CxP 53126

95

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 Gestión Educativa	**Pago No:**	3	**Total de pagos**	12
				¿Pago Final?	NO

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRATISTA / EJECUTOR

Ciudad	BOGOTÁ	**Fecha de presentación(dd-mm-año)**	1/04/2026		
Nombres ó Razón Social:	ÁLVARO ANDRÉS AGUILAR ANGARITA	**Identificación:**	Cédula de Ciudadanía	1.101.692.444 de Socorro (Santander)	
Teléfono	3152119747	**Correo electrónico**	alvaroaguilar94@hotmail.com		

INFORMACIÓN DEL CONTRATO

No Contrato	021 - 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	10526	**No RP**	5126	**Valor del RP:**	$ 52.341.300	**Valor pendiente por pagar:**	$ 40.445.550	
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)**		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 la gestión, análisis y visualización de datos relacionados con la población sorda en Colombia, mediante la elaboración de tableros de control que consoliden información relevante y oportuna, como insumo estratégico para la toma de decisiones de los usuarios internos y externos del INSOR.

INFORMACIÓN FINANCIERA DEL CONTRATO O CONVENIO

VALOR A PAGAR EN ESTE MES	**Valor antes IVA**	$ 4.758.300
	IVA	$ -
	Valor total	$ 4.758.300

Valor inicial contrato	$ 52.341.300
Adición (en el caso de que aplique)	$ -
Reducción (indicar el valor descontado en el acto administrativo)	
Valor Total:	$ 52.341.300
Total Ejecutado	$ 11.895.750
Saldo	$ 40.445.550
Porcentaje de Ejecución	
Porcentaje de Ejecucion fisica	22%
Porcentaje de Ejecucion presupuestal	23%

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
$ 2.379.150	$ 4.758.300				
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
$ 1.903.320,00	I	$ 237.915,00	$ 304.531,20	$ 9.935,33	N.A.	$ 552.381,53
VALORES PAGADOS (Registrar manualmente)		$ 238.000,00	$ 304.600,00	$ 10.000,00	$ 0,00	$ 552.600,00
Nombre de la entidad a la que se le hace el aporte (registrar manualmente)		SURA	PROTECCION	COLMENA		
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/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 último 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 soscial 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. 9500317673 , corresponde al pago del mes de MARZO contrato de prestación de servicios No.021 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**	
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)	

Destino: SG - GESTION DOCUMENTAL

INSOR *20262600003202*
No. 20262600003202
Fecha Radicado: 07-APR-2026 12:50 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	☐	☑ No
Mis ingresos como contratista del Estado superan las 4.000 UVT ($209,496,000)	☐	☑ No
Soy responsable de Facturación Electrónica	☐	☑ 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. ($41,375,460)	☑	☐ 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. Tarifa Adicional ____ ☐ Si ☑ No

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. Diseñar y mantener actualizados los tableros de control de la Subdirección de Gestión Educativa, integrando información interna y bases de datos externas suministradas al INSOR, con el fin de apoyar la toma de decisiones estratégicas.	1.1 Se corrigieron errores en el tablero de control de las secretarías de REPE y se creó un nuevo tablero de análisis comparativo, que consolida información de diferentes archivos para comparar a las secretarías en sus principales componentes y análisis, optimizando el seguimiento y la interpretación de los datos.	**1.1.1 Enlance del tablero de control productivo:** https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiYzU4MTkyYTEtZWUwZC00MDJlLWI5N2UtZjFlOTFlMjY5YTExIiwidCI6ImNiNjYwNDg2LTg3NmUtNGI4Zi1hZTQ4LTk0NWY1ZmQ3YTViZiJ9	X	X	X										
2. Implementar mejoras en la visualización de la información gestionada por la Subdirección de Gestión Educativa, asegurando que los datos sean de fácil lectura, interpretación y análisis para los diferentes usuarios.	No aplica entregable en este periodo	No aplica para el periodo	X												No aplica
3. Fortalecer los procesos de recolección y consolidación de información territorial, mediante el diseño de estrategias que promuevan la precisión, consistencia y eficiencia en el manejo de los datos.	3.1 Actualización y mejora del formulario de línea base en educación superior en Google Forms, incorporando observaciones de los usuarios para optimizar la recolección de información y generar una versión final ajustada en producción.	**3.1.1 Enlace del formulario productivo:** https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSd0XINw26ekHAxSx6Z3BlrGi461NELSO4I37No9ZVovJVAIlw/viewform?usp=header			X	X									Se verificaron las evidencias que se entregaron por el contratista, corroborando que corresponden a lo descrito y dan cuenta de los avances en el desarrollo de la obligación
	3.2 Actualización y mejora del formulario de línea base de primera infancia en Google Forms, incorporando observaciones de los usuarios para optimizar la recolección de información y generar una versión final ajustada en producción.	**3.2.1 Enlace del formulario productivo:** https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSe-k1FxxE2Dp4yhV2DHdIPpszZPlzYhJEIBWLRCwOp6428WwQ/viewform?usp=header													
	3.3 Actualización y mejora del formulario de línea base de entidades (Línea Base 1) en Google Forms, incorporando las observaciones de los usuarios para optimizar la recolección de información y generar una versión final ajustada en producción	**3.3.1 Enlace del formulario productivo:** https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSfV3BsJXiXas4cMirbarJ9zxa3kdBJ2ND4rm5yd4fGI05ImEw/viewform?usp=header													
	3.4 Actualización y mejora del formulario de línea base de entidades (Línea Base 2) en Google Forms, integrando las observaciones de los usuarios para optimizar la recolección de información y generar una versión final ajustada en producción.	**3.4.1 Enlace del formulario productivo:** https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSd0XINw26ekHAxSx6Z3BlrGi461NEL8O4I37No9ZVovJVAIlw/viewform?usp=header													
4. Apoyar la actualización de la ruta para garantizar trayectorias educativas completas de las personas sordas, participando en actividades de capacitación, gestionando PQRSD y atendiendo los requerimientos relacionados con el objeto contractual.	No aplica entregable en este periodo	No aplica para el periodo		X											No aplica
5. Participar en las reuniones, mesas técnicas, comités y demás espacios de articulación institucional que sean convocados por la entidad, inherentes a políticas de gestión de la información estadística, con relación a la población sorda colombiana.	No aplica entregable en este periodo	No aplica para el periodo	X												No aplica

OBSERVACIONES ADICIONALES:

Por lo anterior, autorizo el pago por valor de: CUATRO MILLONES SETECIENTOS CINCUENTA Y OCHO MIL TRESCIENTOS PESOS M/CTE ($4.758.300)

VALOR CON IVA INCLUIDO	4.758.300
VALOR EN LETRAS	CUATRO MILLONES SETECIENTOS CINCUENTA Y OCHO MIL TRESCIENTOS PESOS M/CTE

FIRMA DEL SUPERVISOR

NOMBRE DEL SUPERVISOR: Inés Esther Diaz

CARGO: **Coordinadora del grupo de Fortalecimiento y Gestión de Saberes**

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

FIRMA DEL CONTRATISTA BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO

NOMBRE DEL CONTRATISTA: ÁLVARO ANDRÉS AGUILAR ANGARITA

Correo personal: alvaroaguilar94@hotmail.com

C.C: 1.101.692.444 de Socorro (Santander)

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 1101692444		AGUILAR ANGARITA ALVARO ANDRES	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CLL 95 # 71 31	BOGOTA-BOGOTA D.E.	1111111	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-03	2026-03	145514588	9500317673	I	2026/04/14	2026/03/16	BANCOLOMBIA	0	$552,600

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$304,600	$0	$0	$304,600
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$304,600	$0	$0	$304,600
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$10,000	$0	$0	$10,000
COLMENA	14-25	800,226,175	3	1	$10,000	$0	$0	$10,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$238,000	$0	$0	$238,000
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	$238,000	$0	$0	$238,000
TOTAL				1	$552,600	$0	$0	$552,600

2026/03/16 02:36 PM

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 1101692444		AGUILAR ANGARITA ALVARO ANDRES	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CLL 95 # 71 31	BOGOTA-BOGOTA D.E.	1111111	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
2026-03	2026-03	145514588	9500317673	I	2026/04/14	2026/03/16	BANCOLOMBIA	0	$552,600

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,903,320	$304,600			$1,903,320	$238,000			$0	$0			$1,903,320	$10,000		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,903,320	$304,600			$1,903,320	$238,000			$0	$0			$1,903,320	$10,000		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,903,320	$304,600			$1,903,320	$238,000			$0	$0			$1,903,320	$10,000		$0	$0
1	CC	1101692444	AGUILAR ALVARO	230201	30	$1,903,320	$304,600	EPS010	30	$1,903,320	$238,000		0	$0	$0	14-25	30	$1,903,320	$10,000	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**				$1,903,320	$304,600			$1,903,320	$238,000			$0	$0			$1,903,320	$10,000		$0	$0