Destino: SG - GESTION DOCUMENTAL

(82)

20262600001722

INSOR

No. 20262600001722
Fecha Radicado: 04-MAR-2026 11:41 AM
Nombre Radicador: LADY BIBIANA GAR
Anexos: .

CxP 34926

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

Dependencia / Grupo:	Subdirección de Promoción y Desarrollo	**Pago No:**	1	**Total de pagos**	11
				¿Pago Final?	NO

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRATISTA / EJECUTOR

Ciudad	Bogotá	**Fecha de presentación(dd-mm-año)**	2/3/2026		
Nombres ó Razón Social:	FELIPE RUEDA CACERES	**Identificación:**	**Cédula de Ciudadanía**		80.189.024
Teléfono	321 4194000	**Correo electrónico**	feliruedaV7@gmail.com		

INFORMACIÓN DEL CONTRATO

No Contrato	**048**	**Mes a pagar o fracción de mes a pagar:**	**Mes**	**Febrero**				
			En caso de fracción indicar el número de días a pagar	**27**				
No CDP	**3826**	**No RP**	**11226**	**Valor del RP:**	**$**	**50.059.152**	**Valor pendiente por pagar:**	**$ 45.963.403**
Fecha del contrato	19/1/2026	**Fecha de acta de inicio:**	2/2/2026	**Fecha de terminación (Se debe tener en cuenta las prórrogas, si hay lugar a ello)**		30/12/2026		
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 de apoyo en la gestión, producción y edición de contenidos audiovisuales accesibles dirigidos a la población sorda, en virtud de las metas de la Subdirección de Promoción y Desarrollo durante la vigencia 2026.

INFORMACIÓN FINANCIERA DEL CONTRATO O CONVENIO

VALOR A PAGAR EN ESTE MES	**Valor antes IVA**	**$ 4.095.749**
	IVA	**$ -**
	Valor total	**$ 4.095.749**

Valor inicial contrato	**$ 50.059.152**
Adición (en el caso de que aplique)	**$ -**
Reducción (indicar el valor mencionado en el acto administrativo)	**$ -**
Valor Total:	**$ 50.059.152**
Total Ejecutado	**$ 4.095.749**
Saldo	**$ 45.963.403**
Porcentaje de Ejecución	
Porcentaje de Ejecución física	**8%**
Porcentaje de Ejecución presupuestal	**8%**

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

Valores pagados meses anteriores (no incluya 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) MINIMOS SOBRE EL PAGO MENSUAL

IBC 40% VALOR PAGO	TARIFA DE RIESGOS LABORALES	SALUD	PENSIÓN	ARL	FSP	TOTAL
$ 1.750.905	1	$ 218.863	$ 280.145	$ 9.140	N.A.	$ 508.147,65
VALORES PAGADOS (Registrar manualmente)		$ 218.900	$ 280.200	$ 9.200	$ 0	$ 508.300,00
Nombre de la entidad a la que se le hace el aporte (registrar manualmente)		Compensar EPS	Colpension PENSION	Colmena ARL	N/A	
PERIODO DE PAGO	**Febrero**	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_

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 planilla No. 46281456, **corresponde al pago del mes de Febrero, del contrato de prestación de servicios No. 048-2026 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. NO APLICA, 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**	NO
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)	NO
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 ($209.496.000)	☐	☑
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 setecientas noventa (790) UVT ($41.375.460)	☐	☑

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 ____

AVANCE DE LAS OBLIGACIONES ESPECIFICAS DEL CONTRATO

OBLIGACIÓN CONTRACTUAL	ACTIVIDADES INICIADAS Y/O REALIZADAS EN ESTE PERIODO	SOPORTES O EVIDENCIAS DE CADA	SEÑALAR CON UNA X EL MES EN QUE EL CONTRATISTA EJECUTO LA OBLIGACIÓN	JUSTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE LA OBLIGACIÓN

	(Indicar fechas de realización)	ACTIVIDAD	ENERO	FEBRER	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEM	OCTUBR	NOVIEM	DICIEM	
1. Capturar y registrar imágenes fotográficas y audiovisuales de las actividades institucionales, asegurando su calidad técnica y cumpliendo con los estándares definidos para la producción de contenidos audiovisuales accesibles.	-Avences en el diseño Modulo Vida Caludadana. tema inicio y final -Diseño Módulo 0 al 5.	https://drive.google.com/drive/folders/194k_xz7Bt2bicgzxkkoh0YDdtXBmSnep		X											Se verifica el cumplimiento de esta obligación a partir de las evidencias demostradas por la contratista.
2. Contribuir en la edición y posproducción de contenidos audiovisuales accesibles, garantizando la coherencia visual, la calidad técnica y la correcta incorporación de elementos accesibles dirigidos a la población sorda.	-Grabación (Presencial) tema gifs sobre Guía. -Grabación Estudio 1 - Guía Producción Audiovisual. -Edición de los modulo 0, 1, 2, 3, 4 Y 5 (Correción de efectos, iluminación...). -Revisión de la edición de los módulos 0, 1, 2, 3, 4 y 5 con el equipo. -Reunión en el plan de trabajo en INSOR, para revisar algunos temas sobre los audios de videos editados. -Reparación y corrección de la edición de voz en los módulos 0, 1, 2, 3, 4 y 5. -Grabación Estudio 1. Ajustes Guía Producción Audiovisual GEA.	https://drive.google.com/drive/folders/1n67pmntLZLIbjcVlaMPtQUcNm9mSwGt		X											Se verifica el cumplimiento de esta obligación a partir de las evidencias demostradas por la contratista.
3. Participar en los procesos de planeación y retroalimentación asociados a la producción de contenidos audiovisuales, aportando observaciones sobre los aspectos técnicos y visuales que fortalezcan la accesibilidad y calidad de las piezas elaboradas.	-Reunión de Grupo de Entornos Accesibles sobre plan diseño, voz y subtítulo. -Reunión para acuerdos sobre el subtitulaje de los productos audiovisuales. -Reunión edición Storytelling.	https://drive.google.com/drive/folders/1vOHmOBOyCUIhMOC1gfKHXftL_zR0ePxK		X											Se verifica el cumplimiento de esta obligación a partir de las evidencias demostradas por la contratista.
4. Ejecutar las demás actividades que se requieran durante la vigencia del contrato y que estén directamente relacionadas con el objeto contractual, conforme a las orientaciones de la Subdirección de Promoción y Desarrollo.	-Reunión general equipo GEA con coordinación. -Reunión General Subdirección de Promoción y Desarrollo 2026. -Reunión Guia audiovisuales. -Reunión con Diego sobre planeación. -Reunión General Subdirección de Promoción y Desarrollo 2026	https://drive.google.com/drive/folders/1AZVuYshg99cPB9-SimarK4GyzP4D7tNh		X											Se verifica el cumplimiento de esta obligación a partir de las evidencias demostradas por la contratista.

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: CUATRO MILLONES NOVENTA Y CINCO MIL SETECIENTOS CUARENTA Y NUEVE PESOS M/CTE ($4.095.749)

VALOR CON IVA INCLUIDO	4.095.749
VALOR EN LETRAS	CUATRO MILLONES NOVENTA Y CINCO MIL SETECIENTOS CUARENTA Y NUEVE PESOS M/CTE

FIRMA DEL SUPERVISOR
Del 2 de febrero al 23 de febrero de 2026
NOMBRE DEL SUPERVISOR: JUAN CARLOS NIETO GRISALES
CARGO: Profesional universitario 2044-7
C.C: 80.543.384 **Correo electrónico: juan.nieto@insor.gov.co**

FIRMA DEL SUPERVISOR
Del 24 al 28 de febrero de 2026
NOMBRE DEL SUPERVISOR: MARTHA CECILIA LENIS CAJIAO
CARGO: Profesional Universitario Código 2044 Grado 08
C.C: 66.860.635 **Correo electrónico: martha.lenis@insor.gov**

FIRMA DEL CONTRATISTA
NOMBRE DEL CONTRATISTA: FELIPE RUEDA CACERES
Correo personal: felirueda07@gmail.com
C.C: 80.189.024

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

Señor(a): FELIPE RUEDA CACERES
No. Identificación: CC80189024
Dirección: CRA 28A # 72-69
Telefono: 2405510
Correo: felirueda07@gmail.com
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 46281456

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	FELIPE RUEDA CACERES
Tipo y número de identificación	CC80189024
Número de planilla	46281456
Fecha pago	2026-02-03
Número de autorización pago	2147782
Banco	1083

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	febrero de 2026
Periodo de Cotización Pensión	febrero de 2026
Número de Administradoras	3
Total Pagado	508300
Total Intereses de Mora	0

PAGADA

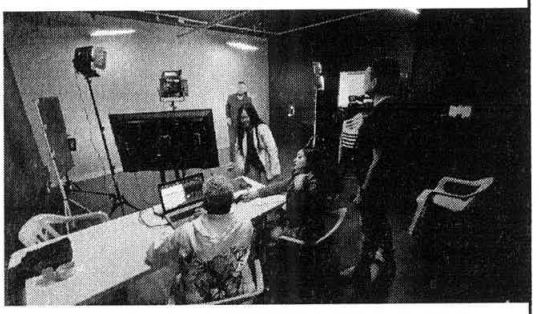
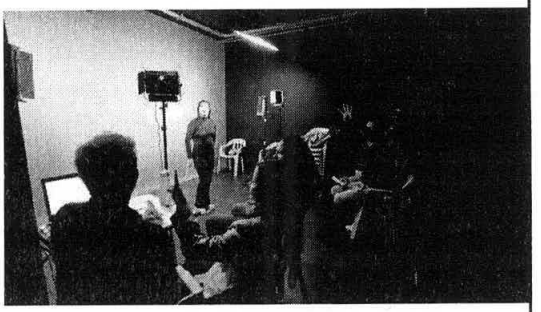
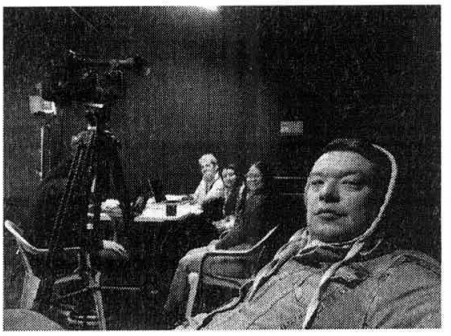
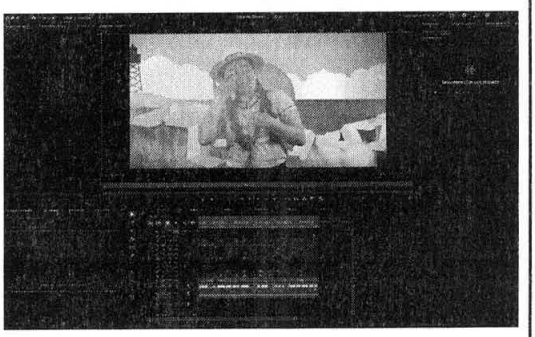
CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-25	Riesgos Profesionales Colmena	9200	1
25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	280200	1
EPS008	Compensar EPS	218900	1

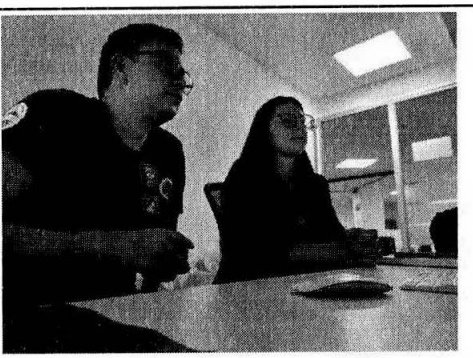
46281456

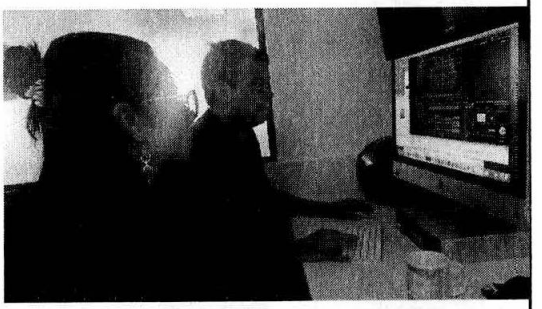
TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 80189024
APELLIDOS Y NOMBRES: FELIPE RUEDA CACERES

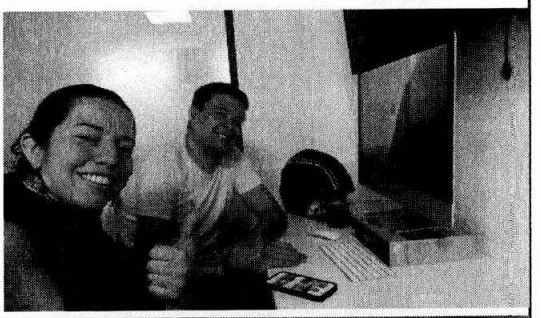
Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS008	25-14	1750905	1750905	1750905	0	218900	0	280200	0	9200	0

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

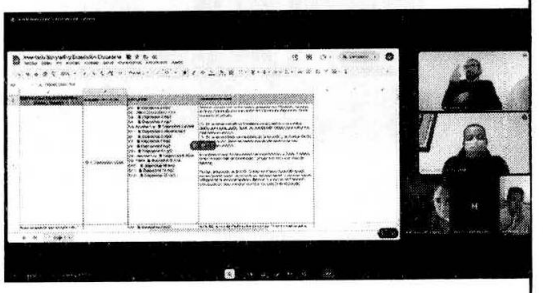
2. Desarrollar ideas para contenidos y piezas comunicativas de la Sub-dirección, con énfasis en sus aspectos visuales y de conformidad con los criterios de accesibilidad para población sorda.	-Grabación (Presencial) tema gifs sobre Guía. -Grabación Estudio 1 - Guía Producción Audiovisual. -Edición de los modulo 0, 1, 2, 3, 4 Y 5 (Correción de efectos, iluminación...). -Revisión de la edición de los módulos 0, 1, 2, 3, 4 y 5 con el equipo. -Reunión en el plan de trabajo en INSOR, para revisar algunos temas sobre los audios de videos editados. -Reparación y corrección de la edición de voz en los módulos 0, 1, 2, 3, 4 y 5. -Grabación Estudio 1. Ajustes Guía Producción Audiovisual GEA.	   

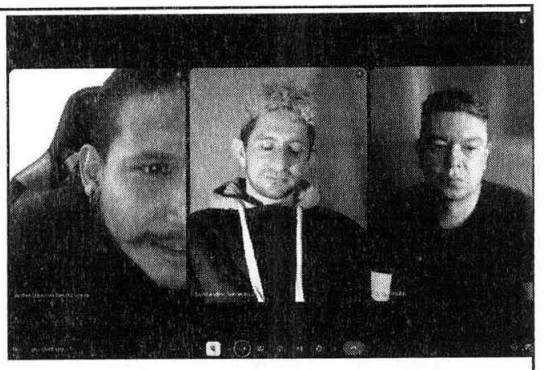
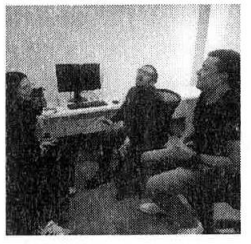
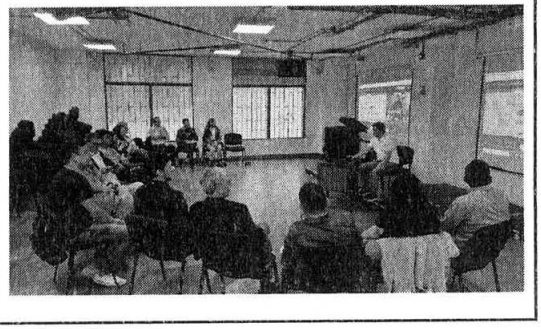


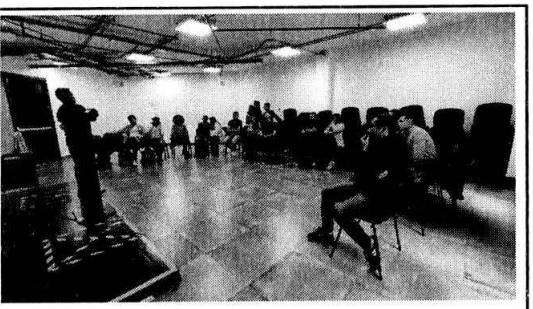








		  
4. Apoyar otras actividades que surjan y estén enmarcadas en el objeto contractual.	- Reunión general equipo GEA con coordinación. -Reunión General Subdirección de Promoción y Desarrollo 2026. -Reunión Guia audiovisuales. - Reunión con Diego sobre planeación. - Reunión General Subdirección de Promoción y Desarrollo 2026	 





Reunión General Subdirección de Promoción y Desarrollo 2026

Jueves, 26 de febrero · 2:00 – 4:00pm

Por definir

La lista completa de invitados se ha ocultado a petición del organizador.

Estimados funcionarios y contratistas:

Por medio de la presente, se le convoca a unareunión presencial de carácter obligatorio para todo el personal de laSubdirección de Promoción y Desarrollo.

Los detalles del encuentro son los siguientes:

- Fecha: jueves, 26 de febrero de 2026
- Hora: 2:00 p. m. a 4:00 p. m.
- Lugar: (Por definir)

Agradezco de antemano su asistencia y puntualidad.

¿Asistirás? Sí No Quizás

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141165488397

(415)7707212489984(8020) 000014116548839 7

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
8 0 1 8 9 0 2 4	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 Ciudadanía 1 3	8 0 1 8 9 0 2 4	

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
RUEDA	CACERES	FELIPE	

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 28 A 72 69

42. Correo electrónico felirueda07@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	6 0 1 2 4 0 5 5 1 0	3 2 1 4 1 9 4 0 0 0

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
7 4 1 0	2 0 2 0 0 1 2 2	7 4 2 0	2 0 1 4 0 2 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
4 9																									

53. Código 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 ORTEGA SANCHEZ ANGELA

985. Cargo Analista I

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DAVIVIENDA

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICADO

BOGOTA, D.C., **26/02/2026**
BOGOTA, D.C.,
COLOMBIA,
A quien interese

Por medio de la presente hacemos constar que **el señor FELIPE RUEDA CACERES** con **Cédula de Ciudadanía** número **80189024**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS

Número	**0550009400896388**
Fecha de apertura	**28/04/2023**

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA