CxP 21326

Instituto Nacional para Sordos	PROCESO GESTION FINANCIERA	Código: FOGF52
	FORMATO CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO - CONTRATOS DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES O DE APOYO A LA GESTIÓN (PERSONA NATURAL O PERSONA JURIDICA)	Versión: 3
		Fecha:27/01/2025

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)**	2/02/2026	
Nombres ó Razón Social:	LESLY VALENTINA CAMACHO GONZÁLEZ		**Identificación:**	**Cédula de Ciudadanía**	1.019.011.369 de Bogotá
Teléfono	3003001895		**Correo electrónico**	valentina.camachog@gmail.com	

INFORMACIÓN DEL CONTRATO

No Contrato	015-2026	**Mes a pagar o fracción de mes a pagar:**	**Mes**	Enero			
			En caso de fracción indicar el número de días a pagar	15 DÍAS			
No COP	10326	**No RP**	7226	**Valor del RP:**	$ 52.341.300	**Valor pendiente por pagar:**	$ 49.962.150
Fecha del contrato	15/1/2026	**Fecha de acta de inicio:**	16/1/2026	**Fecha de terminación (Se debe tener en cuenta las prórrogas, si hay lugar a ello)**		15/12/2026	
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 fortalecer los procesos educativos de la población sorda, mediante asistencias técnicas a los departamentos focalizados, principalmente en los comités departamentales de discapacidad y en respuesta a las necesidades de cada territorio

INFORMACIÓN FINANCIERA DEL CONTRATO O CONVENIO

VALOR A PAGAR EN ESTE MES	**Valor antes IVA**	$ 2.379.150
	IVA	$ -
	Valor total	$ 2.379.150

Valor inicial contrato	$	52.341.300
Adición (en el caso de que aplique)	$	-
Reducción (indicar el valor mencionado en el acto administrativo)	$	-
Valor Total	$	52.341.300
Total Ejecutado	$	2.379.150
Saldo	$	49.962.150
Porcentaje de Ejecución		
Porcentaje de Ejecución física		5%
Porcentaje de Ejecución presupuestal		5%

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
$ 951.660,00	1	$ 118.957,50	$ 152.265,60	$ 4.967,67	N.A.	$ 276.190,77
VALORES PAGADOS (Registrar manualmente)		$ 218.900,00	$ 280.200,00	$ 9.200,00	$ 0,00	$ 508.300,00
Nombre de la entidad a la que se le hace el aporte (registrar manualmente)		Salud Total	Colpensiones	Colmena		
PERIODO DE PAGO	Enero	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 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 ultimo 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 sosicial 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__

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. 9497949559, corresponde al pago del mes de ENERO del contrato de prestación de servicios No.015 suscrito con el Instituto Nacional para Sordos-INSOR. (Esto solo aplica para personas naturales).

Declaro bajo la gravedad de juramento estar al dia 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 unicamente 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)	Anticipada	**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**			

Destino: SG - GESTION DOCUMENTAL

INSOR *20262600000532*

No. 20262600000532
Fecha Radicado: 04-FEB-2026 03:08 PM
Nombre Radicador: LADY BIBIANA GAR
Anexos: 1.

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
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 setecientas noventa (790) UVT.	☑ 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 ◉ No Tarifa Adicional ____

AVANCE DE LAS OBLIGACIONES ESPECIFICAS DEL CONTRATO

	ACTIVIDADES INICIADAS Y/O REALIZADAS EN ESTE PERIODO (Indicar fechas de realizacion)	SOPORTES O EVIDENCIAS DE CADA ACTIVIDAD	SEÑALAR CON UNA X EL MES EN QUE EL CONTRATISTA EJECUTO LA OBLIGACION	VERIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DEL SUPERVISOR
1. Apoyar la articulación y coordinación de acciones entre el INSOR (Grupo FOGES) y los comités técnicos de discapacidad, promoviendo la garantía de trayectorias educativas completas y pertinentes para las personas sordas, e incluyendo el seguimiento y monitoreo de las acciones desarrolladas por las entidades departamentales asistidas en la vigencia anterior.	Durante el presente mes no realicé ninguna acción tendiente a apoyar la articulación y coordinación de acciones entre FOGES y los comités de discapacidad.	No aplica		No aplica para el periodo
2. Participar en la elaboración del tercer documento de la colección sobre interseccionalidad, aportando a su implementación, socialización y análisis del estado de apropiación, de acuerdo con las necesidades y caracteristicas de cada territorio.	Participé de la reunión en la cual revisamos la tabla de categorías de interseccionalidad con el fin de brindar aportes generar mejoras en estas 8 categorías (género, zona, víctimas, migración, extraedad, etnias, comunicación lingüística y nivel socioeconómico). (Enero 22) Participé de la reunión en la que planeamos la forma en que se desarrollaría la actualización del índice de interseccionalidad dirigido a entidades con una mirada de inclusión. (Enero 23) Realicé aportes de tipo analítico y complementario a las preguntas nuevas que plantée con Alexandra Córdoba y Vanessa Bustos, para dar una perspectiva con base en el tablero compartido por Esther Díaz previamente. (Enero 23) Participé de la reunión en la cual se hizo una revisión detallada de la herramienta de interseccionalidad consolidada para el documento 2, con el fin de depurar la batería de preguntas con enfoque interseccional dirigido a entidades y dejamos establecidas con Vanessa Bustos y Alexandra Córdoba las que consideramos pertinentes. (Enero 27)	1 Memoria retomar acciones Interseccionalidad -Enero 22 2 Memoria planeacion Interseccionalidad -Enero 23 3 Herramienta círculo de Incluisión entidades -Enero 23 4 Memoria actualizacion instrumento Interseccionalidad -Enero 27	X	So verificaron las evidencias entregadas por la contratista, corroborando que corresponden a lo descrito y dan cuenta del inicio de la ejecución de la obligación.
3. Contribuir al diseño y elaboración de material informativo para la transferencia de conocimiento sobre la Ruta de garantía de trayectorias educativas completas para personas sordas, incorporando un enfoque territorial e interseccional y orientado a la comunidad sorda	Durante el presente mes no realicé ninguna acción tendiente a contribuir al diseño de material informativo para la transferencia de conocimiento sobre la Ruta para la garantía de trayectorias educativas completas.	No aplica		No aplica para el periodo
4. Apoyar la actualización de la Ruta para la garantía de trayectorias educativas completas de las personas sordas, mediante la participación en procesos de capacitación, la gestión de PQRSD y la atención de los requerimientos relacionados con el objeto contractual.	Participé de la reunión de apertura del grupo de Fortalecimiento y Gestión de Saberes - FOGES, por cuanto en este espacio analizamos y proyectamos las acciones que realizaríamos como equipo durante el año en curso y de esta manera identifiqué mi gestión a nivel grupal e individual. (Enero 26) Proyecté mi cronograma de trabajo individual, teniendo en cuenta el Plan Operativo con los 4 productos que corresponden al grupo FOGES. Estructuré las acciones y tiempos que implicaría la realización de las actividades en contraste con mis obligaciones contractuales. (Enero 27)	1 Memoria Reunion Apertura FOGES - Enero 26 2 Cronograma trabajo individual -Enero 27	X	Se verificaron las evidencias entregadas por la contratista, corroborando que corresponden a lo descrito y dan cuenta del inicio de la ejecución de la obligación.

OBSERVACIONES ADICIONALES:

Por lo anterior, autorizo el pago por valor de: DOS MILLONES TRESCIENTOS SETENTA Y NUEVE MIL CIENTO CINCUENTA PESOS M/CTE ($2.379.150)

VALOR CON IVA INCLUIDO	2.379.150
VALOR EN LETRAS	DOS MILLONES TRESCIENTOS SETENTA Y NUEVE MIL CIENTO CINCUENTA PESOS M/CTE

FIRMA DEL SUPERVISOR

NOMBRE DEL SUPERVISOR: Inés Esther Díaz

CARGO: Coordinadora del grupo de Fortalecimiento y Gestión de Saberes

C.C: 52384828 **Correo electrónico:** esther.diaz@insor.gov.co

ValentinaCamacho

FIRMA DEL CONTRATISTA BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO

NOMBRE DEL CONTRATISTA: Lesly Valentina Camacho González

Correo personal: valentina.camachog@gmail.com

C.C: 1.019.011.369 de Bogotá

aportes en línea

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 1019011369		CAMACHO GONZALEZ LESLY VALENTINA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 122D 129B 90	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4639919	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-01	2026-01	97949559	9497949559	I	2026/02/16	2026/02/02	BANCO AV VILLAS		$508,300

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
1	CC	1019011369	CAMACHO GONZALEZ LESLY VALENTINA	25-14	30	$1,750,905	$280,200	EPS002	30	$1,750,905	$218,900		0	$0	$0	14-25	30	$1,750,905	$9,200	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905	$9,200		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$280,200	$0	$280,200
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$280,200	$0	$280,200
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$9,200	$0	$9,200
COLMENA	14-25	800,226,175	3	1	$9,200	$0	$9,200
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$218,900	$0	$218,900
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$218,900	$0	$218,900
TOTAL				**1**	**$508,300**	**$0**	**$508,300**

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141225600837

(415)7707212489984(8020) 000014122560083 7

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 0 1 9 0 1 1 3 6 9	1	Impuestos de Bogotá 3 2	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadania 1 3	1 0 1 9 0 1 1 3 6 9

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
CAMACHO	GONZALEZ	LESLY	VALENTINA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

41. Dirección principal
CR 122 D 129 B 90 BL 189 AP 602

42. Correo electrónico VALENTINA.CAMACHOG@GMAIL.COM

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 0 0 3 0 0 1 8 9 5	

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 2 9 9	2 0 1 6 1 1 0 1							

Responsabilidades, Calidades y Atributos

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código	4	9																								

49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54. Código										
	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores

55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
		57. Modo			
		58. CPC			

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre CAMACHO GONZALEZ LESLY VALENTINA

985. Cargo CONTRIBUYENTE

Fecha generación documento PDF: 30-01-2026 06:01:51PM

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
HACIENDA
Secretaría de Hacienda

DIRECCIÓN DE IMPUESTOS DE BOGOTÁ
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

Fecha:30/01/2026

CONTRIBUYENTE C.C. 1019011369 LESLY VALENTINA CAMACHO GONZALEZ

INFORMACIÓN BÁSICA

Dirección: KR 122 D 129 B 90 BL 189 AP 602 Teléfonos: 3003001895

Dirección electrónica: valentina.camachog@gmail. Ciudad: BOGOTÁ DC Municipio: BOGOTÁ, D.C.

Fecha de Inscripción: 28/02/2018 Soporte Inscripción: -

PERFIL TRIBUTARIO

Naturaleza Jurídica: PERSONA NATURAL Régimen tributario: PREFERENCIAL ICA Fecha desde: 01/11/2016

Matrícula Mercantil:NO Fecha inicio de Actividades: 01/11/2016 Fecha de cese de Actividades: NO No. Establecimientos: 0

Actividad 1: 8299 - Otras actividades de servicio de apoyo a las empresas n.c.p.

Actividad 2:

Actividad 3:

Actividad 4:

Actividad 5:

ESTABLECIMIENTOS ACTIVOS

REPRESENTANTES ACTIVOS

Señor Contribuyente: Esta es la información suministrada por usted y registrada en la Secretaria de Hacienda Distrital.

Kr 30 25 90 Dirección Distrital de Impuestos Bogota D.C. Colombia

Fuente: RIT-SHD

Version 2.02

Banco Caja Social
Su banco amigo.

UNA EMPRESA DE FUNDACIÓN GRUPO SOCIAL

HACE CONSTAR:

Que el (los) cliente(s)

LESLY VALENTINA CAMACHO GONZALEZ Identificado con CC 1019011369

Actualmente tiene(n) el producto Cuenta Ahorros, radicado(a) en la oficina PLAZA IMPERIAL, con las siguientes características:

Cuentamiga

Número:	24092222711
Fecha de apertura:	21 de Febrero de 2019
Condiciones de uso:	Individual, 1 firmas(s), 0 sello(s) húmedo(s) o de caucho, sin protector
Estado:	Cuenta activa

Esta constancia se expide con destino a quien pueda interesar, realizada en el Canal Digital de la ciudad de Bogotá, el día Viernes, 30 de Enero de 2026.

Cordialmente,

Vicepresidencia de Banca Masiva

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA | Banco Caja Social