CxP 69826

55

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:**	4	**Total de pagos**	12
				¿Pago Final?	NO

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRATISTA / EJECUTOR

Ciudad	Bogotá	**Fecha de presentación(dd-mm-año)**	4/5/2026		
Nombres ó Razón Social:	GIOVANNY DUQUE LARA	**Identificación:**	**Cédula de Ciudadanía**	74.376.775	
Teléfono	310 8659455	**Correo electrónico**	adesduque@hotmail.com		

INFORMACIÓN DEL CONTRATO

No Contrato	**038**	**Mes a pagar o fracción de mes a pagar:**	**Mes**	Abril				
			En caso de fracción indicar el número de días a pagar					
No CDP	**5126**	**No RP**	**5426**	**Valor del RP:**	**$**	**58.344.000**	**Valor pendiente por pagar:**	**$ 39.780.000**
Fecha del contrato	9/1/2026	**Fecha de acta de inicio:**	16/1/2026	**Fecha de terminación (Se debe tener en cuenta las prórrogas, si hay lugar a ello)**			15/12/2026	
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 para el fortalecimiento de los procesos de investigación lingüística aplicada y consolidación de estudios sociolingüísticos de la Lengua de Señas Colombiana, con énfasis en la sistematización de resultados investigativos, el análisis de competencias comunicativas y la construcción de lineamientos estratégicos que orienten la política lingüística del INSOR durante 2026.

INFORMACIÓN FINANCIERA DEL CONTRATO O CONVENIO

VALOR A PAGAR EN ESTE MES	Valor antes IVA	$ 5.304.000
	IVA	$ -
	Valor total	$ 5.304.000

Valor inicial contrato	$ 58.344.000
Adición (en el caso de que aplique)	$ -
Reducción (indicar el valor mencionado en el acto administrativo)	$ -
Valor Total:	$ 58.344.000
Total Ejecutado	$ 18.564.000
Saldo	$ 39.780.000
Porcentaje de Ejecución	
Porcentaje de Ejecución física	32%
Porcentaje de Ejecución presupuestal	32%

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 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
$ 2.652.000	$ 5.304.000	$ 5.304.000			
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
$ 2.121.600	III	$ 265.200	$ 339.456	$ 51.682	N.A.	$ 656.338,18
VALORES PAGADOS (Registrar manualmente)		$ 265.200	$ 339.500	$ 51.700	$ 0	$ 656.400,00
Nombre de la entidad a la que se le hace el aporte (registrar manualmente)		COMPENSAR	PORVENIR	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

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. 73468745, corresponde al pago del mes de marzo, del contrato de prestación de servicios No.038 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).

Destino: SG - GESTION DOCUMENTAL

INSOR *20262600004192*

No. 20262600004192

Fecha Radicado: 05-MAY-2026 10:00 AM

Nombre Radicador: LADY BIBIANA GAR

Anexos .

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)	Vencida	**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 OBLIGACION												VERIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DEL SUPERVISOR
			ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	
1. Realizar la sistematización y consolidación de los resultados finales del estudio nacional de caracterización sociolingüística de la Lengua de Señas Colombiana, elaborando el informe técnico que documente patrones de uso, variación regional, competencias comunicativas y dinamicas sociolingüísticas identificadas en la investigación	**1.1** Realizamos la primera mesa de trabajo con el coordinador del grupo DECO y los integrantes del grupo ENCSLPSC (Jesús Monroy, Hugo López y Eddie Tolosa) en la que seleccionamos las preguntas que harán parte del tablero de control del ENCSLPSC. **1.2** Realizamos la segunda mesa de trabajo con el coordinador del grupo DECO y los integrantes del grupo ENCSLPSC (Jesús Monroy y Eddie Tolosa) en la que terminamos de seleccionar las preguntas y aagrupamos en categorias de análisis y que haran parte del tablero de control del ENCSLPSC. **1.3** Elaboré cartas de invitación para pedir apoyo para la implementación del ENCSLPSC en instituciones educativas y bibliotecas públicas de Cúcuta y Armenia. Estas una vez firmadas por la SPD fueron remitidas a las instituciones. **1.4** Se realizaron las modificaciones solicitadas por el grupo transversal al producto "PO. 27 - Hito 1 - Tarea 1". El documento actualizado, que incluye la melodología, y la descripción del alcance del Estudio Nacional de Caracterización Sociolingüística, El documento fue remitidoal cordinador de DECO. **1.5** Se prepararon y remitieron a Luz Betty Fonseca los informes consolidados correspondientes a las fases uno (2023), dos (2024) y tres (2025) del Estudio Nacional de Caracterización Sociolingüística de la Población Sorda Colombiana (ENCSLPSC) **1.6** Diligencie los formatos de solicitud para la realización y difusión de los videos del ENCSLPSC, correspondientes a las comisiones de Cúcuta y Armenia. Se remitieron a la instancia encargada para su elaboración.	https://drive.google.com/drive/u/1/folders/1Hs712Z93x1Wd-rCvQUl9DxTsy6sGWGdk		X	X	X									Las actividades aplican para el periodo reportado en el presente informe
2. Generar insumos para la planeación, implementación y fortalecimiento de la estrategia ENILSCE.	N/A	N/A	X	X	X										No requerido para este periodo
3. Brindar acompañamiento en las propuestas de lineamientos para la asesoria en servicios de interpretación	3.1 En cumplimiento de lo estipulado en el plan operativo de DECO 2026, respecto al producto 31, "Identificar el contenido para la guia sobre los lineamientos de selección y contratación de intérpretes de LSC para entidades públicas y privadas", elaboré y envié al coordinador de DECO el documento preliminar que contiene la estructura de dicha guia.	https://drive.google.com/drive/u/1/folders/173dIxF2sWkuOmwexRFbAxZLAdrqQI0hC		X	X	X									Las actividades aplican para el periodo reportado en el presente informe
4. Participar en actividades de seguimiento, análisis y difusión de procesos de planeación lingüística.	4.1 Junto a Fernando Lesmes y la SGE, realicé una asistencia técnica a la Universidad Industrial de Santander UIS referente al temas de interpretación en LSC-e en contextos de educación superior. 4.2 Realice una mesa de trabajo con Bibiana Prado e Hilda Viviana Bedoya en la que se entregó un informe oral de contextualización de las acciones de asesoría realizadas a la Universidad del Magdalena durante 2025 y 2026 por parte del grupo DECO.	https://drive.google.com/drive/u/1/folders/1tkYDSx45bSF4vUNAT_cfVdQpWGYSgM34		X	X	X									Las actividades aplican para el periodo reportado en el presente informe
5. Contribuir en la ejecución de otras actividades que surjan durante el contrato y que guarden relación directa con el objeto contractual.	5.1 Participé y brindé aportes en una reunión interna que se llevó a cabo con la dirección del INSOR, referente a la participación en la consulta previa con la Unidad de Victimas. 5.2 Elabore un concepto sobre la pertinencia de participar en la consulta previa de la unidad de victimas en temas relacionados con la formación de intperpretes de LSC-e. 5.3 Redacté en compañia del abogado Jairo Valencia un escrito de respuesta a la " invitación a participar en el proceso de consulta previa en el marco de la reglamentación del Decreto ley 4635 de 2011".	https://drive.google.com/drive/u/1/folders/1mnpr4qzMrJ5TEUjb7NsGNMULDrISCGI8		X	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 TRESCIENTOS CUATRO MIL PESOS M/CTE ($5.304.000)

VALOR CON IVA INCLUIDO	**5.304.000**
VALOR EN LETRAS	**CINCO MILLONES TRESCIENTOS CUATRO MIL PESOS M/CTE**

FIRMA DEL SUPERVISOR

NOMBRE DEL SUPERVISOR: JESÚS ANTONIO MONROY SANDOVAL

CARGO: Coordinador Grupo Democratización del Conocimiento

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

Giovanny Duque Lara

FIRMA DEL CONTRATISTA BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO

NOMBRE DEL CONTRATISTA: GIOVANNY DUQUE LARA

Correo personal: adesduque@hotmail.com

C.C: 74.376.775

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	74376775	GIOVANNY DUQUE LARA	calle 148 # 107 50	5192953	adesduque@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO		DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
UNICA	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
		73468745	28/04/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-03	2026-03	I	$0	$660.100	

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	265.200	0		0		0	8	1.500	0	266.700	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
230301	Porvenir	800224808-8	339.500	0	0	0	0	8	1.900	0	341.400	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										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	51.700				51.700	8	300	52.000			517	52.000	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	8	0	0	0
ICBF				
0	8	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	265.200	266.700
Pensión	1	339.500	341.400
Riesgos Laborales	1	51.700	52.000
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	656.400	660.100

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	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	74376775	GIOVANNY DUQUE LARA		calle 148 # 107 50	5192953	adesduque@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
		73468745	28/04/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-03	2026-03	I	$0	$660.100	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE						INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF				PARAFISCALES				
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Cotiza en el exterior	Residente	INGRESO	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	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	Ano	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC 74376775	DUQUE LARA GIOVANNY	59	0				X															230301	2.121.600	30	339.500	0	0	0	0	EPS008	2.121.600	30	265.200	14-23	2.121.600	30	3	51.700		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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