CxP 30926

República de Colombia Ministerio de Igualdad y Equidad INSOR 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:	Dirección General	**Pago No:**	2	**Total de pagos**	12
				¿Pago Final?	NO

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRATISTA / EJECUTOR

Ciudad	Bogotá	**Fecha de presentación(dd-mm-año)**		4/3/2026	
Nombres ó Razón Social:	María Margarita Peña Vargas	**Identificación:**		**Cédula de Ciudadanía**	65753531
Teléfono	3178956071	**Correo electrónico**			mmpenav@gmail.com

INFORMACIÓN DEL CONTRATO

No Contrato	114	**Mes a pagar o fracción de mes a pagar:**	**Mes**	Febrero			
			En caso de fracción indicar el número de días a pagar				
No CDP	**13426**	**No RP**	**11726**	**Valor del RP:**	**$ 82.539.589**	**Valor pendiente por pagar:**	**$ 73.785.390**
Fecha del contrato	22/1/2026	**Fecha de acta de inicio:**	26/1/2026	**Fecha de terminación (Se debe tener en cuenta las prórrogas, si hay lugar a ello)**		25/12/2026	
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 especializados a la Oficina de Control Interno del Instituto Nacional para Sordos (INSOR), con el fin de ejecutar las actividades definidas en el Plan Anual de Auditorías de la vigencia 2026, asegurando el cumplimiento efectivo de los cinco roles de dicha unidad.

INFORMACIÓN FINANCIERA DEL CONTRATO O CONVENIO

VALOR A PAGAR EN ESTE MES	**Valor antes IVA**	$ 7.503.599	
	IVA	$ -	
	Valor total	$ 7.503.599	

Valor inicial contrato	$ 82.539.589
Adición (en el caso de que aplique)	$ -
Reducción (indicar el valor mencionado en el acto administrativo)	$ -
Valor Total:	$ 82.539.589
Total Ejecutado	$ 8.754.199
Saldo	$ 73.785.390
Porcentaje de Ejecucion	
Porcentaje de Ejecución física	10%
Porcentaje de Ejecución presupuestal	11%

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 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
$ 1.250.600					
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
$ 3.001.440	I	$ 375.180	$ 480.230	$ 15.668	N.A.	$ 871.077,80
VALORES PAGADOS (Registrar manualmente)		$ 1.203.800	$ 1.637.200	$ 50.300	$ 0	$ 2.891.300,00
Nombre de la entidad a la que se le hace el aporte (registrar manualmente)		EPS SANITAS	COLPENSIONES	COLMENA	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____

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____

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___

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. 46594388**, corresponde al pago del mes de **febrero**, del contrato de prestación de servicios No114-2026 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).

Destino: SG - GESTION DOCUMENTAL

INSOR *20262600002022*

No. 20262600002022

Fecha Radicado: 05-MAR-2026 10:57 AM

Nombre Radicador: LADY BIBIANA GAR

Anexos .

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	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**	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

OBLIGACION CONTRACTUAL	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 OBLIGACIÓN												VERIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DEL SUPERVISOR
			ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	
1. Apoyar la elaboración y actualización del Plan Anual de Auditorías de Control Interno 2026, mediante la verificación y análisis de la normativa vigente, la identificación y evaluación de riesgos institucionales, y la priorización de los procesos objeto de auditoría, de acuerdo con los lineamientos establecidos por la Oficina de Control Interno.	No se realiza la actividad en el periodo	No aplica													Esta obligación se encuentra asociada a la formulación de nuevos seguimientos y auditorias que modifiquen el plan anual de auditorias 2026 de conformidad con el universo de auditoria.
2. Ejecutar las auditorías, evaluaciones y actividades de seguimiento asignadas conforme al Plan Anual de Auditorías basado en riesgos, garantizando el desarrollo integral de los cinco roles de las oficinas de control interno: Liderazgo Estratégico, Enfoque hacia la Prevención, Evaluación de la Gestión del Riesgo, Evaluación y Seguimiento, y Relación con Entes Externos de control, presentando los respectivos informes con sus hallazgos, conclusiones y recomendaciones.	En cumplimiento del Plan Anual de Auditorías, se desarrollaron los siguientes trabajos: 1. Seguimiento a indicadores IV trimestre de 2025, procesos asignados y consolidación del informe. 2. Seguimiento plan de acción 3. Seguimiento riesgos institucionales III cuatrimestre de 2025 (procesos asignados y consolidación del informe.) 4. Ampliación de las observaciones de la evaluación independiente del sistema de control interno semestre II de 2025, para los numerales 5,2 y 5,4	El soporte o evidencia de la actividad es: 1. Informe de radicado en Orfeo 20261200000123 2. Correo remitido al Profesional Especializado y supervisor 3. Informe remitido al Supervisor el 2026-02-27. 4. Correo remitido al Supervisor del contrato el 2026-02-24.	X	X											La verificación de cumplimiento del supervisor se dio a través de la información alojada en la carpeta compartida Grupo Oficina Control Interno - Vigencia 2026 y/o a través del siguiente enlace:https://drive.google.com/drive/u/0/folders/1HGGEoCYSowpff1zkecrOPyDMAOMIdZKv
3. Proporcionar apoyo para la formulación de recomendaciones constructivas orientadas a la mejora continua de los procesos institucionales, contribuyendo al fortalecimiento del Sistema de Control Interno y a la gestión preventiva de los riesgos.	Las recomendaciones efectuadas hacen parte integral de cada informe.	El soporte o evidencia de la actividad es: 1. Informe de radicado en Orfeo 20261200000123 2. Informe remitido al Supervisor el 2026-02-27	X	X											La verificación de cumplimiento del supervisor se dio a través de la información alojada en la carpeta compartida Grupo Oficina Control Interno - Vigencia 2026 y/o a través del siguiente enlace:https://drive.google.com/drive/u/0/folders/1HGGEoCYSowpff1zkecrOPyDMAOMIdZKv
4. Verificar la correcta aplicación de las normas y procedimientos de gestión documental, así como la adecuada conformación, custodia y trazabilidad de los papeles de trabajo derivados de las labores de auditoría y evaluación, asegurando el cumplimiento de los estándares establecidos por el Sistema de Gestión de la entidad.	Se verificó la correcta conformación, custodia y trazabilidad de los papeles de trabajo de auditoría conforme a la normativa vigente, garantizando la aplicación de los procedimientos documentales y el cumplimiento estricto de los estándares del Sistema de Gestión de la entidad.	El soporte o evidencia de la actividad esta dada a través del archivo fisico una vez impreso el informe	X	X											La verificación de cumplimiento del supervisor se dio a través de la información alojada en la carpeta compartida Grupo Oficina Control Interno - Vigencia 2026 y/o a través del siguiente enlace: https://drive google.com/drive/u/0/folders/1HGGEoCYSowpff1zkecrOPyDMAOMIdZKv
5. Atender los requerimientos, solicitudes o actividades adicionales asignadas por el supervisor del contrato, siempre que se relacionen directamente con el objeto contractual y contribuyan al fortalecimiento de los procesos de evaluación y seguimiento institucional.	Las actividades realizadas en el periodo en cumplimiento de la obligación contractual fueron: 1. Elaboración de recomendación por énfais para el plan de mejoramiento a partir de la auditoría realizada al Sistema de Gestión del sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo (2025). 2. Elaboración slide para integrar en la presentación de informe para rendición de cuentas 2025, correspondiente al resultado de la evaluación independiente del sistema de control interno 3. Elaboración de actas de reunión de grupo manualmente. 4.Asistencia reunión para revisión de herramientas de medición y mejora 2026. Proceso Gestión Educativa.	El soporte o evidencia de la actividad es: 1. Correo remitido al supervisor del contrato el 2026-02-24. 2. Archivo presentación ppt, slide # 6. 3. Actas de reunión fisicas 4. Memorias - grabación de la reunión		X										La verificación de cumplimiento del supervisor se dio a través de la información alojada en la carpeta compartida Grupo Oficina Control Interno - Vigencia 2026 y/o a través del siguiente enlace:https://drive.google.com/drive/u/0/folders/1HGGEoCYSowpff1zkecrOPyDMAOMIdZKv

OBSERVACIONES ADICIONALES:
Ingreso Base de Cotización: $ 9.630.000
Aporte a la Caja de Compensación Familiar: $ 57.800

Por lo anterior, autorizo el pago por valor de: SIETE MILLONES QUINIENTOS TRES MIL QUINIENTOS NOVENTA Y NUEVE PESOS M/CTE ($7.503.599)

VALOR CON IVA INCLUIDO	7.503.599
VALOR EN LETRAS	SIETE MILLONES QUINIENTOS TRES MIL QUINIENTOS NOVENTA Y NUEVE PESOS M/CTE

FIRMA DEL SUPERVISOR

NOMBRE DEL SUPERVISOR: *Fernando Jaimes Jaimes*
CARGO: *Profesional Especializado 2028-13*
C.C: 13.720.145 **Correo electrónico:** fernando.jaimes@insor.gov.co

FIRMA DEL CONTRATISTA BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO

NOMBRE DEL CONTRATISTA: María Margarita Peña Vargas
Correo personal: mmpenav@gmail.com
C.C: 65.753.531

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	65753531	MARIA MARGARITA PEÑA VARGAS		KR 72C NO 22A - 27 AP 214	6017167787	mmpenav@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

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	
2026-02	2026-02	I	04/02/2026	46594388	$2.949.100	

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					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	1.203.800	0		0		0	0	0	0	1.203.800	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
25-14	Colpensiones	900336004-7	1.540.800	0	0	48.200	48.200	0	0		1.637.200	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										
14-25	Riesgos prof Colmena	800226175-3	50.300				50.300	0	0	50.300			503	50.300	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	57.800	0	0	57.800	1

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	1.203.800	1.203.800
Pensión	1	1.637.200	1.637.200
Riesgos Laborales	1	50.300	50.300
CCF	1	57.800	57.800
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	2.949.100	2.949.100

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	65753531	MARIA MARGARITA PEÑA VARGAS		KR 72C NO 22A - 27 AP 214	6017167787	mmpenav@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS: 1 / UPC: 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2026-02	2026-02	I	04/02/2026	46594388	$2.949.100

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	65753531	PEÑA VARGAS MARIA MARGARITA	59	0			N																	25-14	9.630.000	1.540.800	0	0	48.200	48.200	EPS005	9.630.000	1.203.800	14-25	9.630.000	1	50.300	CCF24	9.630.000	57.800	0	0	0	0	0

PAGADA

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