106

	PROCESO GESTION FINANCIERA	Código: FOGF52
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)	Versión: 3
		Fecha:27/01/2025

Dependencia / Grupo:	Oficina de Comunicaciones	**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:	Maria Camila Valbuena Peralta	**Identificación:**	Cédula de Ciudadanía		1020814759
Teléfono	3176481539	**Correo electrónico**	maria.valbuena@insor.gov.co		

INFORMACIÓN DEL CONTRATO

No Contrato	109-2026	**Mes a pagar o fracción de mes a pagar:**	**Mes**	Marzo				
			En caso de fracción indicar el número de días a pagar					
No CDP	**13126**	**No RP**	10026	**Valor del RP:**	**$**	**78.400.000**	**Valor pendiente por pagar:**	**$ 62.300.000**
Fecha del contrato	22/1/2026	**Fecha de acta de inicio:**	22/1/2026		**Fecha de terminación (Se debe tener en cuenta las prórrogas, si hay lugar a ello)**		27/12/2026	
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 los servicios profesionales para la coordinación, planificacion, ejecucion y seguimiento de las actividades de comunicacion interna y externa del INSOR, en concordancia con el plan estratégico y lineamientos establecidos por la entidad

INFORMACIÓN FINANCIERA DEL CONTRATO O CONVENIO

VALOR A PAGAR EN ESTE MES	**Valor antes IVA**	**$ 7.000.000**
	IVA	$ -
	Valor total	**$ 7.000.000**

Valor inicial contrato	**$ 78.400.000**
Adición (en el caso de que aplique)	$ -
Reducción (indicar el valor mencionado en el acto administrativo)	$ -
Valor Total:	**$ 78.400.000**
Total Ejecutado	**$ 16.100.000**
Saldo	**$ 62.300.000**
Porcentaje de Ejecución	
Porcentaje de Ejecución física	20%
Porcentaje de Ejecución presupuestal	21%

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
$ 2.100.000	$ 7.000.000				
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
$ 2.800.000	I	$ 350.000	$ 448.000	$ 14.616	N.A.	$ 812.616,00
VALORES PAGADOS (Registrar manualmente)		$350.000	$ 448.000	$ 14.700	N.A.	$812.700,00
Nombre de la entidad a la que se le hace el aporte (registrar manualmente)		COMPENSAR EPS	PORVENIR	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. 67164627, corresponde al pago del mes de febrero 2026, del contrato de prestación de servicios No.109-2026 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. 109-2026, 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**	SI	**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)	Vencida	**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

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)

DES: 02 SG - GESTIÓN DOCUMENTAL

INSOR *20262600003312*

No. 20262600003312
Fecha Radicado: 07-APR-2026 03:59 PM
Nombre Radicador: LADY BIBIANA GAR
Anexos: .

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. Brindar apoyo en el diseño, coordinación en la implementación de la estrategia integral de comunicaciones internas y externas del INSOR, alineada con los objetivos institucionales y las necesidades de los diferentes públicos de interés.	Construcción de minuto a minuto de la Audiencia de Rendición de Cuentas 2025, en el marco de la coordinación de la implementación de la estrategia general de comunicaciones del INSOR. Gestión de participacion del INSOR en la FilBO 2026, como parte de la coordinación de la implementación de la estrategia general de comunicaciones de la entidad. Construcción de insumos para las intervenciones públicas del Director General, en el marco de la coordinación de la implementación de la estrategia integral de comunicaciones de la entidad. Construcción de cronograma interno de comunicaciones para la Audiencia de Rendición de Cuentas 2025, como parte de coordinar la implementación de la estrategia integral de comunicaciones de la entidad. Coordinación de la actualización e implementación de la nueva línea gráfica de la entidad, como parte de la implementación de la estrategia de comunicaciones integral.	https://drive.google.com/drive/folders/1ZRtyS9JDaHwhGWYJDrOjDmBWU-2JLdxE	x	X	X										
2. Gestionar y revisar la elaboración de contenidos audiovisuales, comunicados, artículos, piezas informativas, informes, reportes y presentaciones, asegurando su pertinencia, claridad y adecuación en concordancia con la línea gráfica y los estándares institucionales del INSOR.	Gestión y revisión de contenidos gráficos y audiovisuales para redes sociales. Gestión y revisión de 5 comunicados de prensa publicados en la página web de la entidad. Gestión y revisión contenidos gráficos y audiovisuales para comunicación interna. Gestión y revisión de insumos gráficos de la Audiencia de Rendición de Cuentas 2025. Gestión y revisión de Boletín mensual de comunicaciones. Gestión y revisión de encuesta de uso de intranet. Gestión y revisión de encuesta de percepción de comunicaciones internas primer semestre.	https://drive.google.com/drive/folders/1rKA56gpfWQKG4KMlVa3qp_IvH5VnerII	x	X	X										
3. Coordinar y acompañar el desarrollo de entrevistas, encuentros, ruedas de prensa, eventos y demás actividades de divulgación, en las que el INSOR participe o sea organizador, garantizando su adecuada planeación y cobertura comunicativa.	Coordinación de participación del Director General en un Podcast liderado por la Universidad de Cartagena. Coordinación de participación del Director General en entrevista con Canal Capital. Coordinación de participación del Director General en espacios estratégicos en el marco de la FilBo 2026, en articulación con la Dirección Nacional de Derecho de Autor.	https://drive.google.com/drive/folders/1LDhM8-ED3ShVRjUSvUuZL4uGY7pKuzZb	x	X	X										
4. Acompañar las acciones de relacionamiento con medios de comunicación y actores estratégicos, para fortalecer la visibilidad y el posicionamiento institucional.	Acompañamiento en la participación del Director General en un Podcast liderado por la Universidad de Cartagena. Acompañamiento en la participación del director en entrevista con Canal Capital.	https://drive.google.com/drive/folders/1Osr_HhIGbbiOhtR5xTgxjcoJ0UcNkHlr	x	X	X										
5. Consolidar y presentar los reportes periódicos e informes de avance del plan operativo y de los indicadores, evidenciando el cumplimiento de las actividades y resultados establecidos por el INSOR.	Reporte de información para auditoría de Lenguaje Claro, desde el área de comunicaciones. Reporte de información para FURAG, desde el área de comunicaciones.	https://drive.google.com/drive/folders/1yp9IbaEbNMQEaXbEUaBEIB8DWC4SEK4f	x	X	X										
6. Apoyar en la Supervisión de los contratos que le sean asignados por el supervisor.	Apoyo en la revisión inicial de informe de actividades del equipo de comunicaciones.	https://drive.google.com/drive/folders/1oO3FiYnrQ9bERbyyWi_clcZ0eHn4U8a8		X	X										

OBSERVACIONES ADICIONALES:

Por lo anterior, autorizo el pago por valor de: SIETE MILLONES PESOS M/CTE ($7.000.000)

VALOR CON IVA INCLUIDO	**7.000.000**
VALOR EN LETRAS	**SIETE MILLONES PESOS M/CTE**

FIRMA DEL SUPERVISOR

NOMBRE DEL SUPERVISOR: Luz Alejandra Barbosa Tarazona

CARGO: Asesora

C.C: 1032362298 **Correo electrónico: luz.barbosa@insor.gov.co**

FIRMA DEL CONTRATISTA BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO

CMCamila Valbuena P.

NOMBRE DEL CONTRATISTA: María Camila Valbuena Peralta

Correo personal: camila.valbuena12@gmail.com

C.C: 1020814759

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1020814759	MARIA CAMILA VALBUENA PERALTA		CALLE 135 D #11B 02	3125037342	camila.valbuena12@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)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		67164627	11/03/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-02	2026-02	I	$0	$812.700	

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	350.000	0		0		0	0	0	0	350.000	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
230301	Porvenir	800224808-8	448.000	0	0	0	0	0	0		448.000	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	14.700				14.700	0	0	14.700			147	14.700	1

TOTALES CAJAS

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

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	350.000	350.000
Pensión	1	448.000	448.000
Riesgos Laborales	1	14.700	14.700
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	812.700	812.700

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	1020814759	MARIA CAMILA VALBUENA PERALTA		CALLE 135 D #11B 02	3125037342	camila.valbuena12@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)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		67164627	11/03/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-02	2026-02	I	$0	$812.700	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE							INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN								SALUD				RIESGOS LABORALES					CCF				PARAFISCALES				
Tipo y Número 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	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
CC 1020814759	VALBUENA PERALTA MARIA CAMILA	59	0			N																	230301	2.800.000	30	448.000	0	0	0	0	EPS005	2.800.000	30	350.000	14-25	2.800.000	30	1	14.700		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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