CxP 116126 (41)

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:	Subdirección de Gestión Educativa	**Pago No:**	5	**Total de pagos**	11
				¿Pago Final?	NO

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRATISTA / EJECUTOR

Ciudad	BOGOTA	**Fecha de presentación(dd-mm-año)**	1/07/2026		
Nombres ó Razón Social:	ANGIE SOFIA ALDANA ARCINIEGAS	**Identificación:**	**Cédula de Ciudadanía**	1.000.372.507	
Teléfono	3143509889	**Correo electrónico**	angiesofia.aldana@hotmail.com		

INFORMACIÓN DEL CONTRATO

No Contrato	051-2026	**Mes a pagar o fracción de mes a pagar:**	**Mes**	Junio			
			En caso de fracción indicar el número de días a pagar				
No CDP	8626	**No RP**	6926	**Valor del RP:**	$ 40.887.000	**Valor pendiente por pagar:**	$ 21.806.400
Fecha del contrato	14/1/2026	**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 de apoyo en la gestión para que participe en la etapa postproducción de recursos inclusivos digitales de Insor Educativo, incluyendo interpretación, doblaje y traducción, durante la vigencia 2026

INFORMACIÓN FINANCIERA DEL CONTRATO O CONVENIO

VALOR A PAGAR EN ESTE MES	**Valor antes IVA**	$ 3.894.000
	IVA	$ -
	Valor total	$ 3.894.000

Valor inicial contrato	$ 40.887.000
Adición (en el caso de que aplique)	$ -
Reducción (indicar el valor mencionado en el acto administrativo)	
Valor Total:	$ 40.887.000
Total Ejecutado	$ 19.080.600
Saldo	$ 21.806.400
Porcentaje de Ejecución	
Porcentaje de Ejecución física	47%
Porcentaje de Ejecución presupuestal	47%

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
$ 3.504.600	$ 3.894.000	$ 3.894.000	$ 3.894.000		
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, PENSIÓN, ARL) MINIMOS SOBRE EL PAGO MENSUAL

IBC 40% VALOR PAGO	TARIFA DE RIESGOS LABORALES	SALUD	PENSIÓN	ARL	FSP	TOTAL
$ 1.557.600,00	I	$ 194.700,00	$ 249.216,00	$ 8.130,67	N.A.	$ 452.046,67
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)		Sanitas	Protección	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 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/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 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__

1/7/26, 4:34 p.m. Sticker web

Destino: SG - GESTION DOCUMENTAL

INSOR *20262600006752

No. 20262600006752

Fecha Radicado: 01-JUL-2026 04:34 PM

Nombre Radicador: LADY BIBIANA GAR

Anexos: 1.

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. 95048335882, corresponde al pago del mes de MAYO del contrato de prestación de servicios No. 051 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 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**	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**	NO	**Certificación de pago de parafiscales** (personas juridicas)	

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 O 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 OBLIGACIÓN											VERIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DEL SUPERVISOR
			ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	
1. Realizar con la interpretación en el rol del personaje "Violeta" en las clases en vivo y contenidos de educación inicial, así como con el doblaje de los diversos contenidos educativos que le sean asignados.	En el PDF llamado "EVIDENCIAS OBLIGACIÓN 1" anexado dentro del link de Drive se encuentran las actividades realizadas correspondientes a la Obligación 1, junto a las fechas de realización.	https://drive.google.com/drive/folders/1rJrqvKLW8e9VbqYfYH2pJECeIYwtGmOI?usp=drive_link		X	X	X	X	X							Se realizo la revision de la evidencia con relacion a la actividad mencionada según la obligacion contractual y se evidencia que adjunto documento que corresponde adecuadamente a lo desarrollado durante el presente mes
2. Apoyar la organización de los procesos de postproducción, incluyendo actividades de interpretación de Lengua de Señas Colombiana al español, de acuerdo con las necesidades definidas por el Grupo de Recursos Inclusivos Digitales.	En el PDF llamado "EVIDENCIAS OBLIGACIÓN 2" anexado dentro del link de Drive se encuentran las actividades realizadas correspondientes a la Obligación 2, junto a las fechas de realización.	https://drive.google.com/drive/folders/1rJrqvKLW8e9VbqYfYH2pJECeIYwtGmOI?usp=drive_link		X	X	X	X	X							Se realizo la revision de la evidencia con relacion a la actividad mencionada según la obligacion contractual y se evidencia que adjunto documento que corresponde adecuadamente a lo desarrollado durante el presente mes
3. Realizar traducciones escritas de Lengua de Señas Colombiana al español en las diferentes actividades adelantadas por el Grupo de Recursos Inclusivos Digitales durante la vigencia 2026.	En el PDF llamado "EVIDENCIA OBLIGACIÓN 3" anexado dentro del link de Drive se encuentra la actividad realizada correspondiente a la Obligación 3, junto a la fecha de realización.	https://drive.google.com/drive/folders/1rJrqvKLW8e9VbqYfYH2pJECeIYwtGmOI?usp=drive_link		X	X	X	X	X							Se realizo la revision de la evidencia con relacion a la actividad mencionada según la obligacion contractual y se evidencia que adjunto 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.	En el PDF llamado "EVIDENCIA OBLIGACIÓN 4" anexado dentro del link de Drive se encuentra la actividad realizada correspondiente a la Obligación 4, junto a la fecha de realización.	https://drive.google.com/drive/folders/1rJrqvKLW8e9VbqYfYH2pJECeIYwtGmOI?usp=drive_link		X	X	X		X							Se realizo la revision de la evidencia con relacion a la actividad mencionada según la obligacion contractual y se evidencia que adjunto 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 NOVENTA Y CUATRO MIL PESOS M/CTE ($3.894.000)

VALOR CON IVA INCLUIDO	3.894.000
VALOR EN LETRAS	TRES MILLONES OCHOCIENTOS NOVENTA Y CUATRO MIL PESOS M/CTE

FIRMA DEL SUPERVISOR

NOMBRE DEL SUPERVISOR: Magda Stephanie Vargas Gualteros

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: ANGIE SOFIA ALDANA ARCINIEGAS

Correo personal: angiesofia_aldana@hotmail.com

C.C: 1.000.372.907

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 1000372507		ALDANA ARCINIEGAS ANGIE SOFIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Calle 123 #60-32	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3143509889	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	319179203	9504835582	I	2026/06/02	2026/05/19	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: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (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	1000372507	ALDANA ANGIE							X										23020 1	30	$1,750,905	$280,200	EPS005	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

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1000372507		ALDANA ARCINIEGAS ANGIE SOFIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Calle 123 #60-32	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3143509889	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	319179203	9504835582	I	2026/06/02	2026/05/19	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: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (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	1000372507 ALDANA ANGIE							X											23020 1	30	$1,750,905	$280,200	EPS005	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