5/11/26, 1:21 p.m. Sticker web

Destino: SG - GESTION DOCUMENTAL

CXP 223026 (98)

INSOR *20262600012882

No. 20262600012882
Fecha Radicado: 05-NOV-2026 01:21 PM
Nombre Radicador: LADY BIBIANA GAR
Anexos: 1.

PROCESO GESTION FINANCIERA	Código: FOGF52
IENTO - CONTRATOS DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES O DE APOYO A LA GESTIÓN (PERSONA NATURAL O PERSONA JURIDICA)	Versión: 4
	Fecha:13/10/2026

Dependencia / Grupo:	GIT RECURSOS INCLUSIVOS DIGITALES	**Pago No:**	9	**Total de pagos**	11
				¿Pago Final?	NO

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRATISTA / EJECUTOR

Ciudad	BOGOTA D.C		Fecha de presentación(dd-mm-año)	2/11/2026	
Nombres ó Razón Social:	HERRERA MARTINEZ CAMILO ENRIQUE MU		Identificación:	Cédula de Ciudadanía	1.014.233.816
Teléfono	3144805753		Correo electrónico	camiloher_mar0295@hotmail.com	

INFORMACIÓN DEL CONTRATO

No Contrato	052-2026	Mes a pagar o fracción de mes a pagar:	Mes	Octubre			
			En caso de fracción indicar el número de días a pagar				
No CDP	8826	No RP	4826	Valor del RP:	$ 51.849.000	Valor pendiente por pagar:	$ 7.900.800
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 PROFESIONALES A LA SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN EDUCATIVA DEL INSTITUTO NACIONAL PARA SORDOS – INSOR, PARA APOYAR LOS PROCESOS DE PRODUCCIÓN, POSPRODUCCIÓN Y DIVULGACIÓN

INFORMACIÓN FINANCIERA DEL CONTRATO O CONVENIO

VALOR A PAGAR EN ESTE MES	Valor antes IVA	$ 4.938.000
	IVA	$ -
	Valor total	$ 4.938.000

Valor inicial contrato	$ 51.849.000
Adición (en el caso de que aplique)	$ -
Reducción (Indicar el valor mencionado en el acto administrativo)	$ -
Valor Total:	$ 51.849.000
Total Ejecutado	$ 43.948.200
Saldo	$ 7.900.800
Porcentaje de Ejecución	
Porcentaje de Ejecución física	85%
Porcentaje de Ejecución presupuestal	85%

Nota: Los porcentajes de ejecución incluyen el mes que se está cobrando en este formato

Valores pagados meses anteriores (no incluye el valor del mes que se esta cobrando. Si es responsable de IVA, se debe incluir el valor incluido IVA)

Pago No. 1	Pago No. 2	Pago No. 3	Pago No. 4	Pago No. 5	Pago No. 6
$ 4.444.200	$ 4.938.000	$ 4.938.000	$ 4.938.000	$ 4.938.000	$ 4.938.000
Pago No. 7	**Pago No. 8**	**Pago No. 9**	**Pago No. 10**	**Pago No. 11**	**Pago No. 12**
$ 4.938.000	$ 4.938.000	$ -	$ -	$ -	
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) MÍNIMOS SOBRE EL PAGO MENSUAL

IBC 40% VALOR PAGO	TARIFA DE RIESGOS LABORALES	SALUD	PENSIÓN	ARL	FSP	TOTAL
$ 1.975.200	I	$ 246.900	$ 316.032	$ 10.311	N.A.	$ 573.242,54
VALORES PAGADOS (Registrar manualmente)		$ 250.500	$ 320.700	$ 10.500	$ 0	$ 581.700,00
Nombre de la entidad a la que se le hace el aporte (registrar manualmente)		COMPENSAR	PROTECCIÓN	COLMENA	N/A	
PERIODO DE PAGO	Septiembre	CUMPLE	CUMPLE	CUMPLE	N.A.	

CERTIFICACIONES DEL SUPERVISOR:

1. En calidad de supervisor del contrato/orden de compra y otros anotado, manifiesto que el contratista cumplió a satisfacción sus obligaciones, de acuerdo con lo establecido en el contrato, mediante el desarrollo de las actividades relacionadas en la descripción que constituye el soporte para el pago. Así mismo, se ha verificado que el contratista ha cumplido con las condiciones establecidas en la cláusula de forma de pago para tramitar el pago se autoriza mediante este documento. El cumplimiento fue verificado en ejercicio de la supervisión, con base en las evidencias o soportes respectivos que hacen parte integral de este informe, lo anterior, de conformidad con lo establecido en el artículo 83 y 84 de la Ley 1474/2011 y el inciso final del numeral 6. del Manual de Interventoría y Supervisión. SI__x__

2. En calidad de supervisor del contrato/orden de compra y/o otros, certifico que se verificó la entrega de los soportes de cumplimiento de aportes al sistema de seguridad social por parte del contratista (los soportes acreditan afiliación y pago), y que se observa que el Contratista dio cumplimiento a lo establecido en las disposiciones legales vigentes sobre el régimen de seguridad social, conforme a lo señalado en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002, la Ley 1562 de 2012, decreto 723 de 2013 y demás normas que regulen la materia. Como medida adicional y complementaria de prevención, en armonía con el último inciso del numeral 6 del Manual de Interventoría y Supervisión, manifiesto que como supervisor, de forma esporádica y aleatoria, realizo validaciones para corroborar la afiliación y los aportes, esto sin perjuicio de la responsabilidad directa y exclusiva que el contratista tiene por la veracidad, completitud y consistencia de los soportes que aporta como evidencia de cumplimiento de sus obligaciones con el sistema de seguridad social integral. SI__x__

3. En caso de tratarse de un contrato que incluya equipo de trabajo, se ha procedido a verificar el cumplimiento de las obligaciones con el Sistema de Seguridad Integral, en lo que respecta específicamente a dicho equipo de trabajo. SI____ NO APLICA_x__

DECLARACION JURAMENTADA ANEXOS Y DEDUCCIONES DEL CONTRATISTA

En mi calidad de Contratista, identificado como aparece al pie de mi firma, declaro bajo la gravedad de juramento que se entiende prestado con la suscripción del presente documento, que la información suministrada como soporte de cumplimiento de las obligaciones con el Sistema de Seguridad Social Integral, de las demás obligaciones y aquella que me permite obtener deducciones y rentas exentas para aplicar en el contrato de prestación de servicios suscrito con el Instituto Nacional para Sordos-INSOR, es veraz, cierta y fidedigna.

Declaro también bajo la gravedad de juramento que ante cualquier novedad relacionada con los soportes de las deducciones, serán informadas en el mes en que ocurra.

Declaro bajo la gravedad de juramento que el soporte de pago de Seguridad Social Integral que aporto según planila No. 9509720606, corresponde al pago del mes de SEPTIEMBRE, del contrato de prestación de servicios No. 052 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 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)	No Aplica

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	
de conformidad con la Resolución No. 199 de 2025, artículo 14, la radicación de los documentos de legalización de las comisiones en el Sistema de Gestión Documental ORFEO debe ser realizada por el comisionado dentro de los dos (2) días hábiles siguientes a la finalización de la comisión. de acuerdo con lo anterior, manifiesto que estoy al dia con la legalizacion de las comisiones asignadas	☐ Si ☐ No ☑ No Aplica	OBSERVACIONES: [illegible])
de conformidad con lo establecido en el artículo 25 de la Ley 100 de 1993, modificado por el artículo 8 de la Ley 797 de 2003, y demás normas concordantes Tomando en cuenta que el Salario Mínimo Mensual Legal Vigente (SMMLV) para el año en curso es de $1,750,905 COP, la norma estipula que la obligación de aportar al Fondo de Solidaridad Pensional nace únicamente cuando la sumatoria de los IBC totales alcanza o supera los cuatro (4) SMMLV, equivalentes a $7,003,620 COP. manifiesto que mis ingresos superan dicho umbral?	☐ 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. Apoyar el diseño, producción y posproducción de actividades como campañas, créditos de contenidos y demás acciones orientadas a fortalecer el uso de recursos digitales inclusivos.	1.1. Realizar y divulgar por las diferentes redes sociales (WhatsApp y redes que maneje comunicaciones) el boletin del mes de octubre (5/10/2026)	Soportes 1			X	X	X	X	X	X	X	X			Se valida el cumplimiento de la obligación frente a las evidencias aportadas
	1.2. Coordinación y apoyo en la postproducción, así como los elementos de apoyo y la divulgación por las diferentes redes sociales (WhatsApp y redes que maneje comunicaciones), para la transmisión de la novena clase en vivo con Violeta, llamadas "Orejiamarillo: volando entre palmas" (28/10/2026)														
	1.3. Producción, postproducción y divulgación de los videos tipo reel para la promoción del lanzamiento de cada episodio, un dia antes del mismo														
2. Apoyar la musicalización y la sincronización de subtítulos de los recursos digitales inclusivos.	2.1. Postproducción completa de sonido, efectos especiales, voz en off y créditos de los episodios 2, 3, 4 y 5 de la serie "Me reconozco mientras me conozco"	Soportes 2			X	X	X	X	X	X	X	X			Se valida el cumplimiento de la obligación frente a las evidencias aportadas
3. Participar en las actividades institucionales asignadas por el Instituto, en coherencia con el objeto contractual como la Mesa de participación.	3.1. Participación en la quinta mesa de gobierno digital.	Soportes 3			X	X	X	X	X	X	X	X			Se valida el cumplimiento de la obligación frente a las evidencias aportadas
	3.2. Participación en la octava mesa de participación ciudadana.														
4. Liderar y administrar las actividades internas de la Subdirección de Gestión Educativa relacionadas con la agenda institucional, facilitando la articulación con la Oficina de Comunicaciones y otros grupos de la subdirección de Gestión Educativa.	4.1. Llenado del excel de la agenda institucional con las actividades de los GIT de la SGE	Soportes 4			X	X	X	X	X	X	X	X			Se valida el cumplimiento de la obligación frente a las evidencias aportadas
	4.2. Gestión debida de la solicitud de aprobación de publicación de contenidos que llego por parte de Colombia Aprende														
5. Actualizar los recursos digitales inclusivos en el canal y en la plataforma INSOR Educativo, aportando también a la actualización general de la plataforma.	5.1. Actualización de los contenidos en la página web de INSOR Educativo	Soportes 5			X	X	X	X	X	X	X	X			Se valida el cumplimiento de la obligación frente a las evidencias aportadas
6. Elaborar informes mensuales sobre el plan de uso, divulgación y evaluación de los recursos digitales inclusivos, y participar en los espacios de cualificación convocados por la Subdirección de Gestión Educativa.	6.1. Elaboración del informe de plan de uso, divulgación y evaluación de los recursos inclusivos digitales del mes de octubre.	Soportes 6			X	X	X	X	X	X	X	X			Se valida el cumplimiento de la obligación frente a las evidencias aportadas
	6.2. Dirección y gestión de la cuarta MasterClass sobre el manejo de la voz (23/10/2026)														
	6.3. Elaboración de las piezas gráficas relacionadas con diferentes actividades de los diferentes grupos de la SGE.														

OBSERVACIONES ADICIONALES:

Por lo anterior, autorizo el pago por valor de: CUATRO MILLONES NOVECIENTOS TREINTA Y OCHO MIL PESOS M/CTE ($4.938.000)

VALOR CON IVA INCLUIDO	**4.938.000**
VALOR EN LETRAS	**CUATRO MILLONES NOVECIENTOS TREINTA Y OCHO MIL PESOS M/CTE**

FIRMA DEL SUPERVISOR

NOMBRE DEL SUPERVISOR: LUZ MARY LOPEZ FRANCO

CARGO: Subdirectora Gestión Educativa

C.C: 30.304.281 Correo electrónico: luz.lopez@insor.gov.co

FIRMA DEL CONTRATISTA BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO

NOMBRE DEL CONTRATISTA: CAMILO ENRIQUE HERRERA

Correo personal: camiloher_mar0295@hotmail.com

C.C: 1.014.233.816

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1014233816		HERRERA MARTINEZ CAMILO ENRIQUE	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 82 n 112 f 10	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3144805753	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-09	2026-09	658928942	9509720606	I	2026/10/06	2026/09/16	BANCO CAJA SOCIAL		$581,700

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
1	CC	1014233816	HERRERA CAMILO	230201	30	$2,004,000	$320,700	EPS008	30	$2,004,000	$250,500		0	$0	$0	14-25	30	$2,004,000	$10,500	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**					**$2,004,000**	**$320,700**			**$2,004,000**	**$250,500**			**$0**	**$0**			**$2,004,000**	**$10,500**		**$0**	**$0**

aportes en línea

Resumen General de Pago

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$320,700	$0	$320,700
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$320,700	$0	$320,700
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$10,500	$0	$10,500
COLMENA	14-25	800,226,175	3	1	$10,500	$0	$10,500
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$250,500	$0	$250,500
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$250,500	$0	$250,500
TOTAL				**1**	**$581,700**	**$0**	**$581,700**