ok. ym

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)**	14/4/2026		
Nombres ó Razón Social:	EDDIE ALEXANDER TOLOSA CARDOZO	**Identificación:**	**Cédula de Ciudadanía**		80.732.688
Teléfono	301 7400533	**Correo electrónico**	catolo@gmail.com		

INFORMACIÓN DEL CONTRATO

No Contrato	**047**	**Mes a pagar o fracción de mes a pagar:**	**Mes**	Marzo			
			En caso de fracción indicar el número de días a pagar				
No CDP	**6126**	**No RP**	**5626**	**Valor del RP:**	**$ 58.842.080**	**Valor pendiente por pagar:**	**$ 48.678.448**
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 periodo a pagar**	Sin novedades			**Desde (D/M/A)**	**Hasta (D/M/A)**

OBJETO DEL CONTRATO

Prestación de servicios profesionales en modelamiento estadístico, análisis de datos y desarrollo de sistemas de información para el monitoreo y evaluación de impacto de programas y proyectos de la Subdirección de Promoción y Desarrollo del INSOR, orientados a generar evidencia cuantitativa con el fin de aportar información precisa para la toma de decisiones y la generación de conocimiento durante la vigencia 2026.

INFORMACION FINANCIERA DEL CONTRATO O CONVENIO

VALOR A PAGAR EN ESTE MES	**Valor antes IVA**	**$ 5.349.280**
	IVA	**$ -**
	Valor total	**$ 5.349.280**

Valor inicial contrato	**$ 58.842.080**
Adición (en el caso de que aplique)	**$ -**
Reducción (ojo final el valor mencionado en el acta administrativa)	**$ -**
Valor Total:	**$ 58.842.080**
Total Ejecutado	**$ 10.163.632**
Saldo	**$ 48.678.448**
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 incluya 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
$ 4.814.352					
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
$ 2.139.712	I	$ 267.464	$ 342.354	$ 11.169	N.A.	$ 620.987,22
VALORES PAGADOS (Registrar manualmente)		$ 286.300	$ 366.400	$ 12.000	$ 0	$ 664.700,00
Nombre de la entidad a la que se le hace el aporte (registrar manualmente)		SURA EPS	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. 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

Destino: SG - GESTION DOCUMENTAL

INSOR *20262600003492*

No. 20262600003492
Fecha Radicado: 16-APR-2026 10:39 AM
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. 66628424, corresponde al pago del mes de MARZO, del contrato de prestación de servicios No.047 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 el 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 OBLIGACION										VERIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DEL SUPERVISOR
			ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	
1. Proyectar la implementación de sistemas de información estadística para el seguimiento de indicadores de gestión y resultado de la Subdirección, incluyendo tableros de control, dashboards interactivos y reportes automatizados que faciliten la toma de decisiones basada en evidencia.	Se realizó la extracción de información a partir de las bases de datos asociadas al Registro para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad (RLCPD), mediante la identificación y selección de variables relevantes en cinco (5) tablas fuente. Este proceso incluyó la definición de criterios de selección de variables orientados a la actualización y consistencia de la información, así como la estructuración de los datos para su posterior integración y análisis en el Tablero de Control de la población sorda. RLCPD-ECV. La actividad permitió disponer de un conjunto de datos consolidado y estandarizado, facilitando la actualización del RLCPD y el soporte a procesos analíticos posteriores.	Obligación 1		X	X									Se verifican actividades y evidencias para la obligación y el periodo correspondiente
2. Desarrollar modelos estadísticos para el análisis de datos procedentes de investigaciones sociolingüísticas y estudios poblacionales, implementando técnicas de minería de datos, análisis multivariado y modelamiento predictivo que permitan identificar patrones complejos y relaciones significativas en los datos	NA	NA													NA
3. Implementar procesos de validación y control de calidad de bases de datos institucionales, desarrollando rutinas de depuración, identificación de valores atípicos y verificación de consistencia que garanticen la confiabilidad de la información estadística	Se realizó extracción de las bases de datos que alimentan el tablero de SILSCE. Se modificó el script de Python según ajustes del formulario. Se realizó envío de información correspondiente al número de personas sordas según la Encuesta de Calidad de Vida 2024 por solicitud interna	Obligación 3		X	X										Se verifican actividades y evidencias para la obligación y el periodo correspondiente
4. Apoyar las gestiones institucionales en materia estadística mediante la participación en los espacios de articulación institucional liderados por la Oficina Asesora de Planeación y Sistemas y el suministro de la información requerida.	Se diligenció parte del informe de FURAG correspondiente a los campos del equipo DECO. Se presenta Diccionario de datos de la ECV-2024 del DANE utilizado para la creación de la base que alimenta el tablero de Control en la sección ECV, RLCPD y Divipola.	Obligación 4		X	X										Se verifican actividades y evidencias para la obligación y el periodo correspondiente
5. Participar en actividades adicionales que se presenten durante la ejecución del contrato y que estén directamente relacionadas con su objeto.	Se participo en la reunion de la Mesa Estadistica Nacional programada por el DANE y el Ministerio de Educación.	Obligación 5		X	X										Se verifican actividades y evidencias para la obligación y el periodo correspondiente

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 TRESCIENTOS CUARENTA Y NUEVE MIL DOSCIENTOS OCHENTA PESOS M/CTE ($5.349.280)

VALOR CON IVA INCLUIDO	**5.349.280**
VALOR EN LETRAS	**CINCO MILLONES TRESCIENTOS CUARENTA Y NUEVE MIL DOSCIENTOS OCHENTA PESOS M/CTE**

FIRMA DEL SUPERVISOR

NOMBRE DEL SUPERVISOR: ELFA JANETH VARGAS DIAZ

CARGO: Profesional universitario 2044-08

C.C: 51.699.923 **Correo electrónico: elfa.vargas@insor.gov.co**

FIRMA DEL CONTRATISTA BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO

NOMBRE DEL CONTRATISTA: EDDIE ALEXANDER TOLOSA CARDOZO

Correo personal: eatolo@gmail.com

C.C: 80.732.688

compensar | miplanilla.com

REPORTE RESUMEN DE PAGO

Información básica de la planilla

Empresa:	EDDIE ALEXANDER TOLOSA CARDOZO	**NIT:**	80732688
Tipo Planilla:	I	**Periodo liquidación Pensiones:**	marzo 2026
Sucursal o Dependencia:	PRINCIPAL	**Periodo liquidación Salud:**	marzo 2026
Número de Radicación:	66628424	**Total a pagar:**	$664,700
Fecha de vencimiento:	23/04/2026	**Total de empleados:**	1
Fecha de Pago:	10/03/2026	**Número de Administradoras:**	3

Detalles del pago

Razón social recaudo:	Compensar OI	**Nit recaudo:**	9998600669427
Descripción:	MiPlanilla.com Pago Proteccion Social	**Medio de Pago:**	Pago Electronico por PSE
Banco:	BANCOLOMBIA	**Número Autorización:**	129037137
Estado de la transacción:	Transacción aprobada		

Código	NIT	Administradoras	Num. Afiliados	*Número de incapacidad por riesgos laborales	Valor descontado en incapacidad y/o licencia	Total Pagado
14-23	860011153	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	1		$0	$12,000
25-14	900336004	Administradora Colombiana de Pensiones -	1		$0	$366,400
EPS010	800088702	EPS Sura	1		$0	$286,300
						$664,700

***Si descontó incapacidades o notas crédito debe informar a la administradora correspondiente los descuentos.**

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