Cxp 66226

70

20262600004342
INSOR
No. 20262600004342
Fecha Radicado: 05-MAR-2026 12:26 PM
Nombre Radicador: LADY BIBIANA GAR
Anexos:
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:	4	Total de pagos	11
				¿Pago Final?	NO

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRATISTA / EJECUTOR

	Bogota D.C.	Fecha de presentación(dd-mm-año)	4/5/2026		
	Jairo Enrique Valencia Chamorro	Identificación:	Cédula de Ciudadanía	80041144	
	3005627483	Correo electrónico		jairoval@hotmail.com	

INFORMACIÓN DEL CONTRATO

rato	074-2026	Mes a pagar o fracción de mes a pagar:	Mes	Abril				
			En caso de fracción indicar el número de días a pagar	n/a				
P	7026	No RP	11026	Valor del RP:	$	45.140.000	Valor pendiente por pagar:	$ 30.996.133
ontrato	21/1/2026	Fecha de acta de inicio:	27/1/2026		Fecha de terminación (Se debe tener en cuenta las prórrogas, si hay lugar a ello)		26/11/2026	
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 brindar acompañamiento jurídico integral en la implementación de políticas públicas, planes y proyectos dirigidos a la población sorda, así como en la revisión de los actos y trámites administrativos, garantizando su coherencia con el marco legal vigente

INFORMACIÓN FINANCIERA DEL CONTRATO O CONVENIO

VALOR A PAGAR EN ESTE MES	Valor antes IVA	$ 4.514.000
	IVA	$ -
	Valor total	$ 4.514.000

Valor inicial contrato	$ 45.140.000
Adición (en el caso de que aplique)	$ -
Reducción (indicar el valor mencionado en el acto administrativo)	$ -
Valor Total:	$ 45.140.000
Total Ejecutado	$ 14.143.867
Saldo	$ 30.996.133
Porcentaje de Ejecución	
Porcentaje de Ejecución física	31%
Porcentaje de Ejecución presupuestal	31%

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
$ 601.867	$ 4.514.000	$ 4.514.000			
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
$ 1.805.600	I	$ 225.700	$ 288.896	$ 9.425	N.A	$ 524.021,23
VALORES PAGADOS (Registrar manualmente)		$ 589.100	$ 754.100	$ 24.700	$ 0	$ 1.367.900,00
Nombre de la entidad a la que se le hace el aporte (registrar manualmente)		Saludtotal	Colfondos	COLMENA	N/A	
PERIODO DE PAGO	Abril	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 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 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 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. 78095262 corresponde al pago del mes de abril del contrato de prestación de servicios No.074 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 No. _____, 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**	
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)	
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 OBLIGACIÓN												VERIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DEL SUPERVISOR
			ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	
1. Elaborar y revisar documentos administrativos y normativos relacionados con proyectos de educación, accesibilidad y participación de personas sordas.	1.1. El 9/4//26 remití concepto a la SGE sobre la necesidad de pronunciarnos sobre el PL estatutaria 260-2024, de acuerdo con la solicitud hecha por la OAJ. 1.2. El 13/4/26 remití concepto a la SGE sobre e PL 245 de 2025 sobre educación digital.	1.1. Correo enviado a la SGE con las consideraciones efectuadas. 1.2. Concepto elaborado.				X									La evidencia se encuentra en la TRD - INSOR de la OAJ- Documentos de Apoyo - Gestión Contractual - validada por la supervisión
2. Brindar asesoría jurídica en la formulación, implementación y evaluación de políticas públicas orientadas a la inclusión de la población sorda en el ámbito educativo, laboral, cultural y social.	2.1. El 27/4/26 colaboré en la redacción de la respuesta al derecho petición formulado por Daniel Ordóñez sobre el perfil del docente bilingüe	2.1. Respuesta trabajada				X									La evidencia se encuentra en la TRD - INSOR de la OAJ- Documentos de Apoyo - Gestión Contractual - validada por la supervisión
3. Revisar y emitir análisis técnico-jurídico sobre los proyectos normativos relacionados con los derechos lingüísticos, la accesibilidad comunicativa y el reconocimiento de la Lengua de Señas Colombiana (LSC) como lengua oficial de la comunidad sorda.	3.1. En el presente periodo no se encontró la necesidad de realizar actividades correspondientes a esta obligación	3.1. En el presente periodo no se encontró la necesidad de realizar actividades correspondientes a esta obligación				X									En el presente periodo no se encontró la necesidad de realizar actividades correspondientes a esta obligación
4. Brindar acompañamiento jurídico a la Subdirección de Promoción y Desarrollo en los procesos asociados con la evaluación, cualificación y registro de intérpretes de Lengua de Señas Colombiana (LSC), incluyendo la revisión normativa, la emisión de conceptos y el seguimiento a las disposiciones legales y jurisprudenciales aplicables, garantizando la coherencia con el marco jurídico vigente.	4.1. El 6/4/26 proyecté respuesta al derecho de petición de Fransua López sobre el reconocimiento de los intérpretes de la LSC-español	4.1. Respuesta trabajada				X									La evidencia se encuentra en la TRD - INSOR de la OAJ- Documentos de Apoyo - Gestión Contractual - validada por la supervisión
5. Proyectar, revisar y tramitar los actos administrativos asignados y que sean de competencia de la Subdirección de Gestión Educativa y/o de la Subdirección de Promoción y Desarrollo.	5.1. El 6/4/26 participé en la renión convocada por la OAJ para analizar la invitación hecha por la Unidad para la Atención a las Víctimas relacionada con el trabajo de reglamentación del Decreto ley 4635 de 2011. 5.2. El 9 y 16/4/26 presenté para revisión del equipo del INSOR las consideraciones de orden jurídico frente al artículo que pretende ser incluido el trabajo de reglamentación del Decreto ley 4635 de 2011 y que tiene impacto sobre el INSOR. 5.3. El 16/4/26 participé en la reunión convocada con la OAJ para trabajar la respuesta que se extenderá la Unidad para la Atención a las Víctimas relacionada con el trabajo de reglamentación del Decreto ley 4635 de 2011.	5.1. Citación a la reunión. 5.2. Proyecto de concepto elaborado. 5.3. Citación a la reunión.				X									La evidencia se encuentra en la TRD - INSOR de la OAJ- Documentos de Apoyo - Gestión Contractual - validada por la supervisión

OBSERVACIONES ADICIONALES:

Por lo anterior, autorizo el pago por valor de: CUATRO MILLONES QUINIENTOS CATORCE MIL PESOS M/CTE ($4.514.000)

VALOR CON IVA INCLUIDO	4.514.000
VALOR EN LETRAS	CUATRO MILLONES QUINIENTOS CATORCE MIL PESOS M/CTE

FIRMA DEL SUPERVISOR

NOMBRE DEL SUPERVISOR: Estefania Pisciotti Blanco

CARGO: Jefe Oficina Asesora Jurídica

C.C: 1.018.409.106 Correo electrónico: Estefania.Pisciotti@insor.gov.co

FIRMA DEL CONTRATISTA BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO

NOMBRE DEL CONTRATISTA: Jairo Enrique Valencia Chamorro

Correo personal: jairoval@hotmail.com

C.C: 80.041.144

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	80041144	JAIRO ENRIQUE VALENCIA CHAMORRO	CLL 62 # 35 44 Apto 401	7544518	jairoval@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
		78095262	28/04/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-04	2026-04	I	$0	$1.367.900	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Dias Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	589.100	0		0		0	0	0	0	589.100	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
231001	Colfondos	800227940-6	754.100	0	0	0	0	0	0		754.100	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Dias 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	24.700				24.700	0	0	24.700			247	24.700	1

TOTALES CAJAS

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

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	589.100	589.100
Pensión	1	754.100	754.100
Riesgos Laborales	1	24.700	24.700
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	1.367.900	1.367.900

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	80041144	JAIRO ENRIQUE VALENCIA CHAMORRO	CLL 62 # 35 44 Apto 401	7544518	jairoval@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
		78095262	28/04/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-04	2026-04	I	$0	$1.367.900	

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	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
1	CC 80041144	VALENCIA CHAMORRO JAIRO ENRIQUE	59	0			N																	231001	4.712.800	30	754.100	0	0	0	0	EPS002	4.712.800	30	589.100	14-25	4.712.800	30	1	24.700		0	0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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