CTP 88226

OK Yny (5)

	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:**	5	**Total de pagos**	12
				¿Pago Final?	NO

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRATISTA / EJECUTOR

Ciudad	Bogotá D.C	**Fecha de presentación(dd-mm-año)**	1/6/2026		
Nombres ó Razón Social:	Soledad Carolina Martinez Gamba	**Identificación:**	**Cédula de Ciudadanía**	52709727	
Teléfono	3144104073	**Correo electrónico**	scmartinezg@gmail.com		

INFORMACIÓN DEL CONTRATO

No Contrato	092-2026	**Mes a pagar o fracción de mes a pagar:**	**Mes**	Mayo			
			En caso de fracción indicar el número de días a pagar				
No CDP	526	**No RP**	7526	**Valor del RP:**	$ 67.867.250	**Valor pendiente por pagar:**	$ 41.310.500
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 a la Oficina Asesora de Planeación y Sistemas, con el objetivo de apoyar en el desarrollo de proyectos tecnológicos en las áreas misionales de la entidad, asegurando la verificación del cumplimiento de las políticas de gobierno digital y desempeñando el rol de Web Master de la Entidad

INFORMACIÓN FINANCIERA DEL CONTRATO O CONVENIO

VALOR A PAGAR EN ESTE MES	**Valor antes IVA**	$ 5.901.500
	IVA	$ -
	Valor total	$ 5.901.500

Valor inicial contrato	$ 67.867.250
Adición (en el caso de que aplique)	$ -
Reducción (indicar el valor monetizado en el acto administrativo)	$ -
Valor Total:	$ 67.867.250
Total Ejecutado	$ 26.556.750
Saldo	$ 41.310.500
Porcentaje de Ejecución	
Porcentaje de Ejecución física	39%
Porcentaje de Ejecución presupuestal	39%

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
$ 2.950.750	$ 5.901.500	$ 5.901.500	$ 5.901.500		
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 DEMAS 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
$ 2.360.600	I	$ 295.075	$ 377.696	$ 12.322	N.A.	$ 685.093,33
VALORES PAGADOS (Registrar manualmente)		$ 295.100	$ 377.700	$ 12.400	$ 0	$ 685.200,00
Nombre de la entidad a la que se le hace el aporte (registrar manualmente)		SANITAS EPS	COLPENSIONES	COLMENA	N/A	
PERIODO DE PAGO	Mayo	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 Interventoria 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 Interventoria 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. 77048535, corresponde al pago del mes de Mayo, del contrato de prestación de servicios No.092 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 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**	
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**			
Facturación Electrónica	NO	**Es pensionado**			

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, este 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

1/6/26, 10:25 a.m. Sticker web

Destino: SG - GESTION DOCUMENTAL

INSOR *20262600004982

No. 20262600004982

Fecha Radicado: 01-JUN-2026 10:25 AM

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 y orientación en el seguimiento a la implementación de las políticas de Transparencia, acceso a la información pública y accesibilidad web.	Se realizaron 3 actividades durante el periodo comprendido entre el 1 y 31 de Mayo de 2026	\\172.16.10.5\p.a 2019\CONTRATOS OAP\2026\SOLEDAD MARTINEZ\5. Mayo\Obligación 1		X	X	X	X								Se verificó el cumplimiento de la actividad realizada para el periodo comprendido entre el 01/05/2026 a 31/05/2026 y la evidencia correspondiente en la unidad de red
2. Apoyar en la administración, gestión de requerimientos de TI de la mesa de ayuda y de la sede electrónica del INSOR, de acuerdo con los parámetros orientados por la Oficina de Planeación y Sistemas y la mesa de transparencia.	Se han ejecutado 30 casos dentro del tiempo establecido por el acuerdo de niveles de servicio durante el periodo comprendido entre el 1 y 31 de Mayo de 2026	\\172.16.10.5\p.a 2019\CONTRATOS OAP\2026\SOLEDAD MARTINEZ\5. Mayo\Obligación 2	X	X	X	X	X								Se verificó el cumplimiento de la actividad realizada para el periodo comprendido entre el 01/05/2026 a 31/05/2026 y la evidencia correspondiente en la unidad de red
3. Apoyar a la oficina asesora de planeación y sistemas en el seguimiento al cumplimiento de los compromisos establecidos por el equipo de trabajo, en las actividades de medición y reporte de indicadores e informes periódicos sobre el desempeño de las políticas de Gobierno y Seguridad Digital.	Se realizaron 2 actividades durante el periodo comprendido entre el 1 y 31 de Mayo de 2026	\\172.16.10.5\p.a 2019\CONTRATOS OAP\2026\SOLEDAD MARTINEZ\5. Mayo\Obligación 3	X	X	X	X	X								Se verificó el cumplimiento de la actividad realizada para el periodo comprendido entre el 01/05/2026 a 31/05/2026 y la evidencia correspondiente en la unidad de red
4. Apoyar la implementación de la política de Gobierno y seguridad Digital del MIPG	Se realizo 1 actividad durante el periodo comprendido entre el 1 y 31 de Mayo de 2026	\\172.16.10.5\p.a 2019\CONTRATOS OAP\2026\SOLEDAD MARTINEZ\5. Mayo\Obligación 4	X	X	X	X	X								Se verificó el cumplimiento de la actividad realizada para el periodo comprendido entre el 01/05/2026 a 31/05/2026 y la evidencia correspondiente en la unidad de red
5. Resolver requerimientos y brindar socializaciones a los funcionarios y colaboradores del INSOR en tema relacionados con accesibilidad Web.	Se realizo 1 actividad durante el periodo comprendido entre el 1 y 31 de Mayo de 2026	\\172.16.10.5\p.a 2019\CONTRATOS OAP\2026\SOLEDAD MARTINEZ\5. Mayo\Obligación 5		X	X	X	X								Se verificó el cumplimiento de la actividad realizada para el periodo comprendido entre el 01/05/2026 a 31/05/2026 y la evidencia correspondiente en la unidad de red
6. Apoyar en el diligenciamiento del FURAG en lo relacionado con las políticas de Gobierno y seguridad digital del MIPG	No se realizo ninguna actividad durante el periodo	\\172.16.10.5\p.a 2019\CONTRATOS OAP\2026\SOLEDAD MARTINEZ\5. Mayo\Obligación 6			X	X									N/A
7. Apoyar en la gestión del portal Gov.co, ITA (Procuraduría) que le compete a la entidad.	Se realizaron 3 actividad durante el periodo comprendido entre el 1 y 31 de Mayo de 2026	\\172.16.10.5\p.a 2019\CONTRATOS OAP\2026\SOLEDAD MARTINEZ\5. Mayo\Obligación 7		X	X	X	X								Se verificó el cumplimiento de la actividad realizada para el periodo comprendido entre el 01/05/2026 a 31/05/2026 y la evidencia correspondiente en la unidad de red
8. Acompañar en las mesas de trabajo con los diferentes procesos de la entidad donde se haga necesario el apoyo tecnológico enmarcado en el objeto del contrato.	Se realizaron 4 actividades durante el periodo comprendido entre el 1 y 31 de Mayo de 2026	\\172.16.10.5\p.a 2019\CONTRATOS OAP\2026\SOLEDAD MARTINEZ\5. Mayo\Obligación 8		X	X	X	X								Se verificó el cumplimiento de la actividad realizada para el periodo comprendido entre el 01/05/2026 a 31/05/2026 y la evidencia correspondiente en la unidad de red
9. Las demás que sean requeridas por el supervisor designado para el contrato y que tengan relación con el objeto contractual	Se realizo 3 actividades durante el periodo comprendido entre el 1 y 31 de Mayo de 2026	\\172.16.10.5\p.a 2019\CONTRATOS OAP\2026\SOLEDAD MARTINEZ\5. Mayo\Obligación 9	X	X	X	X	X								Se verificó el cumplimiento de la actividad realizada para el periodo comprendido entre el 01/05/2026 a 31/05/2026 y la evidencia correspondiente en la unidad de red

OBSERVACIONES ADICIONALES:

Por lo anterior, autorizo el pago por valor de: CINCO MILLONES NOVECIENTOS UN MIL QUINIENTOS PESOS M/CTE ($5.901.500)

VALOR CON IVA INCLUIDO	**5.901.500**
VALOR EN LETRAS	**CINCO MILLONES NOVECIENTOS UN MIL QUINIENTOS PESOS M/CTE**

FIRMA DEL SUPERVISOR

NOMBRE DEL SUPERVISOR: ROSA ANGELINA MONCADA CASTILLO

CARGO: Profesional especializado Oficina Asesora de Planeación y Sistemas

C.C: 52188084 **Correo electrónico: rosa.moncada@insor.gov.co**

FIRMA DEL CONTRATISTA BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO

NOMBRE DEL CONTRATISTA: SOLEDAD CAROLINA MARTINEZ GAMBA

Correo personal: scmartinezg@gmail.com

C.C: 52709727

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	52709727	SOLEDAD CAROLINA MARTINEZ GAMBA	Calle 65 # 11-34 Apto 1104	3455452	scmartinezg@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
		77048535	07/05/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-05	2026-05	I	$2,360,600	$699.400	

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	295.100	0		0		0	0	0	0	295.100	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
25-14	Colpensiones	900336004-7	377.700	0	0	0	0	0	0		377.700	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	12.400				12.400	0	0	12.400			124	12.400	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	14.200	0	0	14.200	1

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	295.100	295.100
Pensión	1	377.700	377.700
Riesgos Laborales	1	12.400	12.400
CCF	1	14.200	14.200
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	699.400	699.400

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	52709727	SOLEDAD CAROLINA MARTINEZ GAMBA		Calle 65 # 11-34 Apto 1104	3455452	scmartinezg@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
		77048535	07/05/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-05	2026-05	I	$2,360,600	$699.400	

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. ahorar	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 52709727	MARTINEZ GAMBA SOLEDAD CAROLINA	59	0			N													25-14	2.360.600	30	377.700	0	0	0	0	EPS005	2.360.600	30	295.100	14-25	2.360.600	30	1	12.400	CCF24	2.360.600	30	14.200	0	0	0	0	0

PAGADA

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