107

20262600002962
No. 20262600002962
Fecha Radicado 09-APR-2026 04:39 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 Jurídica	**Pago No:**	3	**Total de pagos**	12
				¿Pago Final?	NO

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRATISTA / EJECUTOR

	BOGOTÁ	**Fecha de presentación(dd-mm-año)**		**1/4/2026**	
	CLARA MERCEDES LEAL PATARROYO	**Identificación:**	**Cédula de Ciudadanía**		51935422
	3107514484	**Correo electrónico**		LEALCLARA@HOTMAIL.COM	

INFORMACION DEL CONTRATO

o	121-2026	**Mes a pagar o fracción de mes a pagar:**	**Mes**	**Marzo**				
			En caso de fracción indicar el número de días a pagar					
	6328	**No RP**	**13226**	**Valor del RP:**	**$**	**90.893.000**	**Valor pendiente por pagar:**	**$ 73.816.133**
trato	26/1/2026	**Fecha de acta de inicio:**	29/1/2026		**Fecha de terminación (Se debe tener en cuenta las prórrogas, si hay lugar a ello)**		29/12/2026	
ribuyente DIAN	Responsabilidad 49 - No responsable de IVA	**Novedades del período a pagar**	Sin novedades				**Desde (D/M/A)**	**Hasta (D/M/A)**
							1/03/2026	31/03/2026

OBJETO DEL CONTRATO

ndo la gestión jurídica y contractual de la Oficina Asesora Jurídica del Instituto Nacional Para Sordos INSOR en el desarrollo de actividades que promuevan el acceso al goce efectivo de derechos de la población sorda

INFORMACION FINANCIERA DEL CONTRATO O CONVENIO

VALOR A PAGAR EN ESTE MES	**Valor antes IVA**	**$**	**8.263.000**
	IVA	**$**	**-**
	Valor total	**$**	**8.263.000**

Valor inicial contrato	**$**	**90.893.000**
Adición (en el caso de que aplique)	**$**	**-**
Reducción (indicar el valor relacionado en el acto administrativo)	**$**	**-**
Valor Total	**$**	**90.893.000**
Total Ejecutado	**$**	**17.076.867**
Saldo	**$**	**73.816.133**
Porcentaje de Ejecución		
Porcentaje de Ejecución física		**18%**
Porcentaje de ejecución presupuestal		**19%**

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
$ 550.867	**$ 8.263.000**				
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
$ 3.305.200	I	$ 413.150	$ 528.832	$ 17.253	N.A.	$ 959.235,14
VALORES PAGADOS (Registrar manualmente)		$ 425.000	$ 638.000	$ 17.700	$ 0	$ 1.080.700,00
Nombre de la entidad a la que se le hace el aporte (registrar manualmente)		SANITAS	COLPENSIONES	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. Asi 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 Interventoria 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 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___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 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. 69770677, corresponde al pago del mes de marzo, del contrato de prestación de servicios No.121-2026 suscrito con el Instituto Nacional para Sordos-INSOR. (Esto solo aplica para pesonas 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 __, 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**	NO	**Certificado de cuentas de ahorro y pago de aporte mensual para fomento de la construcción -AFC y/o Pensiones Voluntarias**	No Aplica
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 Aplica	**Entidad a consignar los valores correspondientes a Pensiones voluntarias o AFC**	No Aplica
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 Aplica
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 realizacion)	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	
1. Realizar el seguimiento y proyectar conceptos respecto de proyectos de ley y de normas reglamentarias relacionadas con la implementación de política pública para la inclusión social, la educación o la garantía efectiva de los derechos de la población sorda.	a. 02.03 Seguimiento al PL 333 Senado y envío del análisis respectivo a la jefe de la OAJ con recomendaciones b. 03.03 Envío a SE con solicitud Concepto PL 333 c. 10.03 Aajustes al borrador de oficio remisorio a Min Igualdad y Min Cultura del PL 630 de 2025 d. 10.03 Envío a la jefe de la OAJ e. 11.03 Correo de envió matriz de seguimiento legislativo y oficio PL 231 y PL 630 f. 11.03 Oficio envío PL 231 g. 11.03 actualización matriz seguimeinto legislativo h. Borrador de correo para envío de la jefe de la OAJ a la SE con el PL 260 de 2025 para solicitud de concepto	a. Correo electrónico B. Correo electrónico C. Borrador de oficio remisorio d. Correo electrónico e. Correo electrónico f. Oficio g. Matriz h. Correo electrónico			X								La evidencia se encuentra en la TRD-INSOR de la OAJ-Documentos de Apoyo - Gestión Contractual - Validada por la Supervisión
2. Apoyar las actividades de gestión jurídica contractual a cargo de la Oficina Asesora Jurídica del INSOR, durante las etapas precontractuales, contractuales y post contractuales de los procesos de contratación en los que sea parte el INSOR.	a. 13.03 revisión de la propuesta de memorando de entendimiento MYRP 2 b. 13.03 Envió de la revisión y consideracipones sobre el memorando de entendimiento a la Jefe de la OAJ c. 16.03 Reunión con Jefe OAJ revisión MYRP 2 d. 16.03 Correo enviando observaciones y proponiendo mesa de trabajo a SE sobre propuesta de MYRP 2 e.19.03 Mesa de trabajo con la SE para ajustar la propuesta de memorando de entendimiento del MYRP 2 f.19.03 Ajustes a la propuesta de memorando de entendimiento del MYRP 2 g. 19.03 Envío a la SE de la versión 2 de la propuesta de memorando de entendimiento	a. Propuesta revisada b. Correo electrónico c. Citación reunión d. Correo electrónico e. Citación reunión f. Versión ajustada g Correo electrónico			X								La evidencia se encuentra en la TRD-INSOR de la OAJ-Documentos de Apoyo - Gestión Contractual - Validada por la Supervisión
3. Gestionar las respuestas a peticiones, recursos y requerimientos internos y externos, en lo que interviene la Oficina Asesora Jurídica del INSOR.	En este periodo no se desarrollaron actividades en relación con esta obligación	N/A											
4. Participar en la presentación de informes, estudios y resolución de consultas que le sean solicitados con miras al fortalecimiento jurídico de las dependencias del INSOR.	a. 03.03 Elaboración de borrador de solicitud de concepto para Avellaneda y Asociados b. 03.03 Envío a la jefe de la OAJ	a. Borrador soclicitud de concepto b. Correo electrónico			X								La evidencia se encuentra en la TRD-INSOR de la OAJ-Documentos de Apoyo - Gestión Contractual - Validada por la Supervisión
5. Brindar asesoría y asistencia a jurídica en las reuniones, mesas de trabajo o sesiones de comités, presenciales o virtuales, que tengan relación con actividades a cargo de la Oficina Asesora Jurídica del INSOR.	a. 02.03 Reunión de seguimiento con la Jefe de la OAJ	a. Citación a reunión											La evidencia se encuentra en la TRD-INSOR de la OAJ-Documentos de Apoyo - Gestión Contractual - Validada por la Supervisión
6. Apoyar la Secretaría Técnica del Comité de Conciliación.	a. 11.03 Asistencia al Comité de Conciliación No. 60 b. 16.03 Elaboración del Acta del Comité de Conciliación No. 60 c. 16.03 Envío a la jefe de la OAJ para su revisión	a. Citación b. Acta c. Correo electrónico			X								La evidencia se encuentra en la TRD-INSOR de la OAJ-Documentos de Apoyo - Gestión Contractual - Validada por la Supervisión
7. Asesorar al INSOR en la nueva estructuración, organización y actualización del normograma de la entidad, así como en la recopilación y organización temática de los conceptos jurídicos que ha emitido el INSOR en relación son su misionalidad.	En este periodo no se desarrollaron actividades en relación con esta obligación.	N/A											
8. Apoyar y servir de enlace con las áreas relacionadas con la Política de Prevención del Daño Antijurídico de la entidad para el respectivo acompañamiento y seguimiento a esta.	a. 10.03 Elaboración de la presentación sobre los procedimientos de la PPDA para el Comité de Conciliación. B. 10.03 Envío de la presentación a la Jefe de la OAJ para su revisión c. 13.03 Análisis y correo de respuesta a Johana Camargo sobre consulta de ajuste a indicador de la PPDA d. 16.03 Reunión sobre la PPDA 2026-2027 Plan de Acción No. 4 con Adriana Urbina, Secretaria General y Viviana Barrera, del Grupo de Contratación. e. 17.03 Elaboración de la ayuda de memoria de la reunión del 16.03 f. 17.03 Envío de la ayuda de memoria a los aprticipantes de la reunión. g. 18.03 Reunión con las Subdirecciones, la SG y Contratos para continuar diagnóstico PPDA-4 h. 24.03 Elaboración del borrador del acta i. 24.03 Envío del borrador del acta a los participantes j. 24.03 reunión con SG, OAP y contratos para análisis de PPDA- 4	a. Presentación b. Correo de envío C. Correo de envío d.Citación a reunión e Ayuda de memoria f Correo electrónico G. Citación a la reunión h. Borrador acta i. Correo electrónico j. Citación reunión			X								La evidencia se encuentra en la TRD-INSOR de la OAJ-Documentos de Apoyo - Gestión Contractual - Validada por la Supervisión

Por lo anterior, autorizo el pago por valor de: OCHO MILLONES DOSCIENTOS SESENTA Y TRES MIL PESOS M/CTE ($8.263.000)

VALOR CON IVA INCLUIDO	8.263.000
VALOR EN LETRAS	OCHO MILLONES DOSCIENTOS SESENTA Y TRES MIL PESOS M/CTE

FIRMA DEL SUPERVISOR

NOMBRE DEL SUPERVISOR: Estefanía Pisciotti

CARGO: Jefe Oficina Asesora Jurídica

C.C: 1018409106 **Correo electrónico: Estefania.Pisciotti@insor.gov.co**

FIRMA DEL CONTRATISTA BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO

NOMBRE DEL CONTRATISTA: Clara Mercedes Leal Patarroyo

Correo personal: lealclara@hotmail.com

C.C: 51935422

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	51935422	CLARA MERCEDES LEAL PATARROYO	Calle 102A No. 67-76	0000000	lealclara@yahoo.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
68749402	18/03/2026	69770677	24/03/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-03	2026-03	N	$9.400.000	$1.101.100	

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	425.000	0		0		0	0	0	0	425.000	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Dias Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	544.000	0	0	47.000	47.000	0	0		638.000	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										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	17.700				17.700	0	0	17.700			177	17.700	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Dias Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF22	Colsubsidio	860007336-1	20.400	0	0	20.400	1

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Dias 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	425.000	425.000
Pensión	1	638.000	638.000
Riesgos Laborales	1	17.700	17.700
CCF	1	20.400	20.400
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	1.101.100	1.101.100

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	TELEFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	51935422	CLARA MERCEDES LEAL PATARROYO	Calle 102A No. 67-76	0000000	lealciara@yahoo.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
68749402	18/03/2026	69770677	24/03/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-03	2026-03	N	$9,400,000	$1.101.100	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE							INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN								SALUD				RIESGOS LABORALES					CCF				PARAFISCALES				
Tipo y Número 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	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 51935422	LEAL PATARROYO CLARA MERCEDES	59	0			N								X									25-14	9.400.000	30	1.504.000	0	0	47.000	47.000	EPS005	9.400.000	30	1.175.000	14-23	9.400.000	30	1	49.100	CCF22	9.400.000	30	56.400	0	0	0	0	0

PAGADA

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