**
		FECHA: 25/08/2021

Dependencia / Grupo:	Subdirección de Gestión Educativa	**Pago No:**	1	**Total de pagos**	12
				Pago Final	**NO**

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRATISTA / EJECUTOR					
Ciudad	BOGOTÁ		**Fecha de presentación(dd-mm-año)**		1/3/2022
Nombres ó Razón Social:	JORGE ANDRES MARTINEZ CASTIBLANCO		**Identificación:**	**Cédula de Ciudadanía**	80.904.513 de Bogotá
Teléfono	80.904.513 de Bogotá		**Correo electrónico**		jorge.martinez.castiblanco@gallaudet.edu

INFORMACIÓN DEL CONTRATO						
No Contrato	104-2022	**Mes a pagar o fracción de mes a pagar:**	**Mes**	Febrero		
			En caso de fracción indicar el número de días a pagar			
Fecha del contrato	27/1/2022	**Fecha de acta de inicio:**	1/2/2022	**Fecha de terminación (Se debe tener en cuenta las prórrogas, si hay lugar a ello)**	31/12/2022	
Responsabilidad del Contribuyente DIAN	Responsabilidad 49 - No responsable de IVA	**Novedades del periodo a pagar**	Sin novedades		**Desde (D/M/A)**	**Hasta (D/M/A)**

Prestar servicios profesionales para apoyar el desarrollo de procesos de cualificación de agentes educativos para la implementación de la oferta bilingüe y bicultural en el marco de las trayectorias educativas completas, con énfasis en la gestión lingüística y comunitaria.

AVANCE DE LAS OBLIGACIONES ESPECIFICAS DEL CONTRATO

OBLIGACION CONTRACTUAL	ACTIVIDADES INICIADAS Y/O REALIZADAS EN ESTE PERIODO (Indicar fechas de realización)	SOPORTES O EVIDENCIAS DE CADA ACTIVIDAD	VERIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DEL SUPERVISOR
1. Proporcionar aportes para el diseño de una estrategia de cualificación de miembros de las comunidades educativas de instituciones educativas focalizadas a partir de la articulación de las gestiones lingüística y comunitaria dentro de sus propuestas pedagógicas.	Durante este periodo no se desarrollaron acciones relacionadas con esta obligacion	N.A.	N.A.
2. Soportar las acciones requeridas para la aplicación y seguimiento de la estrategia de cualificación de actores diseñada, en las instituciones educativas focalizadas con énfasis en el desarrollo lingüístico y comunitario en articulación con la propuesta pedagógica.	2.1 Realicé la observación de video del INSOR: Oferta Educativa Bilingüe Bicultural para Sordos. 2.2 Realicé la mitad observación en la "Relación de la educación inclusiva con la EBBS_Lengua de Señas Colombiana_Asesoría" en el video del INSOR. 2.3 Asistí y participé en la reunión de la contextualizacion de la asesoría y asistencia técnica de ocho ciudades: Cucuta, Cartagena, Barranquilla, Cali, Neiva, Ibagué, Bogotá, Villavicencio y Santa Marta 2.4 Asistí y participé en la reunión de proceso legislativo y administrativo relacionado con el tema de educación Bilingüe Bicultural para Sordos. 2.5 Asistí y participé en la reunión sobre la experiencia del ICFES-INSOR. 2.6 Asistí y participé en la reunión sobre la Educación Superior, en términos de impacto, proyecciones y producción documental. 2.7 Asistí y participé en la reunión de aportar a la retroalimentación del plan de trabajo grupal. 2.8 Asistí en la reunión sobre Plan Operativo de la SGE 2.9 Realice la lectura de OEBBS (10 % en avance) 2.10 Asistí y participé en la actividad del esfiuerzo lo que hemos aprendido durante todas las reuniones. 2.11 Asistí y participé en la capacitacion de programa OBS (Open Broadcaster Software) con la presencia del capacitador Alejandro Marquez.	2.1 Youtube del INSOR: Oferta educativa bilingüe bicultural para sordos en Lengua de señas Colombiana_Asesoría 2.2 Youtube del INSOR: Relación de la educación inclusiva con la EBBS_Lengua de Señas 2.3.1 Acta de contexto Cucuta 2.3.2 Acta de contexto Cartagena 2.3.3 Acta CALI 2.3.4 Acta febrero 11 Contexto Barranquilla 2.3.5 Acta febrero 15 Contexto Villavicencio.pdf 2.3.6 Acta de contexto Bogota 2.3.7 Acta NEIVA 2.3.8 Acta 14 feb contexto Santa Marta 2.3.9 Acta 15-02-2022 Contexto focalizada Ibagué 2.4 Acta de proceso leigislativo y administrativo EBBS 2.5 Acta de ICFES 2.6 Acta de Educación Superior 2.7 Acta de retroalimentacion y recopliacion de informacion 2.8 Acta 08-02-2022 Plan operativo 2.9 Documento OEBBS 2.10 Acta 23 feb reunión de refuerzo 2.11 Acta 25 feb Uso OBS	Se evidencia que el contratistas relaciona y adjunta las evidencias de las reuniones en las que participo, asi como los documentos de estudio.

3. Apoyar el desarrollo de acciones de asesoría y asistencia técnica programadas por el INSOR, para la comprensión o consolidación de propuestas de educación bilingüe bicultural en las trayectorias educativas completas	Durante este periodo no se desarrollaron acciones relacionadas con esta obligacion	N.A.	N.A.
4. Acompañar los procesos de los procesos de cualificación interna del equipo de trabajo de la subdirección.	Durante este periodo no se desarrollaron acciones relacionadas con esta obligacion	N.A.	N.A.
5. Aportar insumos requeridos para la estructuración de documentos de trabajo de la Subdirección de Gestión Educativa que contribuyan al mejoramiento de la calidad educativa a cargo del INSOR.	Durante este periodo no se desarrollaron acciones relacionadas con esta obligacion	N.A.	N.A.
Firma del Contratista:			**Firma del Supervisor:**

DECLARACION JURAMENTADA ANEXOS Y DEDUCCIONES DEL CONTRATISTA

En mi calidad de Contratista, identificado como aparece al pie de mi firma, declaro bajo la gravedad de juramento que se entiende prestado con la suscripción del presente documento, que la información suministrada como soporte de cumplimiento de las obligaciones con el Sistema de Seguridad Social Integral, de las demás obligaciones y aquella que me permite obtener deducciones y rentas exentas para aplicar en el contrato de prestación de servicios suscrito con el Instituto Nacional para Sordos-INSOR, es veraz, cierta y fidedigna.

Declaro también bajo la gravedad de juramento que ante cualquier novedad relacionada con los soportes de las deducciones, serán informadas en el mes en que ocurra.

Declaro bajo la gravedad de juramento que el soporte de pago de Seguridad Social Integral que aporto según planila No. _____, corresponde al pago del mes de _____, del contrato de prestación de servicios No. 104 suscrito con el Instituto Nacional para Sordos-INSOR. (Esto solo aplica para pesonas naturales).

Declaro bajo la gravedad de juramento estar al día en los aportes al Sistema de Seguridad Social Integral y que todo el personal que participa en la ejecución del contrato No. _____, inclusive aquellos vinculados mediante contratos de prestación de servicios cumplen con las obligaciones referidas a dicho sistema. (Esto solo aplica para personas jurídicas).

Para efectos de disminuir mi base de retención en la fuente a titulo de renta (Art. 387 E.T) sobre los valores cobrados, se adjuntan los siguientes documentos:

Planilla Estado PAGADO (A) Aportes Salud Pensión ARL	NO	**Certificado de dependientes con anexos**	NO	**Certificado de cuentas de ahorro y pago de aporte mensual para fomento de la construcción -AFC y/o Pensiones Voluntarias**	NO
Certificado de afiliación seguridad social (Aplica unicamente para primer pago, sólo adjuntar los certificados en caso de no adjuntar la planilla)	SI	**Certificado por prestamo para adquisicion de vivienda** (Año anterior)	NO	**Entidad a consignar los valores correspondientes a Pensiones voluntarias o AFC**	
Indique la modalidad de la presentación de la planilla de seguridad Social durante la ejecución del contrato (Se sugiere NO cambiar la modalidad durante el plazo de ejecución del presente contrato)	Vencida	**Comprobante de pago mensual de Medicina Prepagada**	NO	**Valor a descontar por AFC o Pensiones Voluntarias** (Indique el valor en numeros)	
Facturación Electrónica	NO	**Es pensionado**	NO	**Certificación de pago de parafiscales** (personas jurídicas)	

Como contratista persona natural, he vinculado dos (2) o más trabajadores o contratistas asociados a la actividad ☐ Si ☑ No

Mis ingresos como contratista del Estado superan las 4.000 UVT ☐ Si ☑ No

Soy responsable de Facturación Electrónica ☐ Si ☑ No

Como persona natural solicito la aplicación de una tarifa de retención en la fuente superior de acuerdo al parágrafo 3, Art 383 del Estatuto tributario, la cual se solicita sea aplicada a partir del mes siguiente a la presentación de la esta cuenta de cobro. ○ Si ◉ Tarifa Adicional_____.

FIRMA DEL CONTRATISTA BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO

NOMBRE DEL CONTRATISTA: JORGE ANDRES MARTINEZ CASTIBLANCO

Correo personal: jorge.martinez.castiblanco@gallaudet.edu

C.C: 80.904.513 de Bogotá

INFORMACIÓN FINANCIERA DEL CONTRATO O CONVENIO		
VALOR A PAGAR EN ESTE MES	Valor antes IVA	$ 3.900.000
	IVA	$ -
	Valor total	$ 3.900.000

Valor inicial contrato	$ 42.900.000
Adición (en el caso de que aplique)	$ -
Reducción (indicar el valor mencionado en el acto administrativo)	
Valor Total:	$ 42.900.000
Total Ejecutado	$ 3.900.000
Saldo	$ 39.000.000
Porcentaje de Ejecución	
Porcentaje de Ejecución física	8%
Porcentaje de Ejecución presupuestal	9%

Nota: Los porcentajes de ejecución incluyen el mes que se está cobrando en este formato

Valores pagados meses anteriores (no incluye el valor del mes que se esta cobrando. Si es responsable de IVA, se debe incluir el valor incluido IVA)					
Pago No. 1	Pago No. 2	Pago No. 3	Pago No. 4	Pago No. 5	Pago No. 6
Pago No. 7	Pago No. 8	Pago No. 9	Pago No. 10	Pago No. 11	Pago No. 12
Pago No. 13	Pago No. 14	Pago No. 15	Pago No. 16	Pago No. 17	Pago No. 18

VERIFICACION DE CUMPLIMIENTO Y DEMÁS OBLIGACIONES

CALCULO PARA CONTRATISTAS DEL APORTES OBLIGATORIOS AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL-SGSSI (SALUD, PENSIÓN, ARL) MÍNIMOS SOBRE EL PAGO MENSUAL

IBC 40% VALOR PAGO	TARIFA DE RIESGOS LABORALES	SALUD	PENSIÓN	ARL	FSP	TOTAL
$ 1.560.000,00	I	$ 0,00	$ 0,00	$ 0,00	N/A	$ 0,00
VALORES PAGADOS (Registrar manualmente)		AFILIACION	AFILIACION	AFILIACION		$ 0,00
Nombre de la entidad a la que se le hace el aporte (registrar manualmente)		SURA	COLPENSIONES	COLMENA		
PERIODO DE PAGO		N/A	N/A	N/A	N/A	

CERTIFICACIONES DEL SUPERVISOR:

1. En calidad de supervisor del contrato/orden de compra y otros anotado, manifiesto que el contratista cumplió a satisfacción sus obligaciones, de acuerdo con lo establecido en el contrato, mediante el desarrollo de las actividades relacionadas en la descripción que constituye el soporte para el pago. Así mismo, se ha verificado que el contratista ha cumplido con las condiciones establecidas en la cláusula de forma de pago para trámitar el pago se autoriza mediante este documento. El cumplimiento fue verificado en ejercicio de la supervisión, con base en las evidencias o soportes respectivos que hacen parte integral de este informe, lo anterior, de conformidad con lo establecido en el artículo 83 y 84 de la Ley 1474/2011 y el inciso final del numeral 6. del Manual de Interventoría y Supervisión. SI_X___

2. En calidad de supervisor del contrato/órden de compra y/o otros, certifico que se verificó la entrega de los soportes de cumplimiento de aportes al sistema de seguridad social por parte del contratista (los soportes acreditan afiliación y pago), y que se observa que el Contratista dio cumplimiento a lo establecido en las disposiciones legales vigentes sobre el régimen de seguridad social, conforme a lo señalado en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002, la Ley 1562 de 2012, decreto 723 de 2013 y demás normas que regulen la materia. Como medida adicional y complementaria de prevención, en armonía con el último inciso del numeral 6 del Manual de Interventoría y Supervisión, manifiesto que como supervisor, de forma exporádica y aleatoria, realizo validaciones para corroborar la afiliación y los aportes, esto sin perjuicio de la responsabilidad directa y exclusiva que el contratista tiene por la veracidad, completitud y consistencia de los soportes que aporta como evidencia de cumplimeinto de sus obligaciones con el sistema de seguridad soscial integral. SI_X____

3. En caso de tratarse de un contrato que incluya equipo de trabajo, se ha procedido a verificar el cumplimiento de las obligaciones con el Sistema de Seguridad Intergal, en lo que respecta especificamente a dicho equipo de trabajo. SI____ NO APLICA_X___

OBSERVACIONES ADICIONALES:

Por lo anterior, autorizo el pago por valor de:

VALOR CON IVA INCLUIDO	$ 3.900.000,00
VALOR EN LETRAS	TRES MILLONES NOVECIENTOS MIL PESOS M/CTE

FIRMA DEL SUPERVISOR

NOMBRE DEL SUPERVISOR: LILI PORTILLA AGUIRRE

CARGO: **Coordinadora Grupo Trayectorias Completas**

C.C: 51.990.351 **Correo electrónico:** lili.portilla@insor.gov.co