CVP 93226 (56)

Sticker web

2/6/26, 10:03 a.m. Destino 033-GESTION DOCUMENTAL

*20262600005492
No. 20262600005492
Fecha Radicado: 02-JUN-2026 10:03 AM
Nombre Radicado: LADY BIBIANA GAR
Anexos: 1

INSOR

	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	
ncia / Grupo:	Subdirección de Gestión Educativa	Pago No:	4	Total de pagos	11		
				¿Pago Final?	NO		
INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRATISTA / EJECUTOR							
	BOGOTÁ		Fecha de presentación(dd-mm-año)	1/6/2026			
al:	LORENA SALINAS BASTIDAS		Identificación:	Cédula de Ciudadanía	1.034.777.869 de Bogotá		
	3208044099		Correo electrónico	lore.saly17@gmail.com			
INFORMACIÓN DEL CONTRATO							
ontrato	117 -2026	Mes a pagar o fracción de mes a pagar:	Mes	Mayo			
			En caso de fracción indicar el número de días a pagar				
o CDP	8026	No RP	12826	Valor del RP:	$ 40.246.500	Valor pendiente por pagar:	$ 25.297.800
el contrato	23/1/2026	Fecha de acta de inicio:	2/2/2026	Fecha de terminación (Se debe tener en cuenta las prórrogas, si hay lugar a ello)		18/12/2026	
el 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 de apoyo a la gestión orientados a la traducción, adaptación y presentación de recursos inclusivos digitales en Lengua de Señas Colombiana, asegurando estándares de calidad, claridad y coherencia para favorecer los procesos educativos de los estudiantes sordos en Colombia, durante la vigencia de 2026.

INFORMACIÓN FINANCIERA DEL CONTRATO O CONVENIO

VALOR A PAGAR EN ESTE MES	Valor antes IVA	$ 3.833.000
	IVA	$ -
	Valor total	$ 3.833.000

Valor inicial contrato	$ 40.246.500
Adición (en el caso de que aplique)	$ -
Reducción (indicar el valor mencionado en el acto administrativo)	
Valor Total:	$ 40.246.500
Total Ejecutado	$ 14.948.700
Saldo	$ 25.297.800
Porcentaje de Ejecución	
Porcentaje de Ejecución física	37%
Porcentaje de Ejecución presupuestal	37%

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 está 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
$ 3.449.700	$ 3.833.000	$ 3.833.000			
Pago No. 7	Gestión Educativa.	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) MÍNIMOS SOBRE EL PAGO MENSUAL

IBC 40% VALOR PAGO	TARIFA DE RIESGOS LABORALES	SALUD	PENSIÓN	ARL	FSP	TOTAL
$ 1.750.905,00	I	$ 218.863,13	$ 280.144,80	$ 9.139,72	N.A.	$ 508.147,65
VALORES PAGADOS (Registrar manualmente)		$ 218.900,00	$ 280.200,00	$ 9.200,00	$ 0,00	$ 508.300,00
Nombre de la entidad a la que se le hace el aporte (registrar manualmente)		Compensar	Porvenir	Colmena		
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 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 Interventoria 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 afiliacion 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 maeria. 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, complettud y consistencia de los soportes que aporta como evidencia de cumplimiento 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. **9504564991**, corresponde al pago del mes de MAYO del contrato de prestación de servicios No.117 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 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**	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)	

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) ☐ ☐

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 ____ ☐ ☐

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. Realizar las traducciones preliminares y oficiales en Lengua de Señas Colombiana para los recursos digitales inclusivos de educación inicial para estudiantes sordos.	Actividades: Grabación del borrador versión 1 de la Temporada 3 - Episodio 2. Grabación del borrador versión 1 de ítems de ciencias sociales. Grabación del borrador versión 1 de ítems de matemáticas. Grabación del borrador versión 1 de ítems de matemáticas, con cambio de guion a versión 2. Grabación del borrador versión 1 de ítems de matemáticas con nuevo guión. (Mayo 2, 11,13,19,22)	1. Evidencias		x	x	x	x							Se realizo la revision de las evidencias con relacion a las actividades mencionadas según la obligacion contractual y se evidencia que adjunto el documento que corresponde adecuadamente a lo desarrollado durante el presente mes.
2. Realizar las traducciones preliminares y oficiales en Lengua de Señas Colombiana para los recursos digitales inclusivos de datos curiosos, videos promocionales y transmisiones en vivo.	Actividades: Grabación oficial versión 1 de la Temporada 3 - Episodio 2. Grabación oficial de Historia – Clase en Vivo #4. Grabación oficial versión 1 de ítems de ciencias sociales. Transmisión de la Clase en Vivo #4. (Mayo 8,12,14,21)	2. Evidencias		x	x	x	x							Se realizo la revision de las evidencias con relacion a las actividades mencionadas según la obligacion contractual y se evidencia que adjunto el documento que corresponde adecuadamente a lo desarrollado durante el presente mes.
3. Participar y aportar en los procesos de retroalimentación orientados al ajuste de los discursos en Lengua de Señas Colombiana para los diferentes tipos de contenidos educativos accesibles.	Actividades: Reunión de retroalimentación del borrador versión 1 de la Temporada 3 - Episodio 2. Reunión sobre los temas e ítems de matemáticas, ciencias sociales y ciencias naturales. Reunión de retroalimentación y contextualización de ítems de matemáticas. Contextualización de la Clase en Vivo #4. Reunión de preparación para la Clase en Vivo #4. Reunión de contextualización sobre los temas e ítems de ciencias naturales. (Mayo 6,8,13,15,19,21)	3. Evidencias		x	x	x	x							Se realizo la revision de las evidencias con relacion a las actividades mencionadas según la obligacion contractual y se evidencia que adjunto el documento que corresponde adecuadamente a lo desarrollado durante el presente mes.
4. Participar en los espacios de cualificación organizados por la Subdirección de Gestión Educativa.	Actividades: Participación en la reunión de la Mesa Técnica Consultiva de colaboradores sordos de INSOR. (Mayo 15)	4. Evidencias		x	x	x	x							Se realizo la revision de las evidencias con relacion a las actividades mencionadas según la obligacion contractual y se evidencia que adjunto el documento que corresponde adecuadamente a lo desarrollado durante el presente mes.

OBSERVACIONES ADICIONALES:

Por lo anterior, autorizo el pago por valor de: TRES MILLONES OCHOCIENTOS TREINTA Y TRES MIL PESOS M/CTE ($3.833.000)

VALOR CON IVA INCLUIDO	**3.833.000**
VALOR EN LETRAS	**TRES MILLONES OCHOCIENTOS TREINTA Y TRES MIL PESOS M/CTE**

FIRMA DEL SUPERVISOR

NOMBRE DEL SUPERVISOR: Magda Stephany Vargas Gualteros

CARGO: PROFESIONAL UNIVERSITARIO

C.C: 1.026.572.425 de Bogotá

Correo electrónico: magda.vargas@insor.gov.co

Lorena Salinas

FIRMA DEL CONTRATISTA BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO

NOMBRE DEL CONTRATISTA: LORENA SALINAS BASTIDAS

Correo personal: lore.saly17@gmail.com

C.C: 1.034.777.869 de Bogotá

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1034777869		LORENA SALINAS BASTIDAS	INDEPENDIENTE	Principal	Carrera 50 # 91-08	MEDELLIN-ANTIOQUIA	3208044099	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-05	2026-05	298861202	9504564991	I	2026/06/17	2026/05/11	BANCOLOMBIA	0	$508,300

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES														PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Tarifa	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: Principal (1 Afiliados)																						$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905		$9,200		$0	$0		$508,300
Centro de Trabajo: Principal (1 Afiliados)																						**$1,750,905**	**$280,200**			**$1,750,905**	**$218,900**			**$0**	**$0**			**$1,750,905**		**$9,200**		**$0**	**$0**		**$508,300**
Ciudad: MEDELLIN Depto: ANTIOQUIA (1 Afiliados)																						**$1,750,905**	**$280,200**			**$1,750,905**	**$218,900**			**$0**	**$0**			**$1,750,905**		**$9,200**		**$0**	**$0**		**$508,300**
1	CC	1034777869	SALINAS LORENA																	23030 1	30	$1,750,905	$280,200	EPS008	30	$1,750,905	$218,900		0	$0	$0	14-25	30	$1,750,905	0.522%	$9,200	0	$0	$0	No	$508,300
Total			**Afiliados(1)**																			**$1,750,905**	**$280,200**			**$1,750,905**	**$218,900**			**$0**	**$0**			**$1,750,905**		**$9,200**		**$0**	**$0**		**$508,300**

aportes en línea

Planilla Resumen

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$280,200	$0	$0	$280,200
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$280,200	$0	$0	$280,200
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$9,200	$0	$0	$9,200
COLMENA	14-25	800,226,175	3	1	$9,200	$0	$0	$9,200
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$218,900	$0	$0	$218,900
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$218,900	$0	$0	$218,900
TOTAL				1	$508,300	$0	$0	$508,300