CxP 44926 (12)

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:	Oficina Asesora de Planeación y Sistemas	**Pago No:**	3	**Total de pagos**	12
				¿Pago Final?	NO

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRATISTA / EJECUTOR

Ciudad	Bogotá D.C.	**Fecha de presentación(dd-mm-año)**	1/4/2026		
Nombres ó Razón Social:	Ana Gicella del Portillo Montalvo	**Identificación:**	**Cédula de Ciudadanía**	22.485.073	
Teléfono	321-4686930	**Correo electrónico**	gicelladelportillo1231@gmail.com		

INFORMACIÓN DEL CONTRATO

No Contrato	090-2026	**Mes a pagar o fracción de mes a pagar:**	**Mes**	Marzo			
			En caso de fracción indicar el número de días a pagar				
No CDP	626	**No RP**	4726	**Valor del RP:**	**$ 72.870.946**	**Valor pendiente por pagar:**	**$ 57.029.436**
Fecha del contrato	14/1/2026	**Fecha de acta de inicio:**	16/1/2026	**Fecha de terminación (Se debe tener en cuenta las prórrogas, si hay lugar a ello)**		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

Prestación de servicios profesionales para apoyar a la Oficina Asesora de Planeación y Sistemas del INSOR en las actividades de diagnóstico, implementación y mejoramiento continuo para fortalecimiento del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG) y del Sistema de Gestión (SGC).

INFORMACIÓN FINANCIERA DEL CONTRATO O CONVENIO

VALOR A PAGAR EN ESTE MES	**Valor antes IVA**	**$ 6.336.604**
	IVA	**$ -**
	Valor total	**$ 6.336.604**

Valor inicial contrato	**$ 72.870.946**
Adición (en el caso de que aplique)	**$ -**
Reducción (indicar el valor mencionado en el acto administrativo)	**$ -**
Valor Total:	**$ 72.870.946**
Total Ejecutado	**$ 15.841.510**
Saldo	**$ 57.029.436**
Porcentaje de Ejecución	
Porcentaje de Ejecución física	**21%**
Porcentaje de Ejecucion presupuestal	**22%**

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
$ 3.168.302	$ 6.336.604				
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
$ 2.534.642	I	$ 316.830	$ 405.543	$ 13.231	N.A.	$ 735.603,69
VALORES PAGADOS (Registrar manualmente)		$ 317.000	$ 405.800	$ 13.300	$ 0	$ 736.100,00
Nombre de la entidad a la que se le hace el aporte (registrar manualmente)		SURA	COLPENSIONES	COLMENA	N/A	
PERIODO DE PAGO	Marzo	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 planila No. 65085609, corresponde al pago del mes de marzo, del contrato de prestación de servicios No. 090-2026 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. _____, 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 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**	No Aplica
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 Aplica
Facturación Electrónica	NO	**Es pensionado**	NO	**Certificación de pago de parafiscales** (personas jurídicas)	No Aplica

Destino: SG - GESTION DOCUMENTAL

INSOR *20262600002302*
No. 20262600002302
Fecha Radicado: 01-APR-2026 10:36 AM
Nombre Radicador: LADY BIBIANA GAR
Anexos .

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 4% ● ○

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 OBLIGACIÓN												VERIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DEL SUPERVISOR
			ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	
1. Apoyar en el diseño y estructuración de los planes de acción institucionales que respondan a la planeación estratégica del INSOR.	No se desarrollaron actividades relacionadas con la actividad contractual.	N.A.	X												N.A.
2. Realizar el reporte en las diferentes herramientas de planeación que den cuenta del cumplimiento de las metas de la Oficina Asesora de Planeación y Sistemas.	El 13 de marzo se formuló el indicador de gestión del conocimiento enfocado en la transferencia de saberes. Asimismo, se solicitó una pieza de comunicación para informar a funcionarios y contratistas sobre esta actividad, la cual se encuentra debidamente establecida en los mapas de conocimiento.	X:\CONTRATOS OAP\2026\GICELLA DEL PORTILLO\3. Marzo\2	X		X										Se revisa la actividad y se verifica que los soportes evidencian su cumplimiento
3. Prestar apoyo en la implementación de los instrumentos de seguimiento y reportes relacionados con las diferentes áreas del INSOR.	El 13 de marzo participé en la construcción del análisis de contexto interno y externo de la Oficina Asesora de Planeación y Sistemas, donde realicé la presentación correspondiente al componente de Gestión del Conocimiento.	X:\CONTRATOS OAP\2026\GICELLA DEL PORTILLO\3. Marzo\3			X	X									Se revisa la actividad y se verifica que los soportes evidencian su cumplimiento
4. Apoyar los procesos de revisión, actualización, mejora y seguimiento de las políticas operacionales que hacen parte del MIPG.	El pasado 3 de marzo, participé en la reunión convocada por la jefe de la Oficina Asesora de Planeación para revisar los indicadores de los procesos misionales solicitados por el SEN. Durante el encuentro, se acordó presentar el indicador basado en la Encuesta Nacional de Calidad de Vida 2024 y se realizó el seguimiento correspondiente hasta su envío por parte de Oscar Zapata.	X:\CONTRATOS OAP\2026\GICELLA DEL PORTILLO\3. Marzo\4			X	X									Se revisa la actividad y se verifica que los soportes evidencian su cumplimiento
5. Apoyar en la actualización y modificación de la documentación relacionada con las diferentes procesos y políticas del Modelo Integrado de Planeación y Gestión.	El 3 de marzo, en reunión virtual con Magda Rojas, revisamos las propuestas de modificación de los procesos misionales. Durante la revisión, se observó que estas fueron formuladas de manera individual y no conjunta, lo que evidencia que aún persiste una falta de articulación. Ante esto, se propuso una mesa de trabajo con ambas subdirecciones, la cual se encuentra pendiente de ejecución a la fecha.	X:\CONTRATOS OAP\2026\GICELLA DEL PORTILLO\3. Marzo\5	X		X	X									Se revisa la actividad y se verifica que los soportes evidencian su cumplimiento
6. Apoyar en el desarrollo, diligenciamiento y reporte de información que permita dar cumplimiento al Formulario Único de Reporte y Avance de Gestión FURAG siguiendo los lineamientos brindados por el Departamento Administrativo de la Función Pública.	Durante marzo, realicé el diligenciamiento del formulario FURAG en lo referente a las políticas de Gestión del Conocimiento e Información Estadística. El 16 de marzo, me reuní con la Jefe de la Oficina Asesora Jurídica para validar la política de Defensa Jurídica, asimismo, el 24 de marzo revisé las respuestas de la Coordinadora de Talento Humano sobre integridad, talento humano y temas transversales. En esta última sesión, presenté observaciones a las preguntas 40, 64, 68, 75, 78, 86, 133, 464 y 472, y cargué las evidencias correspondientes a Gestión del Conocimiento.	X:\CONTRATOS OAP\2026\GICELLA DEL PORTILLO\3. Marzo\6			X	X									Se revisa la actividad y se verifica que los soportes evidencian su cumplimiento
7. Apoyar en el análisis técnico de los resultados del FURAG y formular las acciones pertinentes que permitan el incremento del puntaje para la vigencia 2027.	No se desarrollaron actividades relacionadas con la actividad contractual	N.A.													N.A.

OBSERVACIONES ADICIONALES:

Por lo anterior, autorizo el pago por valor de: SEIS MILLONES TRESCIENTOS TREINTA Y SEIS MIL SEISCIENTOS CUATRO PESOS M/CTE ($6.336.604)

VALOR CON IVA INCLUIDO	**6.336.604**
VALOR EN LETRAS	**SEIS MILLONES TRESCIENTOS TREINTA Y SEIS MIL SEISCIENTOS CUATRO PESOS M/CTE**

FIRMA DEL SUPERVISOR

NOMBRE DEL SUPERVISOR: Laura Cristina Fajardo

CARGO: Profesional especializaco 2028-13

C.C: 1.015.423.626 **Correo electrónico: laura.fajardo@insor.gov.co**

FIRMA DEL CONTRATISTA BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO

NOMBRE DEL CONTRATISTA: Gicella del Portillo Montalvo

Correo personal: gicelladelportillo1231@gmail.com

C.C: 22.465.073

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	22465073	ANA GICELLA DEL PORTILLO MONTALVO	Cra 55 #152B-68 T2 apto 704 Mazuren1	6013404966	una_mass@hotmail.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)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		65085609	06/03/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-03	2026-03	I	$0	$736.100	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Dias Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS010	EPS Sura	800088702-2	317.000	0		0		0	0	0	0	317.000	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Dias Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	405.800	0	0	0	0	0	0		405.800	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Dias 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	13.300				13.300	0	0	13.300			133	13.300	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Dias Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Dias 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	317.000	317.000
Pensión	1	405.800	405.800
Riesgos Laborales	1	13.300	13.300
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	736.100	736.100

PAGADA

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	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	22465073	ANA GICELLA DEL PORTILLO MONTALVO	Cra 55 #152B-68 T2 apto 704 Mazuren1	6013404966	una_mass@hotmail.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)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		65085609	06/03/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-03	2026-03	I	$0	$736.100	

.E POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE						INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD				RIESGOS LABORALES					CCF				PARAFISCALES				
de ción	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	INS	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
073	DEL PORTILLO MONTALVO ANA GICELLA	59	0			N																	25-14	2.536.000	30	405.800	0	0	0	0	EPS010	2.536.000	30	317.000	14-25	2.536.000	30	1	13.300		0	0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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