

1XP 224724



INSTRUMENTO NACIONAL PARA SERVICIOS

PROCESO GESTION FINANCIERA

FORMATO CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO - CONTRATOS DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES O DE APOYO A LA GESTION (PERSONA NATURAL O PERSONA JURIDICA)

Código: FOGF52

Versión: 2

Fecha: 30/01/2024

Dependencia / Grupo:

Subdirección de Gestión Educativa

Pago No:

10

Total de pagos

11

Pago Final

NO

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRATISTA / EJECUTOR

Ciudad

BOGOTÁ

Fecha de presentación (dd-mm-año)

16/12/2024

Nombres ó Razón Social:

NIDIAN YARUME ORTIZ BUITRAGO

Identificación:

Cédula de Ciudadanía

53.096.835 de Bogotá

Teléfono

3157060099

Correo electrónico

yarume.ortiz@gmail.com

INFORMACIÓN DEL CONTRATO

No Contrato

088 - 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 DÍAS

Fecha del contrato

14/3/2024

Fecha de acta de inicio:

18/3/2024

Fecha de terminación (Se debe tener en cuenta las prórrogas, si hay lugar a ello)

31/12/2024

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)

OBJETO DEL CONTRATO

Prestar servicios profesionales para diseñar y producir los contenidos educativos accesibles para la infancia sorda principalmente desde las dimensiones de literatura y la didáctica.

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. Elaborar los guiones, las guías docentes y otros materiales didácticos para la producción de contenidos educativos accesibles principalmente desde las dimensiones de literatura y la didáctica para la infancia sorda.	Durante el presente periodo de ejecución y para el cumplimiento de esta obligación se realizaron los siguientes documentos: 1.1 Ficha de análisis clase en vivo 05 Conociendo a mis vecinos. Entregado (10/12/2024). 1.2 Ficha de análisis clase en vivo 07 Las familias de mis amigos. Entregado (10/12/2024). 1.3 Ficha de análisis clase en vivo 09 ¡Vamos a limpiar! Entregado (10/12/2024). 1.4 V1. La raya. Entregado (09/12/2024).	1.1 Documento PDF. Ficha de análisis clase en vivo 05 Conociendo a mis vecinos. Documento PDF. Ficha de análisis clase en vivo 07 Las familias de mis amigos. Documento PDF. Ficha de análisis clase en vivo 09 ¡Vamos a limpiar! Documento PDF. V1. La raya.	Revisadas las evidencias, se verifica que desarrolló las actividades correspondientes a este compromiso.
2. Realizar actividades de retroalimentación sobre la producción audiovisual y la traducción escrita de los contenidos educativos accesibles para la infancia sorda.	Durante el presente periodo de ejecución no se adelantaron acciones para esta obligación.	Durante el presente periodo de ejecución no se adelantaron acciones para esta obligación.	Revisadas las evidencias, se verifica que desarrolló las actividades correspondientes a este compromiso.
3. Apoyar las actividades de revisión y ajustes de los objetos y contenidos educativos dentro de la plataforma INSOR educativo, de los contenidos producidos en vigencias anteriores.	Durante el presente periodo de ejecución no se adelantaron acciones para esta obligación.	Durante el presente periodo de ejecución no se adelantaron acciones para esta obligación.	Revisadas las evidencias, se verifica que desarrolló las actividades correspondientes a este compromiso.
4. Participar en las reuniones y actividades organizadas por la Subdirección de Gestión Educativa, en cuanto a la certificación interna.	Durante el presente periodo de ejecución y para el cumplimiento de esta obligación se realizaron las siguientes actividades: 4.1 Reuniones mes de diciembre del 1-15. Entregado (10/12/2024).	4.1 Documento PDF. Reuniones mes de diciembre del 1-15.	Revisadas las evidencias, se verifica que desarrolló las actividades correspondientes a este compromiso.

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 aporte según planilla No. 9477694198, corresponde al pago del mes de NOVIEMBRE del contrato de prestación de servicios No. 088 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	SI	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 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 números)	
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

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.

Tarifa Adicional ☐ Si ☒ No

FIRMA DEL CONTRATISTA BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO

NOMBRE DEL CONTRATISTA: NIDIAN YARUME ORTIZ BUITRAGO

Correo personal: yarume.ortiz@gmail.com

C.C: 53.096.835 de Bogotá

12/12/24, 15:25

Sticker web

Destino: SG - GESTION DOCUMENTAL

INSOR

*20242600040702

No. 20242600040702

Fecha Radicado: 12-DIC-2024 03:25 PM

Nombre Radicador: LADY BIBIANA GAR

Anexos: 1.

INFORMACIÓN FINANCIERA DEL CONTRATO O CONVENIO

VALOR A PAGAR EN ESTE MES	Valor antes IVA	\$ 2.294.600
	IVA	\$ -
	Valor total	\$ 2.294.600

Valor Inicial contrato	\$ 44.362.267
Adición (en el caso de que aplique)	\$ -
Reducción (indicar el valor mencionado en el acto administrativo)	\$ 1.070.814
Valor Total:	\$ 43.291.453
Total Ejecutado	\$ 40.996.853
Saldo	\$ 2.294.600
Porcentaje de Ejecución	
Porcentaje de Ejecución física	94%
Porcentaje de Ejecución presupuestal	95%

Valores pagados meses anteriores (no incluye el valor del mes que se está 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
\$ 1.988.653	\$ 4.589.200	\$ 4.589.200	\$ 4.589.200	\$ 4.589.200	\$ 4.589.200
Pago No. 7	Pago No. 8	Pago No. 9	Pago No. 10	Pago No. 11	Pago No. 12
\$ 4.589.200	\$ 4.589.200	\$ 4.589.200			
Pago No. 13	Pago No. 14	Pago No. 15	Pago No. 16	Pago No. 17	Pago No. 18

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

VERIFICACION DE CUMPLIMIENTO Y DEMÁS OBLIGACIONES

CÁLCULO 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
\$ 1.835.680,00	I	\$ 229.460,00	\$ 293.708,80	\$ 9.582,25	N.A.	\$ 532.751,05
VALORES PAGADOS (Registrar manualmente)		\$ 229.500	\$ 293.800	\$ 9.600	N.A.	\$ 532.900,00
Nombre de la entidad a la que se le hace el aporte (registrar manualmente)		FAMISANAR	COLPENSIONES	COLMENA	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, realice 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:

Por lo anterior, autorizo el pago por valor de: DOS MILLONES DOSCIENTOS NOVENTA Y CUATRO MIL SEISCIENTOS PESOS M/CTE (\$2.294.600)

VALOR CON IVA INCLUIDO	2.294.600
VALOR EN LETRAS	DOS MILLONES DOSCIENTOS NOVENTA Y CUATRO MIL SEISCIENTOS PESOS M/CTE

FIRMA DEL SUPERVISOR

NOMBRE DEL SUPERVISOR:

MICHAEL ALDANA BOADA

CARGO:

Profesional Universitario

C.C.: 1.018.415.759

Correo electrónico: michael.aldana@insor.gov.co

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dv	Razon Social		Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 53096835		ORTIZ BUITRAGO NIDIAN YARUME		INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Calle 2 # 93D 30	BOGOTA-BOGOTA D.E.	6759576	No
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-11	2024-11	1114035096	9477694198	I	2024/12/09	2024/12/10	BANCO DE BOGOTA	1	\$533,400
RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$293,800	\$200	\$0	\$294,000	
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	\$293,800	\$200	\$0	\$294,000	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$9,600	\$100	\$0	\$9,700	
COLMENA	14-25	800,226,175	3	1	\$9,600	\$100	\$0	\$9,700	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$229,500	\$200	\$0	\$229,700	
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	\$229,500	\$200	\$0	\$229,700	
TOTAL				1	\$532,900	\$500	\$0	\$533,400	

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE																	
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF									
EE 53095835		ORTIZ BUITRAGO NIDIAN YARUME	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Calle 2 # 93D 30	BOGOTA-BOGOTA D.E.	6759576	No									
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION																	
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago										
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Días Mora	Valor								
2024-11	2024-11	1114035096	9477694198	I	2024/12/09	2024/12/10	BANCO DE BOGOTA	1	\$533,400								
LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																	
EMPLEADO			PENSION			SALUD			CCF			RIESGOS					
Nº.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,835,680	\$293,800	\$1,835,680					\$229,500	\$0				
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,835,680	\$293,800	\$1,835,680					\$229,500	\$0				
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					\$1,835,680	\$293,800	\$1,835,680					\$229,500	\$0				
1	EE 53095835	ORTIZ NIDIAN	25-14	30	\$1,835,680	\$293,800	EPS017	30	\$1,835,680	\$229,500	0		\$0	\$0	14-25	30	\$1,835,680
Total Afiliados(1)					\$1,835,680	\$293,800	\$1,835,680					\$229,500	\$0				

	PROCESO GESTIÓN FINANCIERA	Código: FOGF24
		Versión: 2
	CERTIFICACIÓN DE DEDUCCIONES Y RENTAS EXENTAS	Fecha: 16/11/2023

Yo, Nidian Yarume Ortiz Buitrago, identificado (a) con C.C. (X) C.E. () No. 53096835, con domicilio principal en la ciudad de Bogotá, en cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 387 del Estatuto Tributario y demás normas relacionadas, a efectos de obtener las deducciones tributarias, de manera libre, espontánea y bajo la gravedad de juramento, manifiesto que la información suministrada es fidedigna y me permiten obtener las deducciones y rentas exentas para aplicar en los siguientes contratos de prestación de servicios Nos. 088, suscritos con el Instituto Nacional Para Sordos INSOR, y sobre los cuales no he contratado o vinculado 2 o más trabajadores para cumplir con el objeto contractual.

1. Deducción por dependientes económicos:

Me acojo a este beneficio y presenté los documentos soporte:

SI ☒ X ☐ NO ☐

La(s) siguiente(s) persona(s) depende(n) económicamente de mí:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	FECHA DE NACIMIENTO (DD/MM/AAAA)	CALIDAD DE DEPENDENCIA
Mathías Felipe Ortiz Buitrago	1243764512	12/01/2023	Hijo

NOTA Y ANEXOS:

El artículo 2º, parágrafo 3º del Decreto 99 de 2013, define la calidad de dependientes para efectos tributarios.

- Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años de edad y dependan económicamente del contribuyente, **anexar Registro Civil de nacimiento.**
- Los hijos del contribuyente con edad entre 18 y 23 años, cuando el padre o 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, **anexar Certificación semestral de pago matrícula expedida por la respectiva entidad educativa y cédula de ciudadanía del dependiente.**
- Los hijos del contribuyente mayores de 23 años que se encuentran en situación de dependencia originada en factores físicos o psicológicos, **anexar certificación de Medicina Legal, de la EPS o de cualquier institución idónea habilitada en el Registro Nacional de Salud y cédula de ciudadanía.**
- El cónyuge o compañero (a) permanente del contribuyente que se encuentre en situación de dependencia sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientos sesenta (260) UVT, certificada por contador público (**anexar Certificación anual de Contador Público, tarjeta profesional, certificado de antecedentes y cédula de ciudadanía del dependiente**), o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal, **anexar certificación de Medicina Legal, de la EPS o de cualquier institución idónea habilitada en el Registro Nacional de Salud y cédula de ciudadanía.**
- Los padres y hermanos del contribuyente que se encuentren en situación de dependencia, sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientos sesenta (260) UVT, certificada por contador público (**anexar Certificación anual de Contador Público, tarjeta profesional, certificado de antecedentes y cédula de ciudadanía del dependiente**), o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal, **anexar certificación de Medicina Legal, de la EPS o de cualquier institución idónea habilitada en el Registro Nacional de Salud y cédula de ciudadanía.**

Certifico igualmente que la deducción de la base de retención en la fuente por concepto de dependiente solicitada cumple las restricciones establecidas en el parágrafo 4º del artículo 2º del Decreto 99 de 2013, en el entendido que no se solicitan por más de un contribuyente en relación con un mismo dependiente.

2. Deducción por intereses y/o corrección monetaria:

Me acojo a este beneficio y presenté los documentos soporte:

	PROCESO GESTIÓN FINANCIERA	Código: FOGF24
		Versión: 2
	CERTIFICACIÓN DE DEDUCCIONES Y RENTAS EXENTAS	

SI _____ NO _____

Tipo de Deducción	Entidad que Certifica	Fecha de certificación (DD/MM/AAAA)	Porcentaje del valor deducible por concepto de intereses sobre préstamos para adquisición de vivienda (50% ó 100%)
Certificación de intereses y/o corrección monetaria de la obligación Hipotecaria vigente correspondiente a la adquisición del inmueble cuya destinación es mi vivienda personal.			

Nota: Si no se presenta la certificación de la vigencia inmediatamente anterior, me comprometo a remitirla antes del 15 de abril del año en curso, en caso contrario no podrá seguirse considerando esta deducción.

3. Deducción pagos de medicina prepagada o seguros de salud (se debe presentar mensualmente):

Me acojo a este beneficio y presenté los documentos soporte:

SI _____ NO _____

Tipo de Deducción	Entidad que Certifica	Fecha de certificación (DD/MM/AAAA)	Valor pago mensual por salud, siempre que el valor a disminuir mensualmente no supere dieciséis (16) UVT mensuales
Pagos realizados en el año por contratos de prestación de servicios o seguros de salud.			

Esta declaración la hago a los 09 días del mes de diciembre del año 2024, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 7º (prohibición de declaraciones extra juicio) del Decreto 19 de 2012, con destino al Instituto Nacional para Sordos, para que surta los efectos legales.

Me comprometo a comunicar cualquier cambio que pueda modificar los beneficios obtenidos.

Cordialmente.

Nidian Yarome Ortiz Buitrago
Nombre Completo del Funcionario o Contratista.

Yarome Ortiz
Firma

