CxP 39126

República de Colombia Ministerio de Igualdad y Equidad 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:	Dirección General	**Pago No:**	2	**Total de pagos**	12
				¿Pago Final?	NO

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRATISTA / EJECUTOR

Ciudad	Bogotá	**Fecha de presentación(dd-mm-año)**	2/03/2026		
Nombres ó Razón Social:	WILSON ARLEY ZEA SOLANO	**Identificación:**	Cédula de Ciudadanía		80221666
Teléfono	3003973621	**Correo electrónico**	wilzea@gmail.com		

INFORMACIÓN DEL CONTRATO

No Contrato	082-2026	**Mes a pagar o fracción de mes a pagar:**	**Mes**	Febrero			
			En caso de fracción indicar el número de días a pagar				
No CDP	13226	**No RP**	8926	**Valor del RP:**	**$ 76.190.301**	**Valor pendiente por pagar:**	**$ 66.724.233**
Fecha del contrato	19/1/2026	**Fecha de acta de inicio:**	20/1/2026	**Fecha de terminación (Se debe tener en cuenta las prórrogas, si hay lugar a ello)**		19/12/2026	
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 especializados para apoyar la oficina de control interno del INSOR en materia de evaluación y seguimiento contable, en el desarrollo de las auditorías y seguimientos proyectados en el plan anual de auditorías 2026.

INFORMACIÓN FINANCIERA DEL CONTRATO O CONVENIO

VALOR A PAGAR EN ESTE MES	**Valor antes IVA**	**$ 6.926.391**
	IVA	**$ -**
	Valor total	**$ 6.926.391**

Valor inicial contrato	**$ 76.190.301**
Adición (en el caso de que aplique)	**$ -**
Reducción (indicar el valor mencionado en el acto administrativo)	**$ -**
Valor Total:	**$ 76.190.301**
Total Ejecutado	**$ 9.466.068**
Saldo	**$ 66.724.233**
Porcentaje de Ejecución	
Porcentaje de Ejecución física	12%
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
$ 2.539.677					
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, PENSION, ARL) MINIMOS SOBRE EL PAGO MENSUAL

IBC 40% VALOR PAGO	TARIFA DE RIESGOS LABORALES	SALUD	PENSIÓN	ARL	FSP	TOTAL
$ 2.770.556	I	$ 346.320	$ 443.289	$ 14.462	N.A.	$ 804.070,88
VALORES PAGADOS (Registrar manualmente)		$ 346.900,00	$ 444.000,00	$ 14.500,00	$ 0	$ 805.400,00
Nombre de la entidad a la que se le hace el aporte (registrar manualmente)		FAMISANAR EPS	COLFONDOS	COLMENA	N/A	
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 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. 58426070, corresponde al pago del mes de febrero, del contrato de prestación de servicios No. 082-2026 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 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**	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)	SI	**Entidad a consignar los valores correspondientes a Pensiones voluntarias o AFC**	N/A
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)	Anticipada	**Comprobante de pago mensual de Medicina Prepagada**	NO	**Valor a descontar por AFC o Pensiones Voluntarias** (Indique el valor en numeros)	N/A
Facturación Electrónica	NO	**Es pensionado**	NO	**Certificación de pago de parafiscales** (personas jurídicas)	No Aplica

Destino: SG - GESTION DOCUMENTAL

INSOR *20262600002042*
No. 20262600002042
Fecha Radicado: 05-MAR-2026 11:32 AM
Nombre Radicador: LADY BIBIANA GAR
Anexos .

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

OBLIGACIÓN 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 EJECUTÓ LA OBLIGACIÓN												VERIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DEL SUPERVISOR
			ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	
Realizar el seguimiento a los planes de mejoramiento, resultado de auditorías internas y auditorías externas, evaluando la eficacia y efectividad de las acciones de mejora propuestas por los procesos y generar alertas en relación con el cumplimento de las fechas establecidas en los mismos.	Se realizó el seguimiento de las acciones del plan de mejoramiento institucional con corte al IV trimestre de 2025, en este seguimiento se revisaron las acciones de los procesos,getión financiera, talento humano, medición y mejora y bienes y servicios	https://drive.google.com/drive/folders/1viW9_6_2LekZBOSeGISUHYDwNrO220kH	X	X											El contratista apoyó en la elaboración del Informe de seguimiento al plan de mejoramiento del IV trimestre de 2025,
Evaluar los controles implementados para la mitigación de los riesgos identificados por los procesos y a las acciones establecidas en el plan de acción Institucional, según asignación del supervisor del contrato.	Se realizó el seguimiento a la gestión de riesgos del III cuatrimestre, en este informe se revisó la eficacia y efectividad de los controles establecidos para controlar y mitigar el riesgo, de los procesos Gestión financiera, Bienes y servicios, Talento Humano y medición y mejora	https://drive.google.com/drive/folders/1viW9_6_2LekZBOSeGISUHYDwNrO220kH	X	X											El contratista apoyó en la elaboración del Informe de seguimiento a riesgos del III cuatrimestre de 2025,
	Para este periodo apoyé en el reporte del seguimiento de los indicadores de gestión del IV trimestre de 2025, donde se revisó la veracidad de los datos registrados en la hoja de vida de los indicadores y se examinó su resultado, se revisó el resultado de los indicadores de los procesos Talento humano,	https://drive.google.com/drive/folders/1viW9_6_2LekZBOSeGISUHYDwNrO220kH		X											El contratista apoyó en la elaboración del Informe de seguimiento a indicadores IV trimestre de 2025,
Desarrollar las técnicas de auditoría para la obtención de evidencia amplia y suficiente, elaborando pruebas de control y/o pruebas sustantivas.	Se obtuvo evidencia amplia y suficiente para la elaboración del Informe de la Evaluación de control interno contable, para este informe se uso tecnicas como la revisión documental, observación e indagación. Así mismo se revisó las evidencias aportadas por los procesos para realizar los seguimientos del Plan de	https://drive.google.com/drive/folders/1viW9_6_2LekZBOSeGISUHYDwNrO220kH	X	X											El contratista aplicó las diferentes técnicas de auditoría, obteniendo la evidencia amplia y suficiente para la generación de los informes que se relacionan en este informe
Presentar informes de auditoría en materia contable, financiera y presupuestal detallando los hallazgos, las debilidades del control interno y las recomendaciones específicas para que la entidad mejore sus procesos y mitigue los riesgos.	Se realizó la Evaluación de control interno contable, correspondiente a la vigencia 2025, para este informe se diligenció el formulario de la CGN dispuesto para tal fin, se obtuvo las respectivas evidencias para soportar los punto de la evaluación y finalmente el 27 de febrero se presentó ante la plataforma CHIP de la	https://drive.google.com/drive/folders/1viW9_6_2LekZBOSeGISUHYDwNrO220kH	X	X											El contratista realizó la evaluación de control interno contable, de la vigencia 2025
Apoyar en el desarrollo de las campañas de autocontrol y asistir a las reuniones que se desarrollen mediante la ejecución del contrato.	Durante el mes de febrero asistí a las siguientes reuniones: 18-02-2026: Presencial - Revisión Evaluación Independiente del Estado del SCI segundo semetre de 2025, 20-02-2026:Capacitación Virtual - Seguridad, Orden y Limpieza y Gestión Documental	https://drive.google.com/drive/folders/1viW9_6_2LekZBOSeGISUHYDwNrO220kH	X	X											El profesional asistió a las reuniones asociadas al proceceso de evaluación y control
Las demás inherentes al ejercicio de la Supervisión	Se revisó las cifras reportadas por el proceso de gestión financiera en el Reporte de cuenta anual consolidado del SIRECI	https://drive.google.com/drive/folders/1hY1WBHNp695bYwFqIUbW4VZ2H_Mnu2OA		X											El contratista apoyó en la revisión de la información contable del reporte de cuenta anual consolidada

OBSERVACIONES ADICIONALES:

Por lo anterior, autorizo el pago por valor de: SEIS MILLONES NOVECIENTOS VEINTISEIS MIL TRESCIENTOS NOVENTA Y UN PESOS M/CTE ($6.926.391)

VALOR CON IVA INCLUIDO	**6.926.391**
VALOR EN LETRAS	**SEIS MILLONES NOVECIENTOS VEINTISEIS MIL TRESCIENTOS NOVENTA Y UN PESOS M/CTE**

FIRMA DEL SUPERVISOR

NOMBRE DEL SUPERVISOR: : FERNANDO JAIMES JAIMES

CARGO: Profesional especializado grado 13

C.C: 13,720,145 **Correo electrónico: fernando.jaimes@insor.gov.co**

FIRMA DEL CONTRATISTA BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO

NOMBRE DEL CONTRATISTA: WILSON ARLEY ZEA SOLANO

Correo personal: wilzea@gmail.com

C.C: 80,221,666

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	80221666	WILSON ARLEY ZEA SOLANO	Carrera 80D 7B-83 Torre 8 Apto 1303	3003973621	wilzea@hotmail.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
		58426070	26/02/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-02	2026-02	I	$0	$805.400	

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					
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	346.900	0		0		0	0	0	0	346.900	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
231001	Colfondos	800227940-6	444.000	0	0	0	0	0	0		444.000	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	14.500				14.500	0	0	14.500			145	14.500	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	0	0	0	0
ICBF				
0	0	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	346.900	346.900
Pensión	1	444.000	444.000
Riesgos Laborales	1	14.500	14.500
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	805.400	805.400

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	80221666	WILSON ARLEY ZEA SOLANO	Carrera 80D 7B-83 Torre 8 Apto 1303	3003973621	wilzea@hotmail.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
		58426070	26/02/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-02	2026-02	I	$0	$805,406	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE							INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF				PARAFISCALES					
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Colilla	Tarifa	Extranjero	Cotiz. Exterior	Exonerado	INGRESO	RETIRO	TDE	TAE	TDP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	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 80221666	ZEA SOLANO WILSON ARLEY	59	0			N						X										231001	2.775.000	30	444.000	0	0	0	0	EPS017	2.775.000	30	346.900	14-25	2.775.000	30	1	14.500		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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