CXP 91726 (93)

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:**	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:	MAGDA YUSEF ROJAS DÍAZ	**Identificación:**	**Cédula de Ciudadanía**	1.014.185.002	
Teléfono	3102475311	**Correo electrónico**	magdayrojas97@gmail.com		

INFORMACIÓN DEL CONTRATO

No Contrato	098-2026	**Mes a pagar o fracción de mes a pagar:**	**Mes**	Mayo			
			En caso de fracción indicar el número de días a pagar				
No CDP	726	**No RP**	6226	**Valor del RP:**	**$ 106.651.000**	**Valor pendiente por pagar:**	**$ 64.918.000**
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

Prestar servicios profesionales a la oficina asesora de planeación y sistemas, para el desarrollo, seguimiento y monitoreo eficaz del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG) y el Sistema de Gestión de Calidad (SGC)

INFORMACIÓN FINANCIERA DEL CONTRATO O CONVENIO

VALOR A PAGAR EN ESTE MES	**Valor antes IVA**	**$ 9.274.000**
	IVA	**$ -**
	Valor total	**$ 9.274.000**

Valor inicial contrato	**$ 106.651.000**
Adición (en el caso de que aplique)	**$ -**
Reducción (indicar el valor mencionado en el acto administrativo)	**$ -**
Valor Total:	**$ 106.651.000**
Total Ejecutado	**$ 41.733.000**
Saldo	**$ 64.918.000**
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
$ 4.637.000	$ 9.274.000	$ 9.274.000	$ 9.274.000		
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, PENSION, ARL) MINIMOS SOBRE EL PAGO MENSUAL

IBC 40% VALOR PAGO	TARIFA DE RIESGOS LABORALES	SALUD	PENSIÓN	ARL	FSP	TOTAL
$ 3.709.600		$ 463.700	$ 593.536	$ 19.364	N.A.	$ 1.076.600,11
VALORES PAGADOS (Registrar manualmente)		$ 837.500	$ 1.072.000	$ 35.000	$ 0	$ 1.944.500,00
Nombre de la entidad a la que se le hace el aporte (registrar manualmente)		SANITAS	PROTECCIÓN	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 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 planilla No. 84078338, corresponde al pago del mes de mayo, del contrato de prestación de servicios No. 098-2026 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 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)	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**			

1/6/26, 4:31 p.m. Sticker web

Destino: SIG - GESTION DOCUMENTAL

INSOR *20262600005362

No. 20262600005362
Fecha Radicado: 01-JUN-2026 04:31 PM
Nombre Radicador: LADY BIBIANA GAR
Anexos: .

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 **4%** ☐ Si ● No

AVANCE DE LAS OBLIGACIONES ESPECIFICAS DEL CONTRATO

OBLIGACION CONTRACTUAL	ACTIVIDADES INICIADAS Y/O REALIZADAS EN ESTE PERIODO (Indicar fechas de realizacion)	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 a la Oficina Asesora de Planeación y Sistemas en el análisis y actualización de los autodiagnósticos de las políticas del MIPG, así como en la revisión y ajuste de los planes operativos, conforme a las dimensiones y políticas previamente asignadas.	* Apoyé las acciones para la actualización de Políticas INSOR (05, 11, 15, 20, 27 de mayo)	Comunicaciones \\172.16.10.5\p.a 2019\CONTRATOS OAP\2026\MAGDA ROJAS\5. Mayo 2026\1	X	X	X	X	X								Se revisan las actividades y se verifica que los soportes evidencian su cumplimiento
2. Apoyar la implementación de las dimensiones y políticas del MIPG, mediante el acompañamiento técnico y estratégico, en articulación con las directrices del supervisor del contrato.	* Apoyé orientación Política de Participación Ciudadana en la Gestión Pública, Política de servicio a la ciudadanía, política de integridad y política de gestión documental (06, 14, 15, 19, 20, 21 de mayo)	Comunicaciones \\172.16.10.5\p.a 2019\CONTRATOS OAP\2026\MAGDA ROJAS\5. Mayo 2026\2	x	x	x	x	X								Se revisan las actividades y se verifica que los soportes evidencian su cumplimiento
3. Apoyar en la coordinación y seguimiento a las acciones orientadas al mantenimiento y mejora continua del MIPG y del Sistema de Gestión de Calidad (SGC), asegurando su alineación con los avances institucionales y normativos.	* Apoyé las acciones para el reporte Plan de Participación Ciudadana y mapa de riesgos - Primer Cuatrimestre 2026 (05, 11 de mayo)	Comunicaciones \\172.16.10.5\p.a 2019\CONTRATOS OAP\2026\MAGDA ROJAS\5. Mayo 2026\3	x	x	x	x	X								Se revisan las actividades y se verifica que los soportes evidencian su cumplimiento
4. Soportar en la ejecución de actividades de formación y sensibilización dirigidas al personal de planta y de apoyo, con el fin de afianzar el conocimiento y apropiación del MIPG y del Sistema de Gestión de Calidad SGC en todos los niveles de la Entidad.	* Apoyé la revisión logros y legados, así como el participación (14, 21 de mayo)	Comunicaciones Enlace Plantillas \\172.16.10.5\p.a 2019\CONTRATOS OAP\2026\MAGDA ROJAS\5. Mayo 2026\4		x	x	x	X								Se revisan las actividades y se verifica que los soportes evidencian su cumplimiento
5. Apoyar la gestión del ciclo de mejora continua, mediante el seguimiento sistemático a indicadores de gestión, administración de riesgos y ejecución de planes de mejoramiento institucional.	* Apoyé las acciones de indicadores de gestión, cronograma d e participaicón ciudadana y plan de mejoramiento (05, 11, 15, 19 de mayo)	Comunicaciones \\172.16.10.5\p.a 2019\CONTRATOS OAP\2026\MAGDA ROJAS\5. Mayo 2026\5	x	x	x	x	X								Se revisan las actividades y se verifica que los soportes evidencian su cumplimiento
6. Apoyar en la medición, análisis y reporte de indicadores clave, presentando informes periódicos sobre el desempeño de los subsistemas y procesos, en coherencia con la implementación y sostenibilidad del MIPG y el Sistema de Gestión de Calidad SGC.	* Apoyé monitoreo a los compromisos de Programa de Transparencia y Acceso a la Información - PTEP y reporte de riesgos (15, 19, 20, 21 de mayo)	Comunicaciones \\172.16.10.5\p.a 2019\CONTRATOS OAP\2026\MAGDA ROJAS\5. Mayo 2026\6	x	x	x	x	X								Se revisan las actividades y se verifica que los soportes evidencian su cumplimiento
7. Brindar apoyo en el uso de herramientas para la evaluación y seguimiento de los procesos del Sistema de Gestión de Calidad SGC, así como liderar acciones de intervención que fortalezcan la cultura organizacional en torno al sistema.	* Brindé apoyo en las acciones de consolidación de revisión de la Documentación de la OAP y remisión de alertas (14, 27 de mayo)	Comunicaciones \\172.16.10.5\p.a 2019\CONTRATOS OAP\2026\MAGDA ROJAS\5. Mayo 2026\7	x	x	x	x	X								Se revisan las actividades y se verifica que los soportes evidencian su cumplimiento
8. Apoyar a las diferentes áreas en la actualización documental de cada proceso garantizando su pertinencia frente a los avances institucionales y normativos.	* Apoyé a los procesos misionales y relacionamiento con las ciudadanías en la actualización de información documentada (11, 14, 21 de mayo)	Comunicaciones \\172.16.10.5\p.a 2019\CONTRATOS OAP\2026\MAGDA ROJAS\5. Mayo 2026\8	x	x	x	x	X								Se revisan las actividades y se verifica que los soportes evidencian su cumplimiento

OBSERVACIONES ADICIONALES:

Por lo anterior, autorizo el pago por valor de: NUEVE MILLONES DOSCIENTOS SETENTA Y CUATRO MIL PESOS M/CTE ($9.274.000)

VALOR CON IVA INCLUIDO	9,274.000
VALOR EN LETRAS	NUEVE MILLONES DOSCIENTOS SETENTA Y CUATRO MIL PESOS M/CTE

FIRMA DEL SUPERVISOR

NOMBRE DEL SUPERVISOR: LAURA CRISTINA FAJARDO

CARGO: Profesional Especializado - 2028-13

C.C: 1018423626 **Correo electrónico: laura.fajardo@insor.gov.co**

MAGDA YUSEF ROJAS DIAZ

FIRMA DEL CONTRATISTA BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO

NOMBRE DEL CONTRATISTA: MAGDA YUSEF ROJAS DÍAZ

Correo personal: magdayrojas87@gmail.com

C.C: 1014185002

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	1014185002	MAGDA YUSEF ROJAS DIAZ	Cl 20A 96 71	3102475311	magdarojas87@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
UNICA	I – Independiente		BOGOTÁ, D.C.	BOGOTA, 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
		84078338	27/05/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-05	2026-05	I	$6,700,000	$1,984,700	

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	837,500	0		0		0	0	0	0	837,500	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
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	1,072,000	0	0	0	0	0	0		1,072,000	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	35,000				35,000	0	0	35,000			350	35,000	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	40,200	0	0	40,200	1

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	837,500	837,500
Pensión	1	1,072,000	1,072,000
Riesgos Laborales	1	35,000	35,000
CCF	1	40,200	40,200
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	1,984,700	1,984,700

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	1014185002	MAGDA YUSEF ROJAS DIAZ	Cl 20A 96 71	3102475311	magdarojas87@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
		84078338	27/05/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-05	2026-05	I	$6,700,000	$1,984,700	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE							INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD				RIESGOS LABORALES					CCF				PARAFISCALES				
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Colilla	Bolsa	Extranjero	Cotiz. exterior	Inex	IGE	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	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	Días en Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC 1014185002	ROJAS DIAZ MAGDA YUSEF	30	0		N																230201	6,700,000	30	1,072,000	0	0	0	0	EPS005	6,700,000	30	637,500	14-25	6,700,000	30	1	35,000	CCF24	6,700,000	30	40,200	0	0	0	0	0

PAGADA

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