CxP 53626 (100)

20262600003252
No. 20262600003252
Fecha Radicado 07-APR-2026 01:28 PM
Nombre Radicador LADY BIBIANA GAR
Anexos .
INSOR
Destino SG - GESTION DOCUMENTAL

	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:	2	Total de pagos	11		
				¿Pago Final?	NO		

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRATISTA / EJECUTOR

	Bogotá	Fecha de presentación(dd-mm-año)	1/4/2026		
	Andrés Escobar García	Identificación:	Cédula de Ciudadania	16.928.674	
	3506698263	Correo electrónico	anesga81@gmail.com		

INFORMACIÓN DEL CONTRATO

to	034 de 2026	Mes a pagar o fracción de mes a pagar:	Mes	Marzo			
			En caso de fracción indicar el número de días a pagar				
	10826	No RP	8626	Valor del RP:	$ 42.450.440	Valor pendiente por pagar:	$ 34.768.208
ntrato	16/1/2026	Fecha de acta de inicio:	2/2/2026	Fecha de terminación (Se debe tener en cuenta las prórrogas, si hay lugar a ello)		16/12/2026	
Contribuyente DIAN	Responsabilidad 49 - No responsable de IVA	Novedades del periodo a pagar	Sin novedades			Desde (D/M/A)	Hasta (D/M/A)
						2/2/2026	17/12/2026

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR LOS SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN DE COMUNICACIONES DEL INSOR EN LA PRODUCCIÓN AUDIOVISUAL, MEDIANTE LA TRADUCCIÓN, SUBTITULACIÓN, INTERPRETACIÓN Y SINCRONIZACIÓN DE AUDIO EN LAS PRODUCCIONES AUDIOVISUALES INSTITUCIONALES, GARANTIZANDO LA ACCESIBILIDAD COMUNICATIVA ASÍ COMO LA COHERENCIA LINGÜÍSTICA Y TÉCNICA DE LOS MATERIALES REQUERIDOS POR LA ENTIDAD.

INFORMACIÓN FINANCIERA DEL CONTRATO O CONVENIO

VALOR A PAGAR EN ESTE MES	Valor antes IVA	$ 3.908.504
	IVA	$ -
	Valor total	$ 3.908.504

Valor inicial contrato	$ 42.450.440
Adición (en el caso de que aplique)	$ -
Reducción (indicar el valor mencionado en el acto administrativo)	$ -
Valor Total:	$ 42.450.440
Total Ejecutado	$ 7.682.232
Saldo	$ 34.768.208
Porcentaje de Ejecución	
Porcentaje de Ejecución física	18%
Porcentaje de Ejecución presupuestal	18%

Nota: Los porcentajes de ejecución incluyan 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
$ 3.773.728					
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) MINIMOS SOBRE EL PAGO MENSUAL

IBC 40% VALOR PAGO	TARIFA DE RIESGOS LABORALES	SALUD	PENSIÓN	ARL	FSP	TOTAL
$ 1.750.905	I	$ 218.863	$ 280.145	$ 9.140	N.A.	$ 508.147,65
VALORES PAGADOS (Registrar manualmente)		$ 218.900	$ 280.200	$ 9.200	$ 0,00	$ 508.300,00
Nombre de la entidad a la que se le hace el aporte (registrar manualmente)		COMPENSAR EPS	PORVENIR	COLMENA	N/A	
PERIODO DE PAGO	Febrero	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 articulo 83 y 84 de la Ley 1474/2011 y el inciso final del numeral 6. del Manual de Interventoria 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 articulo 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 armonia con el último inciso del numeral 6 del Manual de Interventoria 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 especificamente a dicho equipo de trabajo. SI____ NO APLICA___

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. 9498799854, corresponde al pago del mes de FEBRERO, del contrato de prestación de servicios No.034 de 2026 suscrito con el Instituto Nacional para Sordos-INSOR. (Esto solo aplica para personas naturales).

Declaro bajo la gravedad de juramento estar al dia 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 juridicas).

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**	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**	

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)	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.

O Si Tarifa adicional ____

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. Desarrollar traducciones entre el español y la Lengua de Señas Colombiana para las piezas comunicativas institucionales, contribuyendo al desarrollo de la estrategia de comunicaciones del INSOR.	1.1. Traducción a LSC Retroalimentación... el guion 4 de marzo Audiencia Pública 1.2. Traducción a LSC Retroalimentación al guion 11 de marzo 1.3. Traducción a LSC Retroalimentación Guion 18 de marzo 1.4. Traducción a Español de guion 4 de marzo 1.5. Traducción José F. 1.6. Traducción a LSC - Código Disciplinario 1.7. Traducción Guion 11 de marzo 1.8. Traducción Guion Resolución - SUCOP 1.9. Traducción Guion 18 de marzo 1.10. Traducción Guion Día Mundial del Agua 2026 1.11. Traducción frases Cuidado 1.12. Traducción Guion Día Mundial del Síndrome de Down 2026 1.13. Trad. Guion Promoviendo la cultur... sponsabilidad ambiental 2026 1.14. Traducción Comunicado MEN-Geo MEN v1 1.15. Traducción WhatsApp+Música+Voz+Sub v1 1.16. Traducción MAE +Sub+Voz+Musc v1 1.17. Traducción Ambiente+sub+voz+music v1	https://drive.google.com/drive/folders/1pQCegs4eTc-VC4EXGq-1t-hMkWG8fAc-?usp=share_link			x	x									Las evidencias soportan las actividades ejecutadas e informadas
2. Participar de las reuniones, actividades e iniciativas que se realicen de manera conjunta entre la Subdirección de Promoción y Desarrollo y el equipo de comunicaciones de la entidad y/u otro equipo o grupo de trabajo, apoyando la articulación entre ellas	1.1. Reunión de trafico 3 marzo 1.2. Reunión 4 marzo Rendicion Cuentas	https://drive.google.com/drive/folders/1diUU69p2GFm8N_1qYwPxWRzbM6qtSckK?usp=share_link			x	x									Las evidencias soportan las actividades ejecutadas e informadas
3. Adelantar los procesos de subtitulación y voz en off de los contenidos audiovisuales requeridos por el INSOR, en articulación con la Subdirección de Promoción y Desarrollo	1.1. Subtítulos offline CON subtítulos 1.2. Voces José F. borrador 1.3. Sincro Voz RID Offline+Voz+Music v1 1.4. Sincro Voz ECO+VOZ+MUSIC V1 1.5. Sincro Voz EVI +VOZ+MÚSICA V1 1.6. Sincro Voz GEA +Voz+Música v1 1.7. Sincro y Sub Comunicado SUCOP + voz+ Music + Sub v1 1.8. Sincro y Voz Día del Agua + Voz + Music + Sub v1 1.9. Sincro Asesores V3+Sub+Mus+Voz 1.10. Sincro DECO V2+VOZ+MUSIC+SUB 1.11. Sincro DEVI V2+VOZ+MÚSICA+SUB 1.12. Sincro FOGES V3+Music+Sub+Voz 1.13. Sincro GEA V2+Voz+Música+Sub 1.14. Sincro OAJ V3+Sub+Mus+Voz 1.15. Sincro OAPS V4+Sub+Mus+Voz 1.16. Sincro REPE V3+sub+musc+voz 1.17. Sincro RID V2+Sub+Mus+Voz 1.18. Sincro Secretaría General+Sub+Music+Voz 1.19. Sincro Ambiente+sub+voz+music v1 1.20. Sincro MAE +Sub+Voz+Musc v1 1.21. Sincro Comunicado MEN+voz+sub+music v1 1.22. Sincro WhatsApp +Música+Voz+Sub v1	https://drive.google.com/drive/folders/1YUX0XyCYq2Fld4bpgle4ZjVw1mxotqxV?usp=share_link			x	x									Las evidencias soportan las actividades ejecutadas e informadas
4. Apoyar en los procesos de generación de los contenidos audiovisuales requeridos por las diferentes áreas del Instituto Nacional para Sordos para vigencia 2026, incluyendo las transmisiones en vivo, en el marco del objeto contractual, según las necesidades de la entidad y en articulación con la Subdirección de Promoción y Desarrollo.	4.1. Revisión secuencia RID SGE 4.2. Revisión de secuencia DECO 4.3. Revisión secuencia DEVI 4.4. LSC para Modelo MAE	https://drive.google.com/drive/folders/1tWDaDxTdmEri7VAfitGxyrz1kpEUWKe?usp=share_link			x	x									Las evidencias soportan las actividades ejecutadas e informadas
5. Apoyar en reuniones o eventos institucionales según requerimiento del supervisor del contrato, en el marco de la estrategia de comunicaciones 2026	5.1. Preparacion Rendicion Cuentas 5.2. Evento Rendicion de Cuentas	https://drive.google.com/drive/folders/1LwG9o-09_OpQgdRQCTJrSLagKXkLcl3R?usp=share_link			x	x									Las evidencias soportan las actividades ejecutadas e informadas

OBSERVACIONES ADICIONALES:

Por lo anterior, autorizo el pago por valor de: TRES MILLONES NOVECIENTOS OCHO MIL QUINIENTOS CUATRO PESOS M/CTE ($3.908.504)

VALOR CON IVA INCLUIDO	3.908.504
VALOR EN LETRAS	TRES MILLONES NOVECIENTOS OCHO MIL QUINIENTOS CUATRO PESOS M/CTE

FIRMA DEL SUPERVISOR

Del periodo comprendido entre el 01-03-2026 y el 06-03-2026, y entre el 17-03-2026 y el 31-03-2026.

NOMBRE DEL SUPERVISOR: JOSÉ FERNANDO DUQUE GALLEGO

CARGO: ASESOR DIRECCIÓN GENERAL

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

FIRMA DEL SUPERVISOR: Del periodo comprendido entre el 07-03-2026 y el 16-03-2026.

NOMBRE DEL SUPERVISOR: LUZ ALEJANDRA BARBOSA TARAZONA

CARGO: ASESOR DIRECCIÓN GENERAL

C.C: 1.032.362.298 **Correo electrónico: luz.barbosa@insor.gov.co**

FIRMA DEL CONTRATISTA BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO

NOMBRE DEL CONTRATISTA: ANDRÉS ESCOBAR GARCÍA

Correo personal: anesgar81@gmail.com

C.C: 16.928.674

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 16928674		ESCOBAR GARCIA ANDRES	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Cra 11 #95-27 apto 501	BOGOTA-BOGOTA D.E.	2363340	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-02	2026-02	150954872	9498799854	I	2026/03/17	2026/03/18	BANCO CAJA SOCIAL	1	$540,700

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$280,200	$200	$0	$280,400
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	$280,200	$200	$0	$280,400
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$9,200	$100	$0	$9,300
COLMENA	14-25	800,226,175	3	1	$9,200	$100	$0	$9,300
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$31,800	$100	$0	$31,900
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	$31,800	$100	$0	$31,900
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$218,900	$200	$0	$219,100
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$218,900	$200	$0	$219,100
TOTAL				1	$540,100	$600	$0	$540,700

2026/03/18 10:59 AM

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 16928674		ESCOBAR GARCIA ANDRES	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Cra 11 #95-27 apto 501	BOGOTA-BOGOTA D.E.	2363340	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-02	2026-02	150954872	9498799854	I	2026/03/17	2026/03/18	BANCO CAJA SOCIAL	1	$540,700

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				NOVEDADES															PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES				
No.	Identificación		Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
1	CC	16928674	ESCOBAR ANDRES																		231001	30	$1,750,905	$280,200	EPS008	30	$1,750,905	$218,900	CCF24	30	$1,585,600	$31,800	14-25	30	$1,750,905	$9,200	30	$0	$0	No	$540,100
Total	**Afiliados(1)**																						$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$1,585,600	$31,800			$1,750,905	$9,200		$0	$0		$540,100

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141240265789

(415)7707212489984(8020) 000014124026578 9

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 6 9 2 8 6 7 4	6	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 6 9 2 8 6 7 4	

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Valle del Cauca 7 6	Cali 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
ESCOBAR	GARCIA	ANDRES	

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
CR 11 95 27 AP 501

42. Correo electrónico anesgar81@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 5 0 6 6 9 8 2 6 3	

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

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 4 9 0	2 0 2 0 0 3 0 1	5 9 1 2	2 0 2 1 0 1 0 5		6 3 1 1	6 2 0 1		

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 5	2 2	4 9																							

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar
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 61. Fecha 2026-03-10 / 04:43:00PM

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 ESCOBAR GARCIA ANDRES
985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

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:10/03/2026

CONTRIBUYENTE	C.C. 16928674	ANDRES ESCOBAR GARCIA

INFORMACIÓN BÁSICA

Dirección: KR 11 95 97 AP 501 Teléfonos: 3506698263

Dirección electrónica: anesgar81@hotmail.com Ciudad: BOGOTÁ DC Municipio: BOGOTÁ, D.C.

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

PERFIL TRIBUTARIO

Naturaleza Jurídica: PERSONA NATURAL Régimen tributario: NO REGISTRA Fecha desde: NO

Matrícula Mercantil:NO Fecha inicio de Actividades: 19/02/2019 Fecha de cese de Actividades: NO No. Establecimientos: 0

Actividad 1: 5912 - Actividades de postproducción de películas cinematográficas, videos, programas, anuncios y comerciales de televisión (excepto programación de televisión)

Actividad 2: 6201 - Actividades de desarrollo de sistemas informáticos (planificación, análisis, diseño, programación, pruebas)

Actividad 3: 6311 - Procesamiento de datos, alojamiento (hosting) y actividades relacionadas

Actividad 4: 74901 - Otras actividades profesionales, cientÃ-ficas y tÃ©cnicas n.c.p. como consultorÃ-a profesional (incluye actividades de periodistas)

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

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, Andrés Escobar García identificado (a) con C.C. (X) C.E. ( ) No. 16.928.674 de Cali, con domicilio de Choachí, Cundinamarca, dirección Finca Villa Paola - Vereda Resguardo Alto, 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
Andrés Esteban Escobar Infante	**1032879570**	**06/07/2015**	**Hijo menor de edad**
Helen Rebeca Escobar Oidor	**1068977928**	**14/11/2022**	**Hijo menor de edad**
Rafael Arturo Escobar Oidor	**1068978059**	**25/05/2024**	**Hijo menor de edad**

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**_____

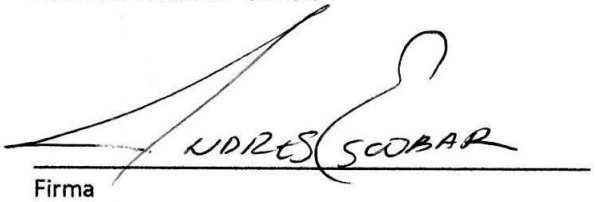
Tipo de Deducción	Entidad que Certifica	Fecha de certificación (DD/MM/AAAA)	Valor pago mensual por salud, siempre que el valor a disminuir mensualmente no supere dieciséis (16) UVT mensuales
Pagos realizados en el año por contratos de prestación de servicios o seguros de salud.			

Esta declaración la hago a los 27 días del mes de MARZO 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.

Andrés Escobar García



Firma

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

NUIP 1.068.978.059

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 64118540

64118540

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [X] Notaría [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código J 1 J

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

REGISTRADURIA DE CHOACHI - COLOMBIA - CUNDINAMARCA - CHOACHI

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
ESCOBAR	OIDOR

Nombre(s)

RAFAEL ARTURO

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2024 Mes MAY Día 25	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 MEDICO O DE NACIDO VIVO	24054610985121

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

OIDOR HERNANDEZ JENNYFER MARCELA

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.023.899.119	COLOMBIA

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

ESCOBAR GARCIA ANDRES

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 16.928.674	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

ESCOBAR GARCIA ANDRES

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC 16.928.674	

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 2024 Mes MAY Día 28	PEDRO ALEXANDER MONTES CAQUEZA Nombre y firma

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

ESPACIO PARA NOTAS

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

Adhesivo Copia Registro Civil

REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

36209116-8

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

NUIP 1.068.977.928

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 63519360

63519360

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [X] Notaría [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] **Código** J 1 J

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

REGISTRADURIA DE CHOACHI - COLOMBIA - CUNDINAMARCA - CHOACHI

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
ESCOBAR	OIDOR

Nombre(s)

HELEN REBECA

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2022 Mes NOV Día 14	FEMENINO	O	NEGATIVO

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 MEDICO O DE NACIDO VIVO	221122101927 26

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

OIDOR HERNANDEZ JENNYFER MARCELA

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.023.899.119	COLOMBIA

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

ESCOBAR GARCIA ANDRES

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 16.928.674	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

ESCOBAR GARCIA ANDRES

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC 16.928.674	

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 2022 Mes NOV Día 22	ENITH YULIETH ALONSO MOLANO (E)
	Nombre y firma

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

ESPACIO PARA NOTAS

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

Adhesivo Copia Registro Civil

32676575-2

ORGANIZACION ELECTORAL
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCIÓN NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

NUIP 1032879570

Indicativo Serial 35746399

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código A Y C

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

COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOTA D.C.

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
ESCOBAR	INFANTE

Nombre(s)

ANDRES ESTEBAN

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo Sanguíneo	Factor RH
Año 2015 Mes JUL Día 06	MASCULINO	O	POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)

COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGTOA D.C.

Tipo de documento antecedentes o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO	53040838-6

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

INFANTE SILVA ERIKA XIMENA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1073231059 MOSQUERA	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

ESCOBAR GARCIA ANDRES

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 16928674 CALI	COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

ESCOBAR GARCIA ANDRES

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC 16928674 CALI	

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 2015 Mes JUL Día 09	CLARET ANTONIO HERRERA FIGUEROA
	Nombre y firma

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

ESPACIO PARA NOTAS

COPIA DE REGISTRO