CXP 73126 (85)

	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:	Subdirección de Gestión Educativa	**Pago No:**	4	**Total de pagos**	12
				Pago Final	NO

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRATISTA / EJECUTOR

Ciudad	BOGOTÁ	**Fecha de presentación(dd-mm-año)**	4/05/2026		
Nombres ó Razón Social:	ALLISON YULIANA FORERO CRUZ	**Identificación:**	**Cédula de Ciudadanía**	1 192 794 832	
Teléfono	3197760662	**Correo electrónico**	allisonforero103@gmail.com		

INFORMACIÓN DEL CONTRATO

No Contrato	019 -2026	**Mes a pagar o fracción de mes a pagar:**	**Mes**	Abril				
			En caso de fracción indicar el número de días a pagar					
No CDP	9226	**No RP**	6426	**Valor del RP:**	$ 49.500.000	**Valor pendiente por pagar:**	$ 34.350.000	
Fecha del contrato	13/1/2026	**Fecha de acta de inicio:**	20/1/2026	**Fecha de terminación (Se debe tener en cuenta las prórrogas, si hay lugar a ello)**		19/12/2026		
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 apoyar el desarrollo de la fase IV de la estrategia de cualificación, dirigida a las instituciones educativas priorizadas en la vigencia 2026 que le sean asignadas, con énfasis en el componente académico de la oferta educativa.

INFORMACION FINANCIERA DEL CONTRATO O CONVENIO

VALOR A PAGAR EN ESTE MES	Valor antes IVA	$ 4.500.000
	IVA	$ -
	Valor total	$ 4.500.000

Valor inicial contrato	$ 49.500.000
Adición (en el caso de que aplique)	$ -
Reducción (indicar el valor mencionado en el acto administrativo)	$ -
Valor Total:	$ 49.500.000
Total Ejecutado	$ 15.150.000
Saldo	$ 34.350.000
Porcentaje de Ejecución	
Porcentaje de Ejecucion fisica	31%
Porcentaje de Ejecución presupuestal	31%

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
$ 1.650.000	$ 4.500.000	$ 4.500.000			
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) MÍNIMOS SOBRE EL PAGO MENSUAL

IBC 40% VALOR PAGO	TARIFA DE RIESGOS LABORALES	SALUD	PENSIÓN	ARL	FSP	TOTAL
$ 1.800.000,00	III	$ 225.000,00	$ 288.000,00	$ 43.848,00	N.A.	$ 556.848,00
VALORES PAGADOS (Registrar manualmente)		$ 225.000,00	$ 288.000,00	$ 43.900,00	$ 0,00	$ 556.900,00
Nombre de la entidad a la que se le hace el aporte (registrar manualmente)		COMPENSAR EPS	PORVENIR	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 trámitar 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 Interventoria 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 cumplimiento de sus obligaciones con el sistema de seguridad sosical 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 Seguridad Social Integral que aporto según planila No. 70518913, corresponde al pago del mes de marzo del contrato de prestación de servicios No.019 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 juridicas).

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)	Vencida	**Comprobante de pago mensual de Medicina Prepa ada**	NO	**Valor a descontar por AFC o Pensiones Voluntarias** (Indique el valor en numeros)	
Facturación Electrónica	NO	**Es pensionado**			

Destino: SG - GESTION DOCUVENTAL

INSOR *20262600004492*

No. 20262600004492
Fecha Radicado: 05-MAY-2026 03:47 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	☐ Si	☑ No
Mis ingresos como contratista del Estado superan las 4.000 UVT ($209.496.000)	☐ Si	☑ No
Soy responsable de Facturación Electrónica	☐ Si	☑ 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)	☑ Si	☐ 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 propuestas y recursos técnicos que faciliten el desarrollo de los encuentros con los actores requeridos para la implementación de la fase 4 del programa de cualificación.	**Actividad 1.1** Diseño de propuesta metodologica para los encuentros regionales , en el marco de la implementación de la fase 4 del programa de cualificación. **Actividad 1.2** Coelaborsación de la planeación, la planeación y la estrategia de recolección de información para encuentro con las Secretarias de Educación para presentar las acciones del programa de cualificación para el año 2026. **Actividad 1.3** Participar de los encuentros de socialización y organización del programa de cualificación. **Actividad 1.4** Participar de los encuentros de cualificación interna acerca de la OEBBS	**Producto 1.1.1** Propuesta de diseño para encuentro regional **Producto 1.1.2** Memoria 09 de abril. Preparación encuentros regionales y cualificación interna **Producto 1.1.3** Memoria_Reunión Planeación Encuentros Regionales 31_03_2026 **Producto 1.1.4** MEMORIA DE REUNIÓN PLANEACIÓN MENSUAL ACTORES SORDOS DE LAS INSTITUCIONES 14-04-2026 **Producto 1.2.1** Planeación encuentro SE **Producto 1.2.2** Coelaboración PPT programa de cualificación SE Sucre, Caldas, Bolivar, Magdalena, Santander, Cesar **Producto 1.3.1** ayuda de memoria de Reunión Socialización y organización del programa de cualificación 16.04.2026 **Producto 1.4.1**	X	X	X	X									Se realiza la revisión y verificación de las actividades reportadas junto con los soportes relacionados y se evidencia que hizo entrega de los archivos que demuestran la ejecución de la obligación contractual durante el mes de abril
2. Implementar y sistematizar los procesos y resultados derivados de los encuentros de cualificación programados.	**Actividad 2.1** Participar de los encuentros con las Secretarias de Educación para presentar al equipo y las acciones del programa de cualificación. **Actividad 2.2** Participar en la coelaboración de los Padlet para realizar los grupos focales para la reaplicación de la GVSOBBS **Actividad 2.3** Realizar el cargue de las acciones realizadas en los meses de enero, febrero, marzo y abril por el equipo de Marcela.	**Producto 2.1.1** Ayuda de memoria Presentación del programa de cualificación a Secretarías de Educación de Caldas, Magdalena, Santander, Cesar **Producto 2.2.2** Grupos focales padlet **Producto 2.3.1** Cargue y seguimiento de acciones territoriales REPE 2026		X	X	X									Se realiza la revisión y verificación de las actividades reportadas junto con los soportes relacionados y se evidencia que hizo entrega de los archivos que demuestran la ejecución de la obligación contractual durante el mes de abril
3. Elaborar y sistematizar propuestas de asesoría y asistencia técnica solicitadas por las secretarías de educación priorizadas y aquellas requeridas por demanda que le sean asignadas.	**Actividad 3.1** Participar de los encuentros de equipo de cualificació y para la preparación de los encuentros regionales **Actividad 3.2** Participar en la socialización de las estrategias para los encuentros con SE e IE **Actividad 3.3** Participar en los encuentros para asignar las responsabilidades del grupo	**Producto 3.1.1** 15 de abril de 2026 Preparacion Culificacion encuentra regional **Producto 3.2.1** 3.2.1 21-abr-2026. Ayuda de memoria. Socialización estrategia encuentro SE e IE de Córdoba-Floridablanca-Malambo-Monteria-Riohacha-Rionegro. **Producto 3.3.1** Ayuda de memoria encuentro equipo Marcela	X	X	X	X									Se realiza la revisión y verificación de las actividades reportadas junto con los soportes relacionados y se evidencia que hizo entrega de los archivos que demuestran la ejecución de la obligación contractual durante el mes de abril
4. Diligenciar de manera oportuna y completa las herramientas de sistematización y seguimiento de los productos definidos en el plan operativo, conforme a las directrices del equipo de trabajo de la subdirección.	**Actividad 4.1** Paticipación del encuentro sobre las orientaciones sobre el uso del Drive institucional, el diligenciamiento de la directiva presidencial, el seguimiento de actividades y el correcto cargue de evidencias. **Actividad 4.2** Co-construcción y agendamiento en Google Calendar del cronograma del plan de comisiones y los encuentros	**Producto 4.1.1** Ayuda de Memoria de Reunión Seguimiento y Cargue de Evidencias 25.03.2026 **Producto 4.2.1** calendario_comisiones y encuentros **Producto 4.2.2** Calendario plan de trabajo Bogotá-CEMID **Producto 4.2.3** Calendario equipo Marcela	X	X	X	X									Se realiza la revisión y verificación de las actividades reportadas junto con los soportes relacionados y se evidencia que hizo entrega de los archivos que demuestran la ejecución de la obligación contractual durante el mes de abril
5. Aportar insumos técnicos y administrativos para la elaboración de conceptos, la atención de PQRSD y la retroalimentación de los productos de la Subdirección de Gestión Educativa.	**Actividad 5.1** Participar de la cualificación interna a cerca de los recursos educativos accesibles del INSOR educativo. **Actividad 5.2** Realizar el reporte de las acciones de asesoria y asistencia tecnica al grupo de comunicaciones	**Producto 5.1.1** Memoria 20 marzo Cualificación Recursos Educativos Accesibles INSOR Educativo **Producto 5.2.1** Reporte comunicaciones (13-16 y 20-14 ABRIL) **Producto 5.2.2** Reporte comunicaciones REPE 30-03 hasta 10-04 2026		X	X	X									Se realiza la revisión y verificación de las actividades reportadas junto con los soportes relacionados y se evidencia que hizo entrega de los archivos que demuestran la ejecución de la obligación contractual durante el mes de abril

OBSERVACIONES ADICIONALES:

Por lo anterior, autorizo el pago por valor de: CUATRO MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS COLOMBIANOS ($4.500.000)

VALOR CON IVA INCLUIDO	**4.500.000**
VALOR EN LETRAS	**CUATRO MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS COLOMBIANOS**

FIRMA DEL SUPERVISOR

NOMBRE DEL SUPERVISOR: **LILI PORTILLA AGUIRRE**

CARGO: **COORDINADORA REFERENTES Y PERTINENCIA EDUCATIVA**

C.C: 51.990.351 **Correo electrónico:** lili.portilla@insor.gov.co

FIRMA DEL CONTRATISTA BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO

NOMBRE DEL CONTRATISTA: ALLISON YULIANA FORERO CRUZ

Correo personal: allisonforero103@gmail.com

C.C: 1.192.794.832

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	1192794832	ALLISON YULIANA FORERO CRUZ	dg 15 a #99-34	3197760662	allisonforero103@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
		70518913	09/04/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-03	2026-03	I	$0	$556.900	

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	225.000	0		0		0	0	0	0	225.000	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	288.000	0	0	0	0	0	0		288.000	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	43.900				43.900	0	0	43.900			439	43.900	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días 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	225.000	225.000
Pensión	1	288.000	288.000
Riesgos Laborales	1	43.900	43.900
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	556.900	556.900

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	1192794832	ALLISON YULIANA FORERO CRUZ	dg 15 a #99-34	3197760662	allisonforero103@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
		70518913	09/04/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-03	2026-03	I	$0	$556.900	

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 1192794832	FORERO CRUZ ALLISON YULIANA	59	0			N																	230301	1.800.000	30	288.000	0	0	0	0	EPS008	1.800.000	30	225.000	14-25	1.800.000	30	3	43.900		0	0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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