CxP 53826

102

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:	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:	JOSEPH ENRIQUE MORA LÓPEZ	**Identificación:**		**Cédula de Ciudadanía**	1.001.058.163
Teléfono	318 6062765	**Correo electrónico**		hermanosiya13@gmail.com	

INFORMACIÓN DEL CONTRATO

No Contrato	**045**	**Mes a pagar o fracción de mes a pagar:**	**Mes**	Marzo			
			En caso de fracción indicar el número de días a pagar				
No CDP	**5426**	**No RP**	**9426**	**Valor del RP:**	**$ 56.100.000**	**Valor pendiente por pagar:**	**$ 46.410.000**
Fecha del contrato	15/1/2026	**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 periodo a pagar**	Sin novedades			**Desde (D/M/A)**	**Hasta (D/M/A)**

OBJETO DEL CONTRATO

Prestar servicios profesionales para la traducción, adaptación, revisión y corrección de estilo, así como la producción de documentos técnicos y de gestión de la Subdirección en Lengua de Señas Colombiana (LSC), garantizando accesibilidad y ajustes razonables para la población sorda durante la vigencia 2026.

INFORMACIÓN FINANCIERA DEL CONTRATO O CONVENIO

VALOR A PAGAR EN ESTE MES	**Valor antes IVA**	**$ 5.100.000**
	IVA	**$ -**
	Valor total	**$ 5.100.000**

Valor inicial contrato	$ 56.100.000
Adición (en el caso de que aplique)	$ -
Reducción (indicar el valor mencionado en el acto administrativo)	$ -
Valor Total:	$ 56.100.000
Total Ejecutado	$ 9.690.000
Saldo	$ 46.410.000
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 esta cobrando. Si es responsabie 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
$ 4.590.000					
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
$ 2.040.000	I	$ 255.000	$ 326.400	$ 10.649	N.A.	$ 592.048,80
VALORES PAGADOS (Registrar manualmente)		$ 255.000	$ 326.400	$ 10.700	$ 0	$ 592.100,00
Nombre de la entidad a la que se le hace el aporte (registrar manualmente)		Compensar	Colpensiones	Colmena	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 *20262600003272*

No. 20262600003272

Fecha Radicado: 07-APR-2026 03:35 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 planilla No. 69830577, corresponde al pago del mes de marzo, del contrato de prestación de servicios No.045 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 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**	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: ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	VERIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DEL SUPERVISOR
1. Apoyar en la traducción y adaptación de distintos documentos relativos a la Lengua de Señas Colombiana (LSC), asegurando calidad lingüística y cultural.	01. Plan de trabajo traducción modificado 02. Revisión de guion de traducción con autor del documento 03. Guion de Relaciones semánticas en la LSC	01. https://docs.google.com/spreadsheets/d/16vZMrTCYeQgwMz83-AK6MO2pXcpDjneqjCYzZxeYF7U/edit?usp=drive_link 02. https://docs.google.com/document/d/1tqAWr4SMu_zOyC8UiDMHqtbSq7JtRQuKE6YBfMy-08/edit?usp=drive_link 03. https://docs.google.com/document/d/1ZoK_69z5-Ax9N2M4iwJrQ1IiPevMz5/edit?usp=drive_link&ouid=109777486561284270723&rtpof=true&sd=true	-	X	X										Las actividades aplican para el periodo reportado en el presente informe
2. Apoyar la elaboración de productos audiovisuales accesibles en LSC, en coordinación con el grupo interno de trabajo de Democratización del Conocimiento.	01. Reunión de contextualización para revisión de la interfaz del sitio web de la ECOLSC 02. Reunión de contextualización para la gestión de videos de la ECOLSC 03. Reunión de articulación con GEA para definición de acciones en productos audiovisuales y comunicacionales	01. https://docs.google.com/document/d/1AkoTEvGRGMmcNFLX4rrhS_tAEkv6SVH3W5YLTnLW0Ok/edit?usp=drive_link 02. https://docs.google.com/documents/d/1zcMtzzRi5chnasN_kinQLZm1wB8Yhd_GX_63TgarfA/edit?usp=drive_link 03. https://docs.google.com/document/d/15BcqD5ew5_QsISxSVWfZzLpPMWXSuWZmnVh2GmVgvM/edit?usp=drive_linkEdición audiovisuales y comunicacionales	-	X	X										Las actividades aplican para el periodo reportado en el presente informe
3. Apoyar la validación de los discursos y las traducciones con profesionales sordos e intérpretes.	No fue requerido para el mes en curso	No aplica para el mes en curso	-	-	-										No requerido para este periodo
4. Realizar la revisión y corrección de estilo de los documentos producidos por la Subdirección, garantizando coherencia, claridad y calidad técnica.	01. Corrección de estilo: Estrategia Primera Infancia Sorda Feliz - Dic 2025	01. https://docs.google.com/document/d/1eMyLAimI1IYgs44p5FZE--KX6nYz9JYA/edit?usp=sharing&ouid=109777486561284270723&rtpof=true&sd=true	-	-	X										Las actividades aplican para el periodo reportado en el presente informe
5. Cumplir otras actividades asignadas por la supervisión contractual y que se relacionen directamente con el objeto del contrato.	01. Reunión de revisión y ajuste del plan de trabajo	01. https://docs.google.com/document/d/1Th0S0i2F_aWLRnmkJvrF9MY9WwIYLsmwYWZ4qZrgB/edit?usp=drive_link	-	X	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 CIEN MIL PESOS M/CTE ($5.100.000)

VALOR CON IVA INCLUIDO	**5.100.000**
VALOR EN LETRAS	**CINCO MILLONES CIEN MIL PESOS M/CTE**

FIRMA DEL SUPERVISOR

NOMBRE DEL SUPERVISOR: JESUS ANTONIO MONROY SANDOVAL

CARGO: Profesional Universitario Código 2044 Grado 08

C.C: 1.020.714.669 **Correo electrónico: jesus.monroy@insor.gov.co**

FIRMA DEL CONTRATISTA BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO

NOMBRE DEL CONTRATISTA: JOSEPH ENRIQUE MORA LÓPEZ

Correo personal: hermanosjya13@gmail.com

C.C: 1.001.058.163

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	1001058163	JOSEPH ENRIQUE MORA LOPEZ	Calle 54c sur # 88i 71	0000000	hermanosjya@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
		69830577	24/03/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-03	2026-03	I	$2,040,000	$632.900	

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	255.000	0		0		0	0	0	0	255.000	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
25-14	Colpensiones	900336004-7	326.400	0	0	0	0	0	0		326.400	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	10.700				10.700	0	0	10.700			107	10.700	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	40.800	0	0	40.800	1

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	255.000	255.000
Pensión	1	326.400	326.400
Riesgos Laborales	1	10.700	10.700
CCF	1	40.800	40.800
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	632.900	632.900

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	1001058163	JOSEPH ENRIQUE MORA LOPEZ	Calle 54c sur # 88i 71	0000000	hermanosjya@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
		69830577	24/03/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-03	2026-03	I	$2,040,000	$632,900	

ETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE							INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD					RIESGOS LABORALES					CCF				PARAFISCALES				
Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colomb. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	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
CC 1001058163	MORA LOPEZ JOSEPH ENRIQUE	59	0			N							x										25-14	2.040.000	30	326.400	0	0	0	0	EPS008	2.040.000	30	255.000	14-25	2.040.000	30	1	10.700	CCF24	2.040.000	30	40.800	0	0	0	0	0

PAGADA

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