Cxp 98026 (98)

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:	Subdirección de Gestión Educativa	**Pago No:**	5	**Total de pagos**	12
				¿Pago Final?	NO

INFORMACION BÁSICA DEL CONTRATISTA / EJECUTOR

Ciudad	BOGOTÁ		**Fecha de presentación(dd-mm-año)**	1/06/2026	
Nombres ó Razón Social:	DIANA MARIA RUBIANO ARROYO		**Identificación:**	**Cédula de Ciudadania**	52.443.956 de Bogotá
Teléfono	3102091522		**Correo electrónico**	dianamariarubianoa@gmail.com	

INFORMACIÓN DEL CONTRATO

No Contrato	020 - 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	10126	**No RP**	4326	**Valor del RP:**	$ 52.341.300	**Valor pendiente por pagar:**	$ 32.515.050
Fecha del contrato	13/1/2026	**Fecha de acta de inicio:**	26/1/2026	**Fecha de terminación (Se debe tener en cuenta las prórrogas, si hay lugar a ello)**		25/12/2026	
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 promover y fortalecer los procesos de atención oportuna a la población sorda, con énfasis en la primera infancia, en articulación con las entidades responsables de los departamentos focalizados y de seguimiento.

INFORMACIÓN FINANCIERA DEL CONTRATO O CONVENIO

VALOR A PAGAR EN ESTE MES	**Valor antes IVA**	$ 4.758.300
	IVA	$ -
	Valor total	$ 4.758.300

Valor inicial contrato	$ 52.341.300
Adición (en el caso de que aplique)	$ -
Reducción (indicar el valor mencionado en el acto administrativo)	$ -
Valor Total:	$ 52.341.300
Total Ejecutado	$ 19.826.250
Saldo	$ 32.515.050
Porcentaje de Ejecución	
Porcentaje de Ejecución física	38%
Porcentaje de Ejecución presupuestal	38%

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
$ 793.050	$ 4.758.300	$ 4.758.300	$ 4.758.300		
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, PENSIÓN, ARL) MINIMOS SOBRE EL PAGO MENSUAL

IBC 40% VALOR PAGO	TARIFA DE RIESGOS LABORALES	SALUD	PENSIÓN	ARL	FSP	TOTAL
$ 1.903.320,00	III	$ 237.915,00	$ 304.531,20	$ 46.364,88	N.A.	$ 588.811,08
VALORES PAGADOS (Registrar manualmente)		$ 238.000,00	$ 304.600,00	$ 46.400,00	$ 0,00	$ 589.000,00
Nombre de la entidad a la que se le hace el aporte (registrar manualmente)		Aliansalud EPS	Porvenir	Colmena	N.A.	
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 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 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 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 cumplimeinto 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__

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. 78893318, corresponde al pago del mes de ABRIL del contrato de prestación de servicios No.020 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 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**	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)	SI	**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**			
Facturación Electrónica	NO	**Es pensionado**			

3/6/26, 11:27 a.m. Sticker web

Destino: SIG - GESTION DOCUMENTAL

INSOR *20262600005922

No. 20262600005922

Fecha Radicado: 03-JUN-2026 11:24 AM

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 OBLIGACION												VERIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DEL SUPERVISOR
			ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	
1. Brindar asistencia técnica y asesoría a entidades gubernamentales de los departamentos priorizados, asegurando la adecuada ejecución de acciones orientadas a garantizar la atención integral de la población sorda, especialmente en la primera infancia, considerando las particularidades territoriales.	Mayo 8 de 2026 Realicé encuentro de socialización del plan de asesoría técnica 2026 y levantamiento de panorama territorial en atención a la primera infancia sorda con ICBF Regional Magdalena	Carpeta 1 1.1 Memorias encuentro ICBF Regional Magdalena	X	X	X	X	X								Se verificaron las evidencias entregadas por la contratista, las cuales corresponden con lo descrito y dan cuenta de los avances en la ejecución de la obligación
	Mayo 8 de 2026 Realicé encuentro de socialización del plan de asesoría técnica 2026 y levantamiento de panorama territorial en atención a la primera infancia sorda con ICBF Regional Caldas	Carpeta 1 1.2 Memorias encuentro ICBF Regional Caldas													
	Mayo 14 de 2026 Realicé encuentro de socialización del plan de asesoría técnica 2026 y levantamiento de panorama territorial en atención a la primera infancia sorda con ICBF Regional Quindio	Carpeta 1 1.3 Memorias encuentro ICBF Regional Quindio													
	Mayo 20 de 2026 Realicé el levantamiento de panorama territorial en atención a la primera infancia sorda con la regional de ICBF Cundinamarca	Carpeta 1 1.4 Memoria levantamiento panorama ICBF Regional Cundinamarca													
	Mayo 28 de 2026 Realicé la socialización del plan de asesoría 2026 y el levantamiento del panorama actual de atención a la primera infancia sorda con la regional de ICBF Valle del Cauca	Carpeta 1 1.5 Memoria socialización plan AAT ICBF Valle del Cauca													
	Mayo 7, 14, 21 y 28 de 2026 Realice el reporte semanal de acciones para los 8 departamentos priorizados para el 2026	Carpeta 1 1.6 Soporte envio de reportes semanales													
2. Efectuar el seguimiento y acompañamiento técnico a los departamentos atendidos en la vigencia anterior, evaluando el progreso en la implementación de las estrategias y acciones recomendadas para la atención integral de la primera infancia sorda.	Mayo 5 de 2026 Realicé revisión junto a Lina Pachón de la presentación (PPT) para la asesoría presencial con el ICBF Regional Antioquia	Carpeta 2 2.1 Memorias revisión PPT - ICBF Antioquia	X	X	X	X	X								Se verificaron las evidencias entregadas por la contratista, las cuales corresponden con lo descrito y dan cuenta de los avances en la ejecución de la obligación
	Mayo 15 de 2026 Participé del encuentro de articulación y empalme para el desarrollo de asesorias presenciales con los departamentos en seguimiento de Guainia y Guaviare	Carpeta 2 2.2 Memorias encuentro emplame asesorias Dptos Guainia y Guaviare													
	Mayo 22 de 2026 Realicé junto a Liliana Monotoya el empalme y articulación para el desarrollo de la asesoría técnica presencial con la regional de ICBF Putumayo	Carpeta 2 2.3 Memorias articulación asesoria presencial ICBF Putumayo													
	Mayo 26 de 2026 Realicé el levantamiento del panorama actual de atención a la primera infancia sorda con la regional de ICBF Tolima	Carpeta 2 2.4 Memorias levantamiento panorama actual de ICBF Tolima													
	Mayo 27 de 2026 Realizaré el levantamiento del panorama actual de atención a la primera infancia sorda con las regionales de ICBF La Guajira y Choco	Carpeta 2 2.5 Memoria levantamiento panorama actual ICBF La Guajira y Choco													
	Mayo 7, 14, 21 y 28 de 2026 Realice el reporte semanal de acciones para los 16 departamentos en seguimiento para el 2026	Carpeta 2 2.6 Soporte envio de reportes semanales													
3. Intervenir en la elaboración y revisión técnica del tercer documento de la serie para la atención educativa de estudiantes sordos, incorporando el enfoque territorial y la perspectiva de interseccionalidad.	Mayo 8 de 2026 Realicé junto a Liliana Montoya la entrevista a Nehyi Quintero de aeioTU, con el fin de recopilar información que apoye el desarrollo de la estructura del documento 3 de interseccionalidad con relación a la atención de la primera infancia.	Carpeta 3 3.1 Transcripción entrevista Nehyi Quintero aeioTU		X	X	X	X								Se verificaron las evidencias entregadas por la contratista, las cuales corresponden con lo descrito y dan cuenta de los avances en la ejecución de la obligación
	Mayo 15 de 2026 Participé del encuentro para la revisión del procesamiento de entrevistas y socializacion de procesos para el territorio con el equipo de interseccionalidad	Carpeta 3 3.2 Memorias revisión procesamiento entrevistas interseccionalidad													
	Mayo 29 de 2026 Participaré del encuentro de interseccionalidad - Taller de escritura colectiva del documento 3	Carpeta 3 3.3 Soporte invitación calendario gmail													
4. Apoyar la actualización de la ruta para la garantía de trayectorias educativas completas de la población sorda, mediante la participación en procesos de capacitación, la gestión de PQRSD y la atención de los requerimientos relacionados con el objeto contractual.	Mayo 4 de 2026 Participé del encuentro del equipo FOGES para la armonización y articulación estrategica para el desarrollo del plan de trabajo con los territorios priorizados y en seguimiento 2026.	Carpeta 4 4.1 Memoria armonización y articulación estratégica territorios 2026	X	X	X	X	X								Se verificaron las evidencias entregadas por la contratista, las cuales corresponden con lo descrito y dan cuenta de los avances en la ejecución de la obligación
	Mayo 5 de 2026 Lideré la mesa de trabajo con el área de comunicaciones del INSOR para definir los criterios de diseño para el documento de la mesa tecnica PINAF	Carpeta 4 4.2 Memorias encuentro área comunicaciones - MT PINAF													
	Mayo 6 de 2026 Participé del encuentro de revisión del tablero de datos para la linea bases de primera infancia sorda junto a Alvaro Aguilar	Carpeta 4 4.3 Memorias encuentro revisión tablero datos PI													
	Mayo 7 de 2026 Participé del encuentro de presentación de los tableros de línea base por componente para el levantamiento de la línea base con el equipo de FOGES	Carpeta 4 4.4 Memoria encuentro preentación tableros de control FOGES													
	Mayo 12 de 2026 Participé del encuentro con el área de educación inclusiva de UNICEF para la presentación y articulación del documento de la estrategia nacional de atención integral a la primera infancia sorda - MT PINAF	Carpeta 4 4.5 Memoria encuentro UNICEF - INSOR													
	Mayo 13 de 2026 Participé del encuentro para la definición de la línea de cualificación en primera infancia de SGE (Presencial Insor) junto a Angela Pelaez.	Carpeta 4 4.6 Memoria encuentro definición cualificación PI - SGE													
	Mayo 19 de 2026 Realicé el informe de gestión de la mesa técnica PINAF desde el año 2024 al primer trimestre del año 2026.	Carpeta 4 4.7 Documento informe de gestión MT PINAF													

Mayo 22 de 2026 Participé del espacio de reunión general del 1re semestre con el equipo FOGES liderado por Esther Diaz, en donde se presentaron los logros, retos y alertas del plan de asesoria tecnica de los Dptos de La Guajira, Antioquia y Choco Memoria en elaboración	Carpeta 4 4.8 Soporte convocatoria reunión general equipo FOGES 1er semestre
Mayo 26 de 2026 Participé y lideré la sesión de mayo de la MT PINAF con el objetivo de hacer seguimiento al plan de trabajo planteado para el 2026	Carpeta 4 4.9 Memorias sesión mayo MT PINAF

OBSERVACIONES ADICIONALES:

Por lo anterior, autorizo el pago por valor de: Cuatro Millones Setecientos Cincuenta y Ocho mil Trecientos pesos M/Cte ($4.758.300)

VALOR CON IVA INCLUIDO	4.758.300
VALOR EN LETRAS	Cuatro Millones Setecientos Cincuenta y Ocho mil Trecientos pesos M/Cte

FIRMA DEL SUPERVISOR

NOMBRE DEL SUPERVISOR: Inés Esther Diaz

CARGO: Coordinadora del grupo de Fortalecimiento y Gestión de Saberes

C.C: 52384828

Correo electrónico: esther.diaz@insor.gov.co

Diana M Rubiano A

FIRMA DEL CONTRATISTA BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO

NOMBRE DEL CONTRATISTA: DIANA MARÍA RUBIANO ARROYO

Correo personal: dianamariarubianoa@gmail.com

C.C: 52.443.966 de Bogotá

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	52443956	DIANA MARIA RUBIANO ARROYO	Avenida 68 # 5 - 17 Torre 6 apto 828	6017902013	dianamariarubianoa@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
		78893318	19/05/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-04	2026-04	I	$0	$591.200	

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					
EPS001	ALIANSALUD EPS S.A.	830113831-0	238.000	0		0		0	5	900	0	238.900	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	304.600	0	0	0	0	5	1.100	0	305.700	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	46.400				46.400	5	200	46.600			464	46.600	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	5	0	0	0
ICBF				
0	5	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	238.000	238.900
Pensión	1	304.600	305.700
Riesgos Laborales	1	46.400	46.600
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	589.000	591.200

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	52443956	DIANA MARIA RUBIANO ARROYO	Avenida 68 # 5 - 17 Torre 6 apto 828	6017902013	dianamariarubianoa@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
		78893318	19/05/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-04	2026-04	I	$0	$591.200	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE							INFORMACIÓN NOVEDADES															PENSIÓN								SALUD				RIESGOS LABORALES					CCF				PARAFISCALES				
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	INS	RET	TDE	TAL	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCION	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 52443956	RUBIANO ARROYO DIANA MARIA	59	0			N																	230301	1.903.320	30	304.600	0	0	0	0	EPS001	1.903.320	30	238.000	14-25	1.903.320	30	3	46.400		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

República de Colombia Ministerio de Igualdad y Equidad INSOR Instituto Nacional para Sordos	PROCESO GESTIÓN FINANCIERA	Código: FOGF24
		Versión: 2
	CERTIFICACIÓN DE DEDUCCIONES Y RENTAS EXENTAS	Fecha: 16/11/2023

Yo, Diana María Rubiano Arroyo, identificado (a) con C.C. (X) C.E. ( ) No.52.443.956, con domicilio principal en la ciudad de Bogotá, dirección Avenida 68 # 5 -17 Torre 6 Apto 828, en cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 387 del Estatuto Tributario y demás normas relacionadas, a efectos de obtener las deducciones tributarias, de manera libre, espontánea y bajo la gravedad de juramento, manifiesto que la información suministrada es fidedigna y me permiten obtener las deducciones y rentas exentas para aplicar en los siguientes contratos de prestación de servicios Nos. 044, suscritos con el Instituto Nacional Para Sordos INSOR, y sobre los cuales no he contratado o vinculado 2 o más trabajadores para cumplir con el objeto contractual.

1. **Deducción por dependientes económicos:**
   Me acojo a este beneficio y presentó los documentos soporte:

   SI __X__ NO____

La(s) siguiente(s) persona(s) depende(n) económicamente de mí:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	FECHA DE NACIMIENTO (DD/MM/AAAA)	CALIDAD DE DEPENDENCIA
Jerónimo Pava Rubiano	**1013017199**	**15/03/2013**	*Hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años de edad y dependan económicamente del contribuyente*
Abigail Pava Rubiano	**1019914058**	**26/12/2016**	*Hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años de edad y dependan económicamente del contribuyente*

NOTA Y ANEXOS:
El artículo 2º, parágrafo 3º del Decreto 99 de 2013, define la calidad de dependientes para efectos tributarios.

*1. Los hijos del contribuyente que tengan **hasta 18 años de edad** y dependan económicamente del contribuyente, **anexar Registro Civil de nacimiento.***
*2. Los hijos del contribuyente **con edad entre 18 y 23 años**, cuando el padre o madre contribuyente persona natural se encuentre financiando su educación en instituciones formales de educación superior certificadas por el ICFES o la autoridad oficial correspondiente; o en los programas técnicos de educación no formal debidamente acreditados por la autoridad competente, **anexar Certificación semestral de pago matrícula expedida por la respectiva entidad educativa y cedula de ciudadanía del dependiente.***
*3. Los hijos del contribuyente **mayores de 23 años** que se encuentran en situación de dependencia originada en factores físicos o psicológicos, **anexar certificación de Medicina Legal, de la EPS o de cualquier Institución idónea habilitada en el Registro Nacional de Salud y cedula de ciudadanía.***
*4. El cónyuge o compañero (a) permanente del contribuyente que se encuentre en situación de dependencia sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientos sesenta (260) UVT, certificada por contador público **(anexar Certificación anual de Contador Público, tarjeta profesional, certificado de antecedentes y cedula de ciudadanía del dependiente)**, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal, **anexar certificación de Medicina Legal, de la EPS o de cualquier institución idónea habilitada en el Registro Nacional de Salud y cedula de ciudadanía.***
*5. Los padres y hermanos del contribuyente que se encuentren en situación de dependencia, sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientos sesenta (260) UVT, certificada por contador público **(anexar Certificación anual de Contador Público, tarjeta profesional, certificado de antecedentes y cedula de ciudadanía del dependiente)**, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal, **anexar certificación de Medicina Legal, de la EPS o de cualquier institución idónea habilitada en el Registro Nacional de Salud y cedula de ciudadanía.***

Certifico igualmente que la deducción de la base de retención en la fuente por concepto de dependiente solicitada cumple las restricciones establecidas en el parágrafo 4º del artículo 2º del Decreto 99 de 2013, en el entendido que no se solicitan por más de un contribuyente en relación con un mismo dependiente.

2. **Deducción por intereses y/o corrección monetaria:**
   Me acojo a este beneficio y presentó los documentos soporte:

   SI__X___ NO_____

Tipo de Deducción	Entidad que Certifica	Fecha de certificación (DD/MM/AAAA)	Porcentaje del valor deducible por concepto de intereses sobre préstamos para adquisición de vivienda (50% ó 100%)
Certificación de intereses y/o corrección monetaria de la obligación Hipotecaria vigente correspondiente a la adquisición del inmueble cuya destinación es mi vivienda personal.	**Bancolombia**	**17/02/2026**	**50%**

Nota: Si no se presenta la certificación de la vigencia inmediatamente anterior, me comprometo a remitirla antes del 15 de abril del año en curso, en caso contrario no podrá seguirse considerando esta deducción.

3. **Deducción pagos de medicina prepagada o seguros de salud (se debe presentar mensualmente):**

Me acojo a este beneficio y presentó los documentos soporte:

SI_____ NO__X__

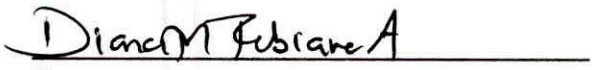
Tipo de Deducción	Entidad que Certifica	Fecha de certificación (DD/MM/AAAA)	Valor pago mensual por salud, siempre que el valor a disminuir mensualmente no supere dieciséis (16) UVT mensuales
Pagos realizados en el año por contratos de prestación de servicios o seguros de salud.			

Esta declaración la hago a los 29 días del mes de 05 del año 2026, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 7º (prohibición de declaraciones extra juicio) del Decreto 19 de 2012, con destino al Instituto Nacional para Sordos, para que surta los efectos legales.

Me comprometo a comunicar cualquier cambio que pueda modificar los beneficios obtenidos.

Cordialmente.

Diana María Rubiano Arroyo
Nombre Completo del Funcionario o Contratista.



Firma

Bancolombia

NIT 890.903.938-8 D.V 8

CERTIFICADO TRIBUTARIO CRÉDITO HIPOTECARIO

Fecha de Expedición			Año Gravable
Día	Mes	Año	
17	02	2026	**2025**

Agente Retenedor	NIT	DIV
Bancolombia S.A	890.903.938	8
Dirección	**Municipio**	**Departamento**
Carrera 48# 26-85 Torre Norte Piso 1	Medellín	Antioquia

DEUDORES

Nombre	Cédula o Nit
DIANA MARIA RUBIANO ARROYO	52443956
HENRY PAVA VARGAS	80220663

Información del Crédito	Número de Obligación	Fecha de Entrega			Fecha Vto. Definitvo			Línea de Crédito	Destinación del Préstamo
		Día	Mes	Año	Día	Mes	Año		
	90000064588	16	04	2019	16	04	2034	PESOS	VIVIENDA

Información sobre saldos del crédito

Monto Original del Préstamo	Saldo a:				Saldo a:			
	Día	Mes	Año	Valor	Día	Mes	Año	Valor
$ 210,000,000.00	31	12	2024	$ 129,113,256.00	31	12	2025	$ 120,012,656.00

Información sobre Pagos

Conceptos	Valores pagados en pesos
Capital	$ 9,064,009.00
Intereses Corrientes	$ 11,673,470.00
Interés de Mora	$ 0.00
Corrección U.V.R.	$ 0.00
Otros Conceptos	$ 0.00
VALOR TOTAL DEDUCIBLE	**$ 11,673,470.00**

Gravamen a los Movimientos Financieros "GMF" (4X1000)	Base Gravable	Valor Gravamen
	$ 0.00	$ 0.00

Ciudad dónde se consignó el Gravamen a los Movimientos Financieros **BOGOTA**

Este certificado se expide sin firma autógrafa de conformidad con lo dispuesto en el art. 10 del D.R. 836 de 1991.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO **1.013.017.199**
PAVA RUBIANO

APELLIDOS
JERONIMO

NOMBRES
Jerónimo

FIRMA





ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **15-MAR-2013**
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

15-MAR-2031 **A+** **M**
FECHA DE VENCIMIENTO G S RH SEXO

30-OCT-2020 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

P-1500150-01176419-M-1013017199-20201105 **0072**318141A 1 8500897420

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NUMERO **1.019.914.058**
PAVA RUBIANO

APELLIDOS
ABIGAIL

NOMBRES

Abigail

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **26-DIC-2016**
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

26-DIC-2034 **A+** **F**
FECHA DE VENCIMIENTO G.S. RH SEXO

09-DIC-2024 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
HERNÁN PENAGOS GIRALDO

INDICE DERECHO

P-1500150-01480872-F-1019914058-20241210 **0142**964980A 1 8513806390

REPÚBLICA DE COLOMBIA

ORGANIZACIÓN ELECTORAL
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCIÓN NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

NUIP 1013017199

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 52674775

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] **Código** A 2 E

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía
COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
PAVA	RUBIANO

Nombre(s)
JERONIMO

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2013 Mes MAR Día 15	Masculino	A	Positivo

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)
COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOTA D.C

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO	11926088-5

Datos de la madre

Apellidos y nombres
RUBIANO ARROYO DIANA MARIA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CÉDULA DE CIUDADANIA NRO 52 443 956	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres
PAVA VARGAS HENRY

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CÉDULA DE CIUDADANÍA NRO 80.220.663	COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos
PAVA VARGAS HENRY

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CÉDULA DE CIUDADANÍA NRO 80.220.663	

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número)	Firma

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número)	Firma

Fecha de inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2013 Mes MAR Día 16	ANGELA DEL PILAR CONDE
	Nombre y firma

REPÚBLICA DE COLOMBIA
NOTARÍA VEINTISÉIS DEL CÍRCULO DE BOGOTÁ D.C.
COMPROBANTE DE INSCRIPCIÓN 27

NOTARÍA 26 BOGOTÁ D.C.

* 52674775 *

* SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO *

REPÚBLICA DE COLOMBIA

ORGANIZACIÓN ELECTORAL
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCIÓN NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

NUIP 1019914058

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 55120337

55120337

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría	Notaría	Número	Consulado	Corregimiento	Inspección de Policía	Código
☐	☒	12	☐	☐	☐	A 5 F

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía

COLOMBIA ——— CUNDINAMARCA ——— BOGOTA D.C.

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
PAVA	RUBIANO

Nombre(s)

ABIGAIL

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2016 Mes DIC Día 26	FEMENINO	A	POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)

COLOMBIA ——— CUNDINAMARCA ——— BOGOTA D.C.

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO	13880061-3

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

RUBIANO ARROYO DIANA MARIA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. No. 52443956	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

PAVA VARGAS HENRY

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. No. 80220663	COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

PAVA VARGAS HENRY

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
C.C. No. 80220663	

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número)	Firma

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número)	Firma

Fecha de inscripción	*Nombre y firma del funcionario que autoriza*
Año 2016 Mes DIC Día 27	JUAN CARLOS VARGAS JARAMILLO Nombre y firma

Reconocimiento paterno	*Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento*
Firma	Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

Juan Carlos Vargas Jaramillo Notario 42 Bogotá D.C.

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -