CxP 97426 (92)

	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	11
				¿Pago Final?	NO

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRATISTA / EJECUTOR

Ciudad	BOGOTÁ	Fecha de presentación(dd-mm-año)	1/06/2026		
Nombres o Razón Social:	DIANA MILAGROS MURILLO ARÉVALO	Identificación:	Cédula de Ciudadanía		1.014.188.661
Teléfono	3132774484	Correo electrónico			profemat.dmilagros9@gmail.com

INFORMACION DEL CONTRATO

No Contrato	055 -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	7926	No RP	6726	Valor del RP:	$ 51.114.000	Valor pendiente por pagar:	$	32.128.800
Fecha del contrato	15/1/2026	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	
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 la producción, retroalimentación y traducción a lengua de señas colombiana de los recursos inclusivos digitales destinados a la educación de estudiantes sordos, durante la vigencia 2026.

INFORMACIÓN FINANCIERA DEL CONTRATO O CONVENIO

VALOR A PAGAR EN ESTE MES	Valor antes IVA	$ 4.868.000
	IVA	$ -
	Valor total	$ 4.868.000

Valor inicial contrato	$ 51.114.000
Adición (en el caso de que aplique)	$ -
Reducción (indicar el valor mencionado en el acta administrativa)	
Valor Total:	$ 51.114.000
Total Ejecutado	$ 18.985.200
Saldo	$ 32.128.800
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 incluya 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
$ 4.381.200	$ 4.868.000	$ 4.868.000			
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-SOSSI (SALUD, PENSION, ARL) MINIMOS SOBRE EL PAGO MENSUAL

IBC 40% VALOR PAGO	TARIFA DE RIESGOS LABORALES	SALUD	PENSIÓN	ARL	FSP	TOTAL
$ 1.947.200,00	I	$ 243.400,00	$ 0,00	$ 10.164,38	N.A.	$ 253.564,38
VALORES PAGADOS (Registrar manualmente)		$ 243.400,00	$ 0,00	$ 10.200,00	$ 0,00	$ 253.600,00
Nombre de la entidad a la que se le hace el aporte (registrar manualmente)		FOSYGA		COLMENA		
PERIODO DE PAGO	Abril	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 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 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 Seguridad Social Integral que aporto según planilla No. 86404492, corresponde al pago del mes de ABRIL del contrato de prestación de servicios No. 055 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)	Vencida	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	SI	Certificación de pago de parafiscales (personas jurídicas)	

2/6/26, 5:21 p.m. Sticker web

Destino: SG - GESTION DOCUMENTAL

INSOR *20262600005862

No. 20262600005862

Fecha Radicado: 02-JUN-2026 05:21 PM

Nombre Radicador: LADY BIBIANA GAR

Anexos: 1.

DECLARACIÓN 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 planilla No. 88404482, corresponde al pago del mes de ABRIL del contrato de prestación de servicios No. 855 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)	Vencida	**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**	SI	**Certificación de pago de parafiscales** (personas jurídicas)	

Como contratista persona natural, he vinculado dos (2) o más trabajadores o contratistas asociados a la actividad	[ ] Si [X] No
Mis ingresos como contratista del Estado superan las 4.000 UVT ($209,496,000)	[ ] Si [X] No
Soy responsable de Facturación Electrónica	[ ] Si [X] 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)	[X] 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. [X] No Tarifa Adicional ____

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	SOCIALIZACION PARA EVIDENCIAR EL CUMPLIMIENTO DE LA OBLIGACION	VERIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DEL SUPERVISOR
1. Revisar y retroalimentar pedagógica y discursivamente las traducciones al español y a lengua de señas colombiana de los recursos inclusivos digitales.	**En esta obligacion se realizo en el mes de mayo lo siguiente:** 1.1. Socializar los videos borradores del episodio 2 – T3, correspondientes a los 2 presentadores, con el fin de revisar, corregir y hacer sugerencias sobre las traducciones a LSC. **(4/05/26)** 1.2. Grabar y brindar retroalimentación sobre el episodio 2 – T3, con el fin de adecuar su traducción a LSC para la población sorda en general y lograr los aprobados. **(7 y 8/05/26)** 1.3. Revisar y comentar los videos borradores de la prueba saber 11 de matemáticas, con el propósito de realizar ajustes y asegurar una traducción adecuada y clara en LSC. **(11,13,19 y 20/05/26)** 1.4. Socializar los videos borradores de la prueba saber 11 de matemáticas, correspondientes a los 3 presentadores, con el fin de revisar, corregir y hacer sugerencias sobre las traducciones a LSC. **(12,13,18,20,22 y 25/05/26)** 1.5. Revisar y comentar el video borrador del vocabulario del episodio 2 – T3, con el propósito de realizar ajustes y asegurar una traducción adecuada y clara en LSC. **(11/05/26)** 1.6. Socializar el video borrador del episodio 2 – T3, correspondiente al presentador, con el fin de revisar, corregir y hacer sugerencias sobre la traducción a LSC. **(12/05/26)** 1.7. Socializar la reunión de preparación de la prueba saber 11° de ciencias sociales, con el fin de organizar y planificar el evento programado para el 15 de mayo de 2026. **(12/05/26)** 1.8. Presentar y contextualizar el guion de la clase en vivo "Bromelia: ¿corona o copa?" para facilitar su comprensión por parte de la presentadora y la retroalimentadora. **(15/05/26)** 1.9. Grabar la transmisión y brindar retroalimentación sobre la asesoría y el contexto general del examen, con el fin de apoyar a los presentadores y fortalecer la educación media en LSC. **(15/05/26)** 1.10. Grabar y brindar retroalimentación sobre el ítem de Matemáticas, con el fin de adecuar su traducción a LSC para la población sorda en educación media y lograr su aprobación. **(15,21,22,25 y 26/05/26)** 1.11. Grabar la transmisión y brindar retroalimentación sobre la asesoría de ciencias sociales, con el fin de apoyar al presentador y fortalecer la educación media en LSC. **(19/05/26)** 1.12. Grabar la transmisión y brindar retroalimentación sobre la clase en vivo "Bromelia: ¿corona o copa?", con el fin de apoyar a la presentadora y adecuar su traducción a la LSC para la educación primaria. **(21/05/26)** 1.13. Socializar la reunión de preparación de la prueba saber 11° de matemáticas, con el fin de organizar y planificar el evento programado para el 29 de mayo de 2026. **(25/05/26)** 1.14. presentar el guion del episodio 3 – T3 para que todo el equipo de RID conozca el contexto y pueda trabajar en la realización del producto final. **(26/05/26)**	1.1. SOCIALIZACIÓN DE LOS VIDEOS BORRADORES DEL EPISODIO 2 – T3 1.2. GRABACION Y RETROALIMENTACION DEL EPISODIO 2 – T3 1.3. REVISAR LOS BORRADORES DE LOS VIDEOS DE PRUEBA SABER 11 DE MATEMATICAS 1.4. SOCIALIZACIÓN DE LOS VIDEOS BORRADORES DE PRUEBA SABER 11 DE MATEMATICAS 1.5. REVISAR EL VIDEO BORRADOR DEL VOCABULARIO DE EPISODIO 2 – T3 1.6. SOCIALIZACIÓN DEL VIDEO BORRADOR DE VOCABULARIO DEL EPISODIO 2 – T3 1.7. SOCIALIZACIÓN DE LA REUNIÓN DE PREPARACIÓN DE PRUEBA SABER 11° DE CIENCIAS SOCIALES. 1.8. REUNIÓN DE CONTEXTO DEL GUION DE LA CLASE EN VIVO # 04 1.9. TRANSMISIÓN Y RETROALIMENTACIÓN DE LA ASESORÍA SOBRE EL CONTEXTO GENERAL DEL EXAMEN. 1.10. GRABACION Y RETROALIMENTACION DE ITEM MATEMATICAS. 1.11. TRANSMISIÓN Y RETROALIMENTACIÓN DE LA ASESORÍA EN VIVO DE CIENCIAS SOCIALES. 1.12. TRANSMISIÓN Y RETROALIMENTACIÓN DE LA CLASE EN VIVO #04 1.13. SOCIALIZACIÓN DE LA REUNIÓN DE PREPARACIÓN DE PRUEBA SABER 11° DE MATEMATICAS. 1.14. REUNIÓN PARA CONTEXTUALIZAR EL GUION DEL EPISODIO 3 – T3	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. Revisar los guiones, materiales impresos y otros recursos, garantizando el cumplimiento de criterios de calidad, claridad y coherencia.	**En esta obligacion se realizo en el mes de mayo lo siguiente:** 2.1. Revisar la guía docente del episodio 9 para verificar la nueva versión y confirmar si está aprobada. **(1 y 5/05/26)** 2.2. Revisar el guion del episodio 3 – T3 para adecuar su traducción a la LSC en educación inicial, garantizando su comprensión en niñas y niños. **(7, 11, 12, ,13 y 20/05/26)**	2.1. REVISIÓN DE LA GUIA DOCENTE DEL EPISODIO 9 – T2 2.2. REVISION DEL GUION DEL EPISODIO 3 – T3	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. Apoyar el proceso de validación en postproducción (edición y subtitulaje) de los recursos inclusivos digitales durante la vigencia 2026.	**En esta obligacion se realizo en el mes de mayo lo siguiente:** 3.1. Organizar los videos aprobados en la carpeta designada de Drive, con el fin de facilitar el proceso de edición progresiva y permitir futuras mejoras. **(4/5/26)** 3.2. Revisar y mejorar la edición de "Préstamo familia–amigo" con el fin de generar 3 versiones y la corrección las palabras y letras para mejorar aprobados. **(4 y 8/05/26)** 3.3. Asistir a la reunión con todos los compañeros para solucionar y ajustar el diseño de las imágenes, colores y tipografía, con el fin de mejorar la diagramación de la temporada 2. **(8 y 26/05/26)** 3.4. Organizar los videos aprobados en la carpeta designada de Drive, con el fin de facilitar el proceso de edición progresiva y permitir futuras mejoras. **(11/05/26)** 3.5. Revisar la edición del episodio 1 - T3 para realizar correcciones y ajustar los espacios y las imágenes. Después, enviar la nueva versión. **(11 y 12/05/26)** 3.6. Revisar y mejorar la edición del episodio 9 – T2. Algunos aspectos aún faltan por ajustar, por lo tanto, se debe enviar al editor para realizar las correcciones necesarias y lograr la aprobación final. **(13/05/26)** 3.7. Revisar y mejorar la edición de interés. Primero, revisar y corregir; luego, junto con el editor, ajustar las imágenes y las palabras de la primera versión. **(7 y 13/05/26)**	3.1. ORGANIZACIÓN DE LOS VIDEOS OFICIALES Y APROBADOS DE INTERES 3.2. REVISIÓN DE LA EDICIÓN DE PRESTAMO FAMILIA-AMIGO 3.3. REUNION REVISION DIAGRAMACION TEMPORADA 2 3.4. ORGANIZACIÓN DE LOS VIDEOS OFICIALES Y APROBADOS DE EPISODIO 2 – T3 3.5. REVISIÓN DE LA EDICIÓN DEL EPISODIO 1 – T3 3.6. REVISIÓN DE LA EDICIÓN DEL EPISODIO 9 – T2 3.7. REVISIÓN DE LA EDICIÓN DE INTERES	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 diferentes espacios de cualificación organizados por la Subdirección de Gestión Educativa.	Durante este periodo no se realizaron actividades para esta obligación	N/A	X X X	Se verifica que por este mes no hubo acciones para dicha obligación.

OBSERVACIONES ADICIONALES: Se deja constancia que no se realiza pago pension, en atención a que me encuentro pensionado desde la vigencia 2021. y el pago por concepto de pensión no se realiza de acuerdo a lo expuesto anteriormente. adjunto certificado de FOMAG para que se valide la información.

Por lo anterior, autorizo el pago por valor de: CUATRO MILLONES OCHOCIENTOS SESENTA Y OCHO MIL PESOS M/CTE ($4.868.000)

VALOR CON IVA INCLUIDO	4.868.000
VALOR EN LETRAS	CUATRO MILLONES OCHOCIENTOS SESENTA Y OCHO MIL PESOS M/CTE

FIRMA DEL SUPERVISOR

NOMBRE DEL SUPERVISOR: Magda Sashenky Vargas Gusiteros
CARGO: PROFESIONAL UNIVERSITARIO
C.C: 1.026.572.425 de Bogotá
Correo electrónico: magda.vargas@insor.gov.co

FIRMA DEL CONTRATISTA BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO

NOMBRE DEL CONTRATISTA: DIANA MILAGROS NURILLO ARÉVALO
Correo personal: rofemat.dmilagros@gmail.com
C.C: 1.014.186.681

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

Señor(a): DIANA MILAGROS MURILLO AREVALO
No. Identificación: CC1014188661
Dirección: CALLE 35 B SUR N 73 B 65
Telefono: 3132774484
Correo: profemat.dmilagros@gmail.com
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 86404492

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	DIANA MILAGROS MURILLO AREVALO
Tipo y número de identificación	CC1014188661
Número de planilla	86404492
Fecha pago	2026-05-28
Número de autorización pago	2228823
Banco	1083

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	abril de 2026
Periodo de Cotización Pensión	abril de 2026
Número de Administradoras	3
Total Pagado	267900
Total Intereses de Mora	2600

PAGADA

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-25	Riesgos Profesionales Colmena	10300	1
CCF24	Compensar Caja de Compensacion Fliar	11900	1
MIN002	Fondo de Solidaridad y Garantía - FOSYGA	245700	1

86404492

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 1014188661
APELLIDOS Y NOMBRES: DIANA MILAGROS MURILLO AREVALO

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
MIN002		1947200	0	1947200	1947200	243400	0	0	0	10200	11700

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	1014188661	DIANA MILAGROS MURILLO AREVALO	CALLE 35 B SUR N 73 B 65	3132774484	profemat.dmilagros@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
		86404492		1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-04	2026-04	I	$1,947,200	$267.700	

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					
MIN002	MIN002 Fondo Sol y Gar Min Salud	901037916-1	243.400	0		0		0	12	2.100	0	245.500	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

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	10.200				10.200	12	100	10.300			102	10.300	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	11.700	12	200	11.900	1

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	12	0	0	0
ICBF				
0	12	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IQE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	243.400	245.500
Pensión	0	0	0
Riesgos Laborales	1	10.200	10.300
CCF	1	11.700	11.900
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	265.300	267.700

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	1014188661	DIANA MILAGROS MURILLO AREVALO		CALLE 35 B SUR N 73 B 65	3132774484	profemat.dmilagros@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
		86404492		1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-04	2026-04	I	$1,947,200	$267.700	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES														PENSIÓN								SALUD					RIESGOS LABORALES					CCF					PARAFISCALES				
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Colombia	Subtipo	Extranjero	Colomb. exterior	Exonerado	SLN	IRET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLE	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
1	CC 1014188661	MURILLO AREVALO DIANA MILAGROS	59	2			N																		0	0	0	0	0	0	0	MIN002	1.947.200	30	243.400	14-25	1.947.200	30	1	10.200	CCF24	1.947.200	30	11.700	0	0	0	0	0

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

fomag

Número de generación: CP20260527164340353221
Fecha generación: 2026-05-27 16:43:40

CERTIFICADO DE PENSIÓN

FIDUPREVISORA S.A.
FONDO NACIONAL DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO

CERTIFICA:

El (la) señor(a) **DIANA MILAGROS MURILLO AREVALO** identificado(a) con tipo de documento CEDULA DE CIUDADANIA número **1014188661**, presenta el siguiente dato referente a la nómina correspondiente al periodo de **mayo de 2026** al FONDO NACIONAL DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO.

Información del Docente:

Nombres Docente:	DIANA MILAGROS	**Apellidos Docente:**	MURILLO AREVALO
Tipo Documento:	CEDULA DE CIUDADANIA	**Número Documento:**	1014188661
Ente Nominador:	BOGOTA D.C.	**Número de Acto Administrativo:**	1842
Fecha de Acto Administrativo: (Año-Mes-Día)	2021-04-06	**Valor de Mesada Pensional actual:**	1750905

La Administración de estos recursos corresponde a FIDUPREVISORA S.A. según contrato de Fiducia con el Ministerio de Educación Nacional No. 0083 de Junio 21 de 1990.

Esta comunicación no tiene el carácter de acto administrativo por cuanto Fiduprevisora S.A. no tiene competencia para expedirlos.

En estos términos Fiduprevisora S.A., actuando en calidad de vocera y administradora del Patrimonio Autónomo del Fondo

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

fomag

Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio, en virtud del Contrato de Fiducia Mercantil Pública celebrado entre ésta y la Nación, de conformidad con lo establecido en el Artículo 1º del Decreto 1049 de 2006, da respuesta a la solicitud.

Dada a solicitud del(a) interesado(a) a los **27** días del mes de Mayo del año **2026 04:43:40PM**

Cordialmente.

FONDO NACIONAL DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

"Defensoría del Consumidor Financiero" Dr. JOSÉ FERNELIO USTARIZ GONZÁLEZ. Carrera 11 A No. 96-51 – Oficina 203, Pal Plaza Oficity en la ciudad de Bogotá D.C. PBX 6108161 / 6108161 Ext. 500. Email: defensoriaf@superbancaria.com Lo 8:00 am – 6:00 pm, lunes a viernes en jornada continua.
Las funciones del Defensor del Consumidor son: Dar trámite a las quejas contra las entidades vigiladas en forma objetiva y gratuita. Ser vocero de los consumidores financieros ante la institución. Usted puede formular sus quejas contra la entidad con destino al Defensor del Consumidor en cualquiera agencia, sucursal, oficina o del corresponsalía u oficina de atención al público de la entidad, siempre bajo la probabilidad de dirigirse al Defensor con el fondo de que éste formule recomendaciones y propuestas en aquellos eventos que puedan favorecer las buenas relaciones entre la Entidad y sus Consumidores. Para la presentación de quejas ante el Defensor del Consumidor Financiero, el consumidor financiero debe acreditar previamente haber agotado el trámite de reclamación directamente ante la entidad. 1. Descripción de los hechos y/o derechos que considere que le han sido vulnerados. De igual forma puede hacer uso del App "Defensoría del Consumidor Financiero" disponible para su descarga desde cualquier smartphone, por Play Store o por App Store.

Oficina Principal
Bogotá D.C.: Calle 72 No. 10-03
Línea de Atención Nacional: 01 8000 91 90 15
Línea Directa Atención al Cliente: +57 (1) 516 9031
www.fomag.gov.co

Fomag @FomagOficial

La educación es de todos Mineducación