CRP. 35026 (80)

20262600001712
No. 20262600001712
Fecha Radicado: 04-MAR-2026 11:37 AM
Nombre Radicador: LADY BIBIANA GAR
Anexos -
Destino: SG - GESTION DOCUMENTAL
INSOR

	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
/ Grupo:	Oficina de Comunicaciones	Pago No:	1	Total de pagos	11		
				¿Pago Final?	NO		

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRATISTA / EJECUTOR

	BOGOTÁ	Fecha de presentación(dd-mm-año)	2/3/2026		
	FELIPE CASAS SANTOFIMIO	Identificación:	Cédula de Ciudadanía	1022943055	
	3142172417	Correo electrónico	felipe.casas@insor.gov.co		

INFORMACIÓN DEL CONTRATO

to	100-2026	Mes a pagar o fracción de mes a pagar:	Mes	Febrero			
			En caso de fracción indicar el número de días a pagar	27 días			
	10926	No RP	8026	Valor del RP:	$ 50.059.152	Valor pendiente por pagar:	$ 45.963.403
ntrato	2/2/2025	Fecha de acta de inicio:	2/2/2025	Fecha de terminación (Se debe tener en cuenta las prórrogas, si hay lugar a ello)		30/12/2026	
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 la creación de contenidos videográficos requeridos por el INSOR para la implementación de la estrategia de comunicaciones vigencia 2025.

INFORMACIÓN FINANCIERA DEL CONTRATO O CONVENIO

VALOR A PAGAR EN ESTE MES	Valor antes IVA	$ 4.095.749
	IVA	$ -
	Valor total	$ 4.095.749

Valor inicial contrato	$ 50.059.152
Adición (en el caso de que aplique)	$ -
Reducción (Indicar el valor mencionado en el acto administrativo)	$ -
Valor Total:	$ 50.059.152
Total Ejecutado	$ 4.095.749
Saldo	$ 45.963.403
Porcentaje de Ejecución	
Porcentaje de Ejecución física	8%
Porcentaje de Ejecución presupuestal	8%

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 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
$ 1.638.299,60	I	$ 204.787,45	$ 262.127,94	$ 8.551,92	N.A.	$ 475.467,31
VALORES PAGADOS (Registrar manualmente)		$ 243.900,00	$ 312.200,00	$ 10.200,00	$ 0,00	$ 566.300,00
Nombre de la entidad a la que se le hace el aporte (registrar manualmente)		Sanitas	Porvenir	Positiva		
PERIODO DE PAGO	Enero	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 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_

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. 51833452 corresponde al pago del mes de Enero, del contrato de prestación de servicios No. 100 del 2026 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**	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)	NO	**Entidad a consignar los valores correspondientes a Pensiones voluntarias o AFC**	NO

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)	NO
Facturación Electrónica	NO	**Es pensionado**	NO	**Certificación de pago de parafiscales** (personas jurídicas)	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 ☐ 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 anualmeate a setecientas noventa (790) UVT. ☑ 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. Ejecutar las labores de producción audiovisual requeridas, asegurando la calidad técnica y narrativa de los materiales mediante la adecuada grabación de imagen y sonido, en cumplimiento de los lineamientos institucionales.	1.1 En el período reportado, realicé la postproducción de los siguientes videos: 1.1.1. Celebración Día de San Valentín. 1.2.1 Video información sobre inclusión de Lengua de Señas en el Super Bowl. 1.3.1 Video Intervención Director General en el evento del IDRD. 1.4.1 video resumen participación del INSOR en el evento del IDRD.	Felipe Casas / Carpeta Evidencias/febrero Obligación 1.1.1. Celebración Día de San Valentín. 1.2.1 Video información sobre inclusión de Lengua de Señas en el Super Bowl. 1.3.1 Video Intervención Director General en el evento del IDRD. 1.4.1 video resumen participación del INSOR en el evento del IDRD.	x												Las evidencias soportan las actividades ejecutadas e informadas
2.Realizar los procesos de postproducción audiovisual, comprendiendo la edición, montaje, corrección de color, mezcla de audio, integración de gráficos y aplicación de recursos de accesibilidad, conforme a los requerimientos y lineamientos del INSOR.	2. Durante el período reportado, apoyé los siguientes procesos de producción, teniendo en cuenta los criterios de iluminación y fotografía: 2.1.1. Celebración Día de San Valentín. 2.2.1 Video información sobre inclusión de Lengua de Señas en el Super Bowl. 2.3.1 Video Intervención Director General en el evento del IDRD. 2.4.1 video resumen participación del INSOR en el evento del IDRD. 2.5.1 (3) Comunicados de prensa.	Felipe Casas / Carpeta Evidencias febrero/ Obligación 2: 2.1.1. Celebración Día de San Valentín. 2.2.1 Video información sobre inclusión de Lengua de Señas en el Super Bowl. 2.3.1 Video Intervención Director General en el evento del IDRD. 2.4.1 video resumen participación del INSOR en el evento del IDRD. 2.5.1 (3) Comunicados de prensa.	x												Las evidencias soportan las actividades ejecutadas e informadas
3. Efectuar el registro audiovisual y/o la transmisión en vivo de las acciones, eventos y actividades institucionales en las que participe el Instituto, garantizando la calidad técnica y comunicativa, en el marco de la estrategia de comunicaciones del INSOR.	3. Durante el período reportado, realicé los siguiente cubrimientos institucionales: 3.1.1 Particicpacion de Director General en el lanazamiento del equipo Sordoolimpico (Evento IDRD)	Felipe Casas / Carpeta Evidencias febrero/ Obligación 3: 3.1.1 Particicpacion de Director General en el lanazamiento del equipo Sordoolimpico (Evento IDRD)	x												Las evidencias soportan las actividades ejecutadas e informadas
4. Contar con el equipo técnico y tecnológico requerido, incluyendo cámara, herramientas de grabación, equipo de edición y software de procesamiento audiovisual, para la ejecución de los procesos de preproducción y postproducción de los contenidos solicitados por el INSOR.	Durante el período reportado, puse a disposición el siguiente equipo tecnológico: 1.(1) MacBook PRO 2.(1)Cámara de video Sonny alpha 7III 3.(2)Micrófonos de solapa Hollyland	No aplica	x												Las evidencias soportan las actividades ejecutadas e informadas
5. Cumplir con las demás actividades necesarias para garantizar el adecuado desarrollo del objeto contractual, cuando así lo requiera la supervisión del contrato.	Durante el período reportado, se dio cumplimiento a las demás actividades requeridas por la supervisión del contrato, orientadas a garantizar el adecuado desarrollo del objeto contractual. Asistí a las sigueinte reuniones: 1. Reunión inicial equipo de comunicaciones. 2. Reunión para linemaientos rendición de cuentas. 3. Articulación comunicaciones - Lanzamiento Equipo Sordolimpico. 4. Acuerdos estudios de grabación.	Felipe Casas / Carpeta Evidencias febrero / Obligación 5: 1. Reunión inicial equipo de comunicaciones. 2. Reunión para linemaientos rendición de cuentas. 3. Articulación comunicaciones - Lanzamiento Equipo Sordolimpico. 4. Acuerdos estudios de grabación.	x												Las evidencias soportan las actividades ejecutadas e informadas

OBSERVACIONES ADICIONALES:

Por lo anterior, autorizo el pago por valor de: CUATRO MILLONES CUATROCIENTOS SESENTA Y UN MIL SEISCIENTOS PESOS M/D83

VALOR CON IVA INCLUIDO	**$ 4.095.749**
VALOR EN LETRAS	**CUATRO MILLONES NOVENTA Y CINCO MIL SETECIENTOS CUARENTA Y NUEVE PESOS M/CTE**

FIRMA DEL SUPERVISOR

NOMBRE DEL SUPERVISOR: JOSÉ FERNANDO DUQUE GALLEGO

CARGO: Asesor de Dirección General

C.C: 10.276.420 **Correo electrónico:** jose.duque@insor.gov.co

FIRMA DEL CONTRATISTA BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO

NOMBRE DEL CONTRATISTA: Felipe Casas Santofimio

Correo personal: felipecasassantofimio@gmail.com

C.C: 1.022.943.055

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14981126206

(415)7707212489984(8020) 000001498112620 6

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 0 2 2 9 4 3 0 5 5	2	Impuestos de Bogotá 3 2	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1 0 2 2 9 4 3 0 5 5	

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
CASAS	SANTOFIMIO	FELIPE	

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

41. Dirección principal: CALLE 152 54 39

42. Correo electrónico: felipecasassantofimio@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
1 1 1 1 1 1	6 0 1 5 4 9 2 9 1 2	3 1 4 2 1 7 2 4 1 7

CLASIFICACIÓN

Actividad económica / Ocupación

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código 1	2	51. Código	52. Número establecimientos
7 3 1 0	2 0 0 7 0 6 2 5	5 9 1 2	2 0 2 0 1 1 2 4	4 6 4 5		2 4 1 9	

Responsabilidades, Calidades y Atributos

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código	2	2	4	9																						

22- Obligado a cumplir deberes formales a

49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54. Código										
	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores

55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
		57. Modo			
		58. CPC			

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre CASAS SANTOFIMIO FELIPE

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DAVIVIENDA

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICADO

BOGOTA D.C., **27/02/2026**
DISTRITO
CAPITAL,
COLOMBIA,
A quién interese

Por medio de la presente hacemos constar que **el señor FELIPE CASAS SANTOFIMIO** con **Cédula de Ciudadanía** n#mero **1022943055**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS

N#mero	**452900042063**
Saldo a la fecha	**22,197.57 Pesos**
Fecha de apertura	**28/07/2010**

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
HACIENDA
Secretaría de Hacienda

DIRECCIÓN DE IMPUESTOS DE BOGOTÁ
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT
INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

Fecha:06/10/2025

CONTRIBUYENTE	C.C. 1022943055	FELIPE CASAS SANTOFIMIO

INFORMACIÓN BÁSICA

Dirección: AC 147 16A 21 CA 19 Teléfonos:

Dirección electrónica: felipecasassantofimio@gmail. Ciudad: BOGOTÁ DC Municipio: BOGOTÁ, D.C.

Fecha de Inscripción: 28/02/2018 Soporte Inscripción: -

PERFIL TRIBUTARIO

Naturaleza Jurídica: PERSONA NATURAL Régimen tributario: COMUN Fecha desde: 31/12/1969

Matrícula Mercantil:NO Fecha inicio de Actividades: 24/06/2010 Fecha de cese de Actividades: NO No. Establecimientos: 0

Actividad 1: 5911 - Actividades de producción de películas cinematográficas, videos, programas, anuncios y comerciales de televisión (excepto programación de televisión)

Actividad 2: 5912 - Actividades de postproducción de películas cinematográficas, videos, programas, anuncios y comerciales de televisión (excepto programación de televisión)

Actividad 3: 7310 - Publicidad

Actividad 4:

Actividad 5:

ESTABLECIMIENTOS ACTIVOS

REPRESENTANTES ACTIVOS

Señor Contribuyente: Esta es la información suministrada por usted y registrada en la Secretaria de Hacienda Distrital.

Kr 30 25 90 Dirección Distrital de Impuestos Bogota D.C. Colombia

Fuente: RIT-SHD

Version 2.02

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	1022943055	FELIPE CASAS SANTOFIMIO	CL 152 # 45-95	3142172417	FELIPECASASSANTOFIMIO@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)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2026-01	2026-01	I	17/02/2026	51833452	$568.200	

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					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	243.900	0		0		0	5	800	0	244.700	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	312.200	0	0	0	0	5	1.000	0	313.200	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										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	10.200				10.200	5	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

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	243.900	244.700
Pensión	1	312.200	313.200
Riesgos Laborales	1	10.200	10.300
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	566.300	568.200

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
CC	1022943055	FELIPE CASAS SANTOFIMIO		CL 152 # 45-95	3142172417	FELIPECASASSANTOFIMIO@GMAIL.COM
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ. D.C.	

EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2026-01	2026-01	I	17/02/2026	51833452	$568.200	

ETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
CC	1022943055	CASAS SANTOFIMIO FELIPE	59	0			N																	230301	1.950.800	312.200	0	0	0	0	EPS005	1.950.800	243.900	14-23	1.950.800	1	10.200		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

59423679

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

NUIP 1014744621

Indicativo Serial 59423679

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 40 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código A 3 F

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

COLOMBIA ---------- CUNDINAMARCA ---------- BOGOTA D.C.

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
CASAS	VALENCIA

Nombre(s): SIMON

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2019 Mes ENE Día 19	MASCULINO	O	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 ----------	15044090-0

Datos de la madre o padre *(Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el primer apellido del inscrito)*

Apellidos y nombres completos: VALENCIA RECAMAN JUANITA ----------

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA No.1.061.723.778 DE POPAYAN	COLOMBIANA

Datos de la madre o padre *(Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el segundo apellido del inscrito)*

Apellidos y nombres completos: CASAS SANTOFIMIO FELIPE----------

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA No.1.022.943.055 DE BOGOTA D.C.	COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: CASAS SANTOFIMIO FELIPE

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CEDULA DE CIUDADANIA No.1.022.943.055 DE BOGOTA D.C.	Felipe Casas

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 2019 Mes ENE Día 25	VICTORIA C. SAAVEDRA S. Notaria 40 de Bogotá D.C. Nombre y firma

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

ESPACIO PARA NOTAS

COMO NOTARIA CUARENTA (40) DE ESTE CIRCULO HAGO COSTAR QUE ESTA FOTOCOPIA COINCIDE CON SU ORIGINAL QUE REPOSA EL LOS ARCHIVOS DE ESTA NOTARIA. 25 ENE 2019 BOGOTÁ D.C.

VICTORIA C. SAAVEDRA S. Notaria 40 de Bogotá D.C.

OFIXPRES ... 130/1021

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

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, Felipe Casas Santofimio identificado (a) con C.C. (X) C.E. ( ) No. 1022943055 de Bogotá, con domicilio principal en la ciudad de Bogotá, dirección Calle 152 54 39 , 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. 013, 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
Simón Casas Valencia	**1014744621**	**19/01/2019**	**Hijo**

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 doscientas 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_____ **NO**_____**x**_____

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%)
			100%

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 _26_ días del mes de _FEBRERO_ 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.

Felipe Casas Santofimio

_____

Nombre Completo del Funcionario o Contratista.

Felipe Casas S.

_____

Firma