CXP 05826 (21)

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:	Subdirección de Promoción y Desarrollo	**Pago No:**	2	**Total de pagos**	11
				¿Pago Final?	NO

INFORMACIÓN BASICA DEL CONTRATISTA / EJECUTOR

Ciudad	Bogotá	**Fecha de presentación(dd-mm-año)**	1/4/2026		
Nombres ó Razón Social:	KAREN DANIELA GAVIRIA PAZ.	**Identificación:**	**Cédula de Ciudadanía**		1.061.781.502
Teléfono	302 2911794	**Correo electrónico**	kdanielagp@gmail.com		

INFORMACIÓN DEL CONTRATO

No Contrato	039	**Mes a pagar o fracción de mes a pagar:**	**Mes**	Marzo				
			En caso de fracción indicar el número de días a pagar					
No CDP	6226	**No RP**	10826	**Valor del RP:**	$ 55.471.680	**Valor pendiente por pagar:**	$ 45.890.208	
Fecha del contrato	16/1/2026	**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 profesionales para la producción de conocimiento sobre las condiciones y dinámicas socioculturales de la población sorda colombiana en los sectores de salud, educación, empleo y accesibilidad, mediante el uso de metodologías cualitativas y de análisis estructural con enfoque interseccional, que fortalezcan la generación de conocimiento durante el año 2026.

INFORMACIÓN FINANCIERA DEL CONTRATO O CONVENIO

VALOR A PAGAR EN ESTE MES	Valor antes IVA	$ 5.042.880
	IVA	$ -
	Valor total	$ 5.042.880

Valor inicial contrato	$ 55.471.680
Adición (en el caso de que aplique)	$ -
Reducción (indicar el valor mencionado en el acto administrativo)	$ -
Valor Total:	$ 55.471.680
Total Ejecutado	$ 9.581.472
Saldo	$ 45.890.208
Porcentaje de Ejecución	
Porcentaje de Ejecución física	17%
Porcentaje de Ejecución presupuestal	17%

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
$ 4.538.592					
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, PENSION, ARL) MINIMOS SOBRE EL PAGO MENSUAL

IBC 40% VALOR PAGO	TARIFA DE RIESGOS LABORALES	SALUD	PENSIÓN	ARL	FSP	TOTAL
$ 1.815.437	III	$ 226.930	$ 290.470	$ 54.224	N.A.	$ 561.623,53
VALORES PAGADOS (Registrar manualmente)		$ 252.200	$ 322.800	$ 49.200	$ 0	$ 624.200,00
Nombre de la entidad a la que se le hace el aporte (registrar manualmente)		SURA	PROTECCIÓN	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___

Destino: SG - GESTION DOCUMENTAL

INSOR *20262600002412*

No. 20262600002412
Fecha Radicado: 01-APR-2026 12:51 PM
Nombre Radicador: LADY BIBIANA GAR
Anexos: 1.

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. 6004828331, corresponde al pago del mes de FEBRERO, del contrato de prestación de servicios No.039 suscrito con el Instituto Nacional para Sordos-INSOR. (Esto solo aplica para pesonas 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. 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)	Vencida	**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 axenta 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 realización)	SOPORTES O EVIDENCIAS DE CADA ACTIVIDAD	SEÑALAR CON UNA X EL MES EN QUE EL CONTRATISTA EJECUTO LA OBLIGACION												VERIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DEL SUPERVISOR
			ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	
1. Desarrollar investigaciones cualitativas y/o cuantitativas sobre la población sorda, abordando variables socioculturales, lingüísticas y dinámicas sociales que inciden en su inclusión en ámbitos como salud, educación, empleo y accesibilidad.	1. Se realizó entrega del plan de trabajo correspondiente al Producto 28 - Hito 2: Accesibilidad, justicia y calidad de vida de las personas sordas privadas de la libertad. 2. Se realizo entrega del plan de trabajo correspondiente al Producto 20 - Hito 2: Reflexión sobre la cultura sorda.	https://drive.google.com/drive/folders/1xl-8wsenwcMlz_FVyc-Gcb9EZHJAVT?usp=drive_link	-	X	X										Se verifican las actividades y evidencias correspondientes a la obligaciion y el periodo
2. Realizar la sistematización y análisis de información proveniente de procesos investigativos, generando resultados y recomendaciones utiles para la formulación de políticas y estrategias inclusivas.	NA para periodo de marzo 2026	NA para periodo de marzo 2026	-												NA para periodo de marzo 2026
3. Proyectar la conceptualización de materiales tecnicos, de divulgacion y sensibilización que fortalezcan el conocimiento sobre la cultura sorda y difundan hallazgos en espacios interinstitucionales.	NA para periodo de marzo 2026	NA para periodo de marzo 2026	-												NA para periodo de marzo 2026
4. Participar en actividades de articulación institucional y acciones complementarias que se requieran durante la ejecución del contrato, siempre en coherencia con su objeto.	1. Se realizó una reunión con el profesional Andrés Martinez y el coordinador del grupo DECO para socializar los insumos del proyecto "Investigación socio-lingüística y cultural de la población sorda. Auto-diagnostico sobre la Cultura Sorda Colombiana" desarrollado por el INSOR en el año 2011. 2. Se participó en la reunión del reporte trimestral del plan operativo con el Director, realizada el 11 de marzo de 2026. 3. Se participó en la reunión de revisión del Producto 28 - Hito 2 con el coordinador del grupo DECO y el subdirector de Promoción y Desarrollo, realizada el 18 de marzo de 2026. 4. Se participó en la reunión de revisión del Producto 30 - Hito 2 con el coordinador del grupo DECO y el subdirector de Promoción y Desarrollo, realizada el 19 de marzo de 2026.	https://drive.google.com/drive/folders/10iBeDrQQXIGy-qJwMBvlGqdkvdOMBYup?usp=drive_link	-	X	X										Se verifican las actividades y evidencias correspondientes a la obligaciion y el periodo

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: CINCO MILLONES CUARENTA Y DOS MIL OCHOCIENTOS OCHENTA PESOS M/CTE ($5.042.880)

VALOR CON IVA INCLUIDO	5.042.880
VALOR EN LETRAS	CINCO MILLONES CUARENTA Y DOS MIL OCHOCIENTOS OCHENTA PESOS M/CTE

FIRMA DEL SUPERVISOR

NOMBRE DEL SUPERVISOR:HUGO ARMANDO LOPEZ LEGUIZAMON

CARGO: Profesional Universitario Código 2044 Grado 08

C.C: 79.720.141 **Correo electronico: hugo.lopez@insor.gov.co**

Daniela Gaviria.

FIRMA DEL CONTRATISTA BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO

NOMBRE DEL CONTRATISTA: KAREN DANIELA GAVIRIA PAZ

Correo personal: kdanielagp@gmail.com

C.C: 1.061.781.502

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1061781502
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			KAREN DANIELA GAVIRIA PAZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	POPAYAN	DEPARTAMENTO:	CAUCA
DIRECCIÓN:	CARRERA 17 # 15 - 40	TELEFONO:	1111111
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Comercio al por mayor de computadores, equipo per
FORMA DE PRESENTACIÓN:	SUCURSAL	SUCURSAL / DEPENDENCIA:	001 - INSOR
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:		6004828331	TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	febrero AÑO 2026	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES febrero AÑO	2026
DÍAS DE MORA:		6			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2026/03/09	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		125579209

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230201	230201- PROTECCION	1	$ 322.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 1.300	$ 0	$ 322.800	$ 1.300	$ 324.100
SUBTOTALES:										**$ 322.800**	**$ 1.300**	**$ 324.100**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS010	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 252.200	$ 0	$ 1.000	$ 0	$ 252.200	$ 1.000	$ 0	$ 253.200
SUBTOTALES:													**$ 252.200**	**$ 1.000**	**$ 0**	**$ 253.200**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-25	14-25-COLMENA	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 49.200	$ 49.200	$ 200	$ 0	$ 49.400
SUBTOTALES:									**$ 49.200**	**$ 200**	**$ 0**	**$ 49.400**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES																			SEGURIDAD SOCIAL																						PARAFISCALES						
																													PENSIÓN								SALUD						ARP								CCF		SENA	ICBF	ESAP	MINEDU
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COTIZANTE EXTRANJERO	COLOMBIANO EN EXTERIOR	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 1061781502	GAVIRIA PAZ KAREN DANIELA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.750.905				NO	R 01							01 30									230201-PROTECCION	30	$ 2.017.152	$ 322.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 322.800	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	30	$ 2.017.152	$ 252.200	$ 0	$ 252.200	14-25-COLMENA	30	$ 2.017.152	106178150	$ 49.200	$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 626.700

Planilla Pagada