República de Colombia Ministerio de Educación Nacional INSOR Instituto Nacional para Sordos	**PROCESO GESTION FINANCIERA**	**CÓDIGO: FOGF27**
	FORMATO CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO - CONTRATOS DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES O DE APOYO A LA GESTIÓN (PERSONA NATURAL O PERSONA JURIDICA)	**VERSIÓN: 02**
		FECHA: 25/08/2021

Dependencia / Grupo:	Subdirección de Gestión Educativa	**Pago No:**	1	**Total de pagos**	4
				Pago Final	**NO**

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRATISTA / EJECUTOR					
Ciudad	BOGOTÁ		**Fecha de presentación(dd-mm-año)**		02/11/2021
Nombres ó Razón Social:	LUIS CARLOS CUBILLOS MELLAO		**Identificación:**	**Cédula de Ciudadanía**	1.022.359.012 de Bogotá
Teléfono	3007133688		**Correo electrónico**		luiscubillosilsc@gmail.com

INFORMACIÓN DEL CONTRATO							
No Contrato	143-2021	**Mes a pagar o fracción de mes a pagar:**	**Mes**	Octubre			
			En caso de fracción indicar el número de días a pagar	9 dias			
Fecha del contrato	14/10/2021	**Fecha de acta de inicio:**	22/10/2021		**Fecha de terminación (Se debe tener en cuenta las prórrogas, si hay lugar a ello)**	31/12/2021	
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 técnicos en el proceso de pre codificación de la competencia de transferencia lengua de señas colombiana a español de la Evaluación Nacional de intérpretes de Lenguas de Señas colombiana -español- ENILSCE.

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	VERIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DEL SUPERVISOR
1. Apoyar el proceso de codificación de las muestras de discurso recopiladas en el pilotaje del componente de transferencia LSC-español de la ENILSCE.	N/A	N/A	N/A
2. Participar en el proceso de capacitación de codificadores para la valoración de la competencia de transferencia LSC-español de la ENILSCE.	Participé en las diferentes reuniones de capacitación como codificador de la prueba ENILCSE. Reuniones programadas así, 2.1 Reunión de introducción sobre el pilotaje de la ENILSCE, generalidades de las funciones como codificador y protocolo de confidencialidad. 2.2 Aclaraciones del principio rector de la prueba y su objetivo de la ENILSCE. Ademas, se trataron los siguiente temas: modelo de comunicación de la ENILSCE, modelo ostensivo inferencial en la interpretación y Unidades traductologicas. 2.3 Capacitación para el manejo del ELAN y pruebas con el programa y modelo de Evaluación. FECHA DE EJECUCIÓN: 22 AL 31 de octubre de 2021.	A continuación hago envío de las evidencias en los casos que no viole ningún principio de confidencialidad. 2.1 Evidencia Fotográfica. Reunión de introducción y protocolo de confidencialidad. 2.2 Evidencia fotográfica. Aclaraciones del pripio rector de la prueba y su objetivo 2.3 Evidencia fotográfica. Pruebas con el programa ELAN y modelo de Evaluación	Se verificó el cumplimiento de la obligación con la revisión de las evidencias presentadas y documentos que se encuentran en el Drive.
3. Contribuir en la implementación del pilotaje de la competencia de transferencia LSC- español de la ENILSCE.	N/A	N/A	N/A
4. Apoyar la elaboración de la guía de codificación con la entrega de insumos y retroalimentación del documento de acuerdo con los parámetros que se establezcan con el equipo técnico a cargo del diseño de la ENILSCE.	N/A	N/A	N/A
5. Apoyar el seguimiento, la revisión, retroalimentación y/o validación de informes, protocolos, rubrica de calificación y otros documentos relacionados con la implementación del pilotaje de la competencia de transferencia LSC-español de la ENILSCE.	Apoyé el seguimiento, lectura, revisión de los siguientes documentos relacionados con la implementación del pilotaje de la prueba ENILCSE. 5.1 Lectura documento protocolo de confidencialidad. 5.2 Retroalimentacion del Modelo de evaluación de intérpretes. 5.3 Aportes al documento preliminar de Guía conceptual y procedimental. FECHA DE EJECUCIÓN: 22 AL 31 de octubre de 2021.	5.1 Documento de confidencialidad aportado por el INSOR. Documento confidencial 5.2 Diapositivas del Modelo de evaluación para intérpretes. Documento confidencial 5.3 Aportes al documento Guía conceptual y procedimental V1. Documento confidencial. Los documentos se encuentran en el DRIVE institucional, no se anexan al informe debido a la confidencialidad de la evaluación.	Se verificó el cumplimiento de la obligación con la revisión de las evidencias presentadas y documentos que se encuentran en el Drive.
6. Prestar el servicio de interpretación y traducción en LSC-español en acciones de la codificación de la evaluación y temas relacionados..	N/A	N/A	N/A

Firma del Contratista:	**Firma del Supervisor:**

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._____ , corresponde al pago del mes de _____ del contrato de prestación de servicios No. 143 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	NO	**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)	SI	**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 jurídicas)	

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 ☐ Si ☑ No

Soy responsable de Facturación Electrónica ☐ 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. ○ Si ◉ Tarifa Adicional_____.



FIRMA DEL CONTRATISTA BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO

NOMBRE DEL CONTRATISTA: LUIS CARLOS CUBILLOS MELLAO

Correo personal: luiscubillosilsc@gmail.com

C.C: 1.022.359.012 de Bogotá

INFORMACIÓN FINANCIERA DEL CONTRATO O CONVENIO

VALOR A PAGAR EN ESTE MES	**Valor antes IVA**	**$ 1.080.000**
	IVA	**$ -**
	Valor total	**$ 1.080.000**

Valor inicial contrato	**$ 9.360.000**
Adición (en el caso de que aplique)	**$ -**
Reducción (indicar el valor mencionado en el acto administrativo)	**$ -**
Valor Total:	**$ 9.360.000**
Total Ejecutado	**$ 1.080.000**
Saldo	**$ 8.280.000**
Porcentaje de Ejecución	
Porcentaje de Ejecución física	**13%**
Porcentaje de Ejecución presupuestal	**12%**

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**
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) MÍNIMOS SOBRE EL PAGO MENSUAL

IBC 40% VALOR PAGO	**TARIFA DE RIESGOS LABORALES**	**SALUD**	**PENSIÓN**	**ARL**	**FSP**	**TOTAL**
$ 432.000,00	I	$ 0,00	$ 0,00	$ 0,00	N/A	$ 0,00
VALORES PAGADOS (Registrar manualmente)		CERTIFICADO AFILIACION	CERTIFICADO AFILIACION	CERTIFICADO AFILIACION	N/A	$ 0,00
Nombre de la entidad a la que se le hace el aporte (registrar manualmente)		COMPENSAR	PORVENIR	POSITIVA	N/A	
PERIODO DE PAGO		N/A	N/A	N/A	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 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 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___

OBSERVACIONES ADICIONALES:

Por lo anterior, autorizo el pago por valor de:

VALOR CON IVA INCLUIDO	**$ 1.080.000,00**
VALOR EN LETRAS	**UN MILLON OCHENTA MIL PESOS M/CTE**



FIRMA DEL SUPERVISOR

NOMBRE DEL SUPERVISOR: **SHEILA JINNET PARRA NIÑO**

CARGO: **Coordinadora Grupo de Lenguas e intérpretes**

C.C: 51.673.808 **Correo electrónico:** sheila.parra@insor.gov.co