CVP 46926 (27)

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 Promoción y Desarrollo	**Pago No:**	2	**Total de pagos**	11
				¿Pago Final?	NO

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRATISTA / EJECUTOR

Ciudad	Bogotá	**Fecha de presentación(dd-mm-año)**	1/4/2026		
Nombres ó Razón Social:	JOSE FERNANDO LESMES MORERA	**Identificación:**	**Cédula de Ciudadanía**	1.022.332.083	
Teléfono	316 3354099	**Correo electrónico**	josefiesmes@gmail.com		

INFORMACIÓN DEL CONTRATO

No Contrato	**068**	**Mes a pagar o fracción de mes a pagar:**	**Mes**	Marzo			
			En caso de fracción indicar el número de días a pagar				
No CDP	**5326**	**No RP**	**9326**	**Valor del RP:**	**$ 55.193.424**	**Valor pendiente por pagar:**	**$ 45.660.014**
Fecha del contrato	13/1/2026	**Fecha de acta de inicio:**	2/2/2026	**Fecha de terminación (Se debe tener en cuenta las prórrogas, si hay lugar a ello)**		30/12/2026	
Responsabilidad del Contribuyente DIAN	Responsabilidad 49 - No responsable de IVA	**Novedades del período a pagar**	Sin novedades			**Desde (D/M/A)**	**Hasta (D/M/A)**

OBJETO DEL CONTRATO

Prestación de servicios profesionales a la Subdirección de Promoción y Desarrollo relacionados con la proyección de metodologías de evaluación y mejoramiento de servicios de interpretación LSC-español, mediante la formulación de protocolos de cualificación profesional y estrategias de formación continua que eleven los estándares de prestación de servicios de interpretación a nivel institucional durante el año 2026.

INFORMACIÓN FINANCIERA DEL CONTRATO O CONVENIO

VALOR A PAGAR EN ESTE MES	**Valor antes IVA**	**$ 5.017.584**
	IVA	**$ -**
	Valor total	**$ 5.017.584**

Valor inicial contrato	**$ 55.193.424**
Adición (en el caso de que aplique)	**$ -**
Reducción (indicar el valor mencionado en el acto administrativo)	**$ -**
Valor Total:	**$ 55.193.424**
Total Ejecutado	**$ 9.533.410**
Saldo	**$ 45.660.014**
Porcentaje de Ejecución	
Porcentaje de Ejecución física	17%
Porcentaje de Ejecución presupuestal	17%

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 está 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
$ 4.515.826					
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 DEMAS 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
$ 2.007.034	I	$ 250.879	$ 321.125	$ 10.477	N.A.	$ 582.481,29
VALORES PAGADOS (Registrar manualmente)		$ 251.000	$ 321.300	$ 10.500	$ 0	$ 582.800,00
Nombre de la entidad a la que se le hace el aporte (registrar manualmente)		FAMISANAR	COLFONDOS	POSITIVA	N/A	
PERIODO DE PAGO	Marzo	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___

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___

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___

Destino: SG - GESTION DOCUMENTAL

INSOR *20262600002502*

No. 20262600002502

Fecha Radicado: 01-APR-2026 03:08 PM

Nombre Radicador: LADY BIBIANA GAR

Anexos: .

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. 1079896998, corresponde al pago del mes de Marzo, del contrato de prestación de servicios No.068 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. NO APLICA, 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)	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)	Anticipada	**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 ($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

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. Proyectar y hacer seguimiento a los sistemas de evaluación y monitoreo de calidad para servicios de interpretación LSC-español, estableciendo indicadores de desempeño, instrumentos de medición y mecanismos de retroalimentación que permitan el mejoramiento continuo de la prestación de servicios.	1. Reunión de planificación de informe trimestral SILSCE. 2. Plan de trabajo para la redacción del documento Lineamientos de la prestación SILSCE en el ámbito educativo 3. Propuesta de estructura del documento de Lineamientos para prestación del SILSCE en el ámbito educativo.	https://drive.google.com/drive/folders/1opShLnZ1JuAHQ-d2nt5mQAPW_IzqBYjq?usp=sharing	-	X	X										Las actividades aplican para el periodo reportado en el presente informe
2. Desarrollar lineamientos técnicos para servicios de interpretación institucional, estableciendo criterios de calidad, protocolos de prestación y mecanismos de evaluación que fortalezcan la oferta de servicios especializados.	1. Análisis de resultados del cuestionario anticipatorio a intérpretes del SILSCE institucional. 2. Revisión bibliográfica para la propuesta del Plan de Cualificación SILSCE 2026. 3. Primera propuesta de Cualificación SILSCE 2026.	https://drive.google.com/drive/folders/1EWHa43LpXZMbKR39_OZsbkeu03GQpvwi?usp=sharing	-	X	X										Las actividades aplican para el periodo reportado en el presente informe
3. Analizar y documentar los procesos de evaluación de competencias comunicativas en Lengua de Señas Colombiana (ECOLSC), desarrollando marcos teóricos de referencia, criterios de evaluación y metodologías de certificación que respondan a estándares técnicos especializados en evaluación de lenguas.	1. Reunión con el Desarrollador Web para ajustes del aplicativo ECOLSC. 2. Reunión con Joseph Mora para asignación de tareas ECOLSC. 3. Reunión con el equipo GEA para determianr el alcance de tareas de edición y gabación de videos ECOLSC. 4. Solicitud de adición de imágenes del componeNte de Producción ECOLSC. 5. Revisión de estado de edición y grabación de videos de formulario de inscripción y de preguntas del componente de Comprensión ECOLSC.	https://drive.google.com/drive/folders/1F2cQhWg0J3WJVKd8pxnKxi96wAVfiEDfxh?usp=sharing	-	X	X										Las actividades aplican para el periodo reportado en el presente informe
4. Facilitar procesos de formación y actualización en mesas técnicas especializadas sobre enseñanza e investigación de la LSC, aportando conocimiento sobre metodologías didácticas y estrategias pedagógicas innovadoras.	No requerido para este periodo	No requerido para este periodo	-	X	-										No requerido para este periodo
5. Atender requerimientos y actividades que surjan durante la ejecución del contrato y que estén directamente relacionadas con el objeto del contrato.	Reunión de reporte trimestral de actividades DECO con la DG.	https://drive.google.com/drive/folders/12h-pRy1x-kDWmVgIJD7UEJ8zchoZHPRv?usp=sharing	-	-	X										Las actividades aplican para el periodo reportado en el presente informe

OBSERVACIONES ADICIONALES: Durante la ejecución de las actividades relacionadas no se materializó ninguno de los riesgos relacionados en el estudio previo que hace parte integral del presente contrato

Por lo anterior, autorizo el pago por valor de: CINCO MILLONES DIECISIETE MIL QUINIENTOS OCHENTA Y CUATRO PESOS M/CTE ($5.017.584)

VALOR CON IVA INCLUIDO	**5.017.584**
VALOR EN LETRAS	**CINCO MILLONES DIECISIETE MIL QUINIENTOS OCHENTA Y CUATRO PESOS M/CTE**

FIRMA DEL SUPERVISOR

NOMBRE DEL SUPERVISOR: JESUS ANTONIO MONROY SANDOVAL

CARGO: Profesional Universitario Codigo 2044 Grado 08

C.C: 1.020.744.669 **Correo electrónico: jesus.monroy@insor.gov.co**

Fernando Lesmes

FIRMA DEL CONTRATISTA BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO

NOMBRE DEL CONTRATISTA: JOSE FERNANDO LESMES MORERA

Correo personal: joseflesmes@gmail.com

C.C: 1.022.332.083

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2026-03-25, 03:06:16 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1079896998

Periodo Cotización: marzo de 2026 **Periodo Servicio:** marzo de 2026

PAGADO 25/03/2026

)S DEL APORTANTE

Social	JOSE FERNANDO LESMES MORERA		
ento	CC1022332083	**Dirección**	CL 15 SUR #16 - 36
: Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3163354099
ersona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
entante Legal		**Identificación**	
filiados	1	**ARP**	POSITIVA DE SEGUROS

ALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																		Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales					Total
n	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
	JOSE FERNANDO LESMES MORERA	59	00																	0	30	30	30	0	(231001) COLFONDOS	$ 2.008.000	$ 321.300	(EPS017) FAMISANAR EPS	$ 2.008.000	$ 251.000	0.522	$ 2.008.000	$ 10.500	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 582.800

OTALES

Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 2.008.000	$ 2.008.000	$ 2.008.000	$ 0	$ 321.300	$ 251.000	$ 10.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 582.800	$ 0	$ 582.800

eas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.