

Sticker web

12/12/24, 15:52

Destino: SG - GESTION DOCUMENTAL

*20242600040772

INSUR

No. 20242600040772
Fecha Revisión: 12-DEC-2024 03:52 PM
Nombre Redactor: LADY BIBIANA GAR
Anexos:



PROCESO GESTIÓN FINANCIERA						Código: FOGF52	
FORMATO CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO - CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES O DE APOYO A LA GESTIÓN (PERSONA NATURAL O PERSONA JURÍDICA)						Versión: 2	
						Fecha: 30/01/2024	
Grupo:	Subdirección de Promoción y Desarrollo	Pago No:	11	Total de pagos	12		
				Pago Final	NO		
INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRATISTA / EJECUTOR							
Bogotá		Fecha de presentación (dd-mm-año)		16/12/2024			
Laura Lucía Vesga Buitrago		Identificación:		Cédula de Ciudadanía		1.030.591.561	
3057161715		Correo electrónico		lvesgab13@gmail.com			
INFORMACIÓN DEL CONTRATO							
055-2024	Mes a pagar o fracción de mes a pagar:	Mes	Diciembre 1 pago				
		En caso de fracción indicar el número de días a pagar	15				
14/2/2024	Fecha de acta de inicio:	15/2/2024	Fecha de terminación (Se debe tener en cuenta las prórrogas, si hay lugar a ello)		31/12/2024		
Responsabilidad 49 - No responsable de IVA	Novedades del período a pagar	Sin novedades		Desde (D/M/A)		Hasta (D/M/A)	
OBJETO DEL CONTRATO							
Prestación de servicios como apoyo a la gestión de asistencia técnica para apoyar en la interacción comunicativa entre la lengua de señas colombiana - el español y viceversa a la población en general para reducir las brechas de acceso a la información de sus derechos a la población sorda de Colombia.							
AVANCE DE LAS OBLIGACIONES ESPECÍFICAS DEL CONTRATO							
OBLIGACIÓN CONTRACTUAL	ACTIVIDADES INICIADAS Y/O REALIZADAS EN ESTE PERÍODO (Indicar fechas de realización)		SOPORTES O EVIDENCIAS DE CADA ACTIVIDAD		VERIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DEL SUPERVISOR		
1. Apoyar a la Subdirección de Promoción y Desarrollo en la interacción comunicativa entre la lengua de señas colombiana - el Español y viceversa, atendiendo las solicitudes de las diferentes áreas.	1.1 ACTIVIDAD: Taller Cultura Sorda GRUPO: DEVI FECHA: 3 diciembre DURACIÓN: 1 hora y 30 minutos 1.2 ACTIVIDAD: Preparación virtual Taller Cultura Sorda GRUPO: DEVI FECHA: 9 diciembre DURACIÓN: 2 horas 1.3 ACTIVIDAD: Taller de Cultura sorda Alcaldía de Anserma Caldas GRUPO: DEVI FECHA: 11 diciembre DURACIÓN: 2 horas 1.4 ACTIVIDAD: Comité ITPS GRUPO: DECO FECHA: 12 diciembre DURACIÓN: 1 hora 1.5 ACTIVIDAD: Reunión Cierre Grupo DEVI GRUPO: DEVI FECHA: 13 diciembre DURACIÓN: 2 horas		Formato Evidencias diciembre		Las actividades relacionadas aplican para el periodo en el presente informe		
2. Proporcionar apoyo como interprete en situaciones que estén relacionadas con el propósito del contrato y sean requeridas por la Supervisión.	2.1 ACTIVIDAD: Seguimiento a Planes Operativos RCC GRUPO: OAPS- RCC FECHA: 13 diciembre DURACIÓN: 2 horas		Formato Evidencia diciembre		Las actividades relacionadas aplican para el periodo en el presente informe		
3. Apoyar la interacción interna y/o externa con los servicios de interpretación y/o traducción de Lengua de Señas Colombiana, logrando posibilitar el continuo flujo de información interno y con otras entidades.	3.1 ACTIVIDAD: Grabación en ANSV GRUPO: GEA FECHA: 4 diciembre DURACIÓN: 6 horas		Formato Evidencia diciembre		Las actividades relacionadas aplican para el periodo en el presente informe		
4. Realizar aportes técnicos en la creación de nuevos productos y acciones dentro del marco del contrato de la Subdirección de Promoción y Desarrollo.	4.1 No se presentaron actividades de esta naturaleza durante este periodo.		4.1 No se presentaron actividades de esta naturaleza durante este periodo.		4.1 No se presentaron actividades de esta naturaleza durante este periodo.		
5. Apoyar las actividades mediante la presentación de informes que permitan retroalimentar y mejorar las herramientas, acciones o procesos aplicados en relación con los servicios contratados.	5.1 Elaboración del presente informe Número 11 correspondiente a diciembre.		Presente informe		Las actividades relacionadas aplican para el periodo en el presente informe		
6. Cumplir con los registros administrativos de la prestación de los servicios de interpretación tales como: encuestas de cumplimiento de requisitos mínimos del servicio de interpretación y coevaluaciones semanales.	6.1 Diligencé las Encuestas de requisitos mínimos del servicio de interpretación de todos los servicios que me fueron asignados en el mes		Formato Evidencia diciembre		Las actividades relacionadas aplican para el periodo en el presente informe		

CxP 225324

7. Colaborar en otras actividades que puedan surgir durante la ejecución del contrato y estén directamente relacionadas con el propósito establecido en el mismo.	7.1 Servicio de interpretación en Proceso de contrato e inducción laboral personas sordas en MG 7.2 Participación en la reunión de Seguimiento a los servicios de interpretación SPD	Formato Evidencias diciembre	Las actividades relacionadas aplican para el periodo en el presente informe
Firma del Contratista:			Firma del Supervisor:

DECLARACIÓN 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 aporé según planilla No. 81709969, corresponde al pago del mes de noviembre, del contrato de prestación de servicios No. 055-2024 suscrito con el Instituto Nacional para Sordos-INSOR. (Esto solo aplica para personas 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 título de renta (Art. 387 E.T.) sobre los valores cobrados, se adjuntan los siguientes documentos:

Planilla Estado PAGADO (A) Aportes Salud Pensión ARL	SI	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 únicamente para primer pago, sólo adjuntar los certificados en caso de no adjuntar la planilla)	NO	Certificado por préstamo para adquisición de vivienda (Año anterior)	NO	Entidad a consignar los valores correspondientes a Pensiones voluntarias o AFC	No Aplica
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 números)	No Aplica
Facturación Electrónica	NO	Es pensionado	NO	Certificación de pago de parafiscales (personas jurídicas)	No Aplica

Como contratista persona natural, he vinculado dos (2) o más trabajadores o contratistas asociados a la actividad

Mis ingresos como contratista del Estado superan las 4.000 UVT

Soy responsable de Facturación Electrónica

Manifiesto bajo la gravedad de juramento, que no se tomarán costos o deducciones asociados a las rentas de trabajo que no provengan de una relación laboral o legal y reglamentaria, a fin de que se aplique lo previsto en el numeral 10 del artículo 206 del Estatuto Tributario, esto es tomar como renta exenta el veinticinco por ciento (25%) del valor total de los pagos laborales, limitada anualmente a setecientos noventa (790) UVT.

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.

FIRMA DEL CONTRATISTA BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO

NOMBRE DEL CONTRATISTA: LAURA LUCÍA VESGA BUITRAGO

Correo personal: llvesgab13@gmail.com

C.C: 1030591561

INFORMACIÓN FINANCIERA DEL CONTRATO O CONVENIO

VALOR A PAGAR EN ESTE MES	Valor antes IVA	\$ 1.905.750
	IVA	\$ -
	Valor total	\$ 1.905.750

Valor inicial contrato	\$ 41.926.500
Adición (en el caso de que aplique)	\$ -
Reducción (indicar el valor mencionado en el acto administrativo)	\$ 1.905.750
Valor Total:	\$ 40.020.750
Total Ejecutado	\$ 38.115.000
Saldo	\$ 1.905.750
Porcentaje de Ejecución	
Porcentaje de Ejecución física	95%
Porcentaje de Ejecución presupuestal	95%

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
\$ 1.905.750	\$ 3.811.500	\$ 3.811.500	\$ 3.811.500	\$ 3.811.500	\$ 3.811.500
Pago No. 7	Pago No. 8	Pago No. 9	Pago No. 10	Pago No. 11	Pago No. 12
\$ 3.811.500	\$ 3.811.500	\$ 3.811.500	\$ 3.811.500		
Pago No. 13	Pago No. 14	Pago No. 15	Pago No. 16	Pago No. 17	Pago No. 18

VERIFICACIÓN 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
\$ 1.524.600,00	III	\$ 190.575,00	\$ 243.936,00	\$ 37.139,26	N.A.	\$ 471.650,26
VALORES PAGADOS (Registrar manualmente)		\$ 190.600,00	\$ 244.000,00	\$ 37.200,00	N.A.	\$ 471.800,00
Nombre de la entidad a la que se le hace el aporte (registrar manualmente)		COMPENSAR	PORVENIR	SURA	N.A.	
PERIODO DE PAGO	Noviembre	CUMPLE	CUMPLE	CUMPLE	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 tramitar 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/orden 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 esporádica 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 cumplimiento de sus obligaciones con el sistema de seguridad social 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 Integral, en lo que respecta específicamente a dicho equipo de trabajo. SI NO APLICA x

OBSERVACIONES ADICIONALES: Durante la ejecución de las actividades relacionadas no se materializó ninguno de los riesgos relacionados en el estudio previo que hace parte integral del presente contrato.

Por lo anterior, autorizo el pago por valor de: UN MILLON NOVECIENTOS CINCO MIL SETECIENTOS CINCUENTA PESOS M/CTE (\$1.905.750)

VALOR CON IVA INCLUIDO	1.905.750
VALOR EN LETRAS	UN MILLON NOVECIENTOS CINCO MIL SETECIENTOS CINCUENTA PESOS M/CTE

FIRMA DEL SUPERVISOR

NOMBRE DEL SUPERVISOR: DIEGO ARMANDO LOPEZ CELY

CARGO: SUBDIRECTOR DE PROMOCION Y DESARROLLO

C.C: 1.014.176.855

Correo electrónico: diego.lopez@insor.gov.co

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1030591561	LAURA LUCIA VESGA BUITRAGO	Calle 51 s # 79 B 43	2450489	livesgab13@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ D.C.	

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
2024-11	2024-11	I	12/11/2024	81709969	\$471.800

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	190.600	0		0		0	0	0	0	190.600	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	244.000	0	0	0	0	0	0		244.000	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	37.200				37.200	0	0	37.200			372	37.200	1

TOTALES CAJAS									
Código CCF	Nombre					NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte

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	190.600	190.600
Pensión	1	244.000	244.000
Riesgos Laborales	1	37.200	37.200
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	471.800	471.800

Obligaciones 1, 2, 3, 4 y 7

Obligación 6

https://drive.google.com/drive/folders/1mZwprxIIpt_RWfjygyZQaOHRvedyPIBI