Destino: SC - GESTION DOCUMENTAL

INSOR *20262600004172*

No. 20262600004172
Fecha Radicado: 08-MAY-2026 09:50 AM
Nombre Radicador: LADY BIBIANA GAR
Anexos: .

53

CxP 75126

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:	Oficina de Comunicaciones	**Pago No:**	3	**Total de pagos**	11
				¿Pago Final?	NO

INFORMACIÓN BASICA DEL CONTRATISTA / EJECUTOR

Ciudad	Bogotá	**Fecha de presentación(dd-mm-año)**	4/5/2026		
Nombres ó Razón Social:	Andrés Escobar Garcia	**Identificación:**	**Cédula de Ciudadanía**	16.928.674	
Teléfono	3506698263	**Correo electrónico**	anescoa81@gmail.com		

INFORMACIÓN DEL CONTRATO

No Contrato	034 de 2026	**Mes a pagar o fracción de mes a pagar:**	**Mes**	Abril				
			En caso de fracción indicar el número de días a pagar					
No CDP	10826	**No RP**	8626	**Valor del RP:**	$ 42.450.440	**Valor pendiente por pagar:**	$ 30.724.928	
Fecha del contrato	16/1/2026	**Fecha de acta de inicio:**	2/2/2026	**Fecha de terminación (Se debe tener en cuenta las prórrogas, si hay lugar a ello)**		16/12/2026		
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 LOS SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN DE COMUNICACIONES DEL INSOR EN LA PRODUCCIÓN AUDIOVISUAL, MEDIANTE LA TRADUCCIÓN, SUBTITULACIÓN, INTERPRETACIÓN Y SINCRONIZACIÓN DE AUDIO EN LAS PRODUCCIONES AUDIOVISUALES INSTITUCIONALES, GARANTIZANDO LA ACCESIBILIDAD COMUNICATIVA ASÍ COMO LA COHERENCIA LINGÜÍSTICA Y TÉCNICA DE LOS MATERIALES REQUERIDOS POR LA ENTIDAD.

INFORMACIÓN FINANCIERA DEL CONTRATO O CONVENIO

VALOR A PAGAR EN ESTE MES	**Valor antes IVA**	$ 4.043.280
	IVA	$ -
	Valor total	$ 4.043.280

Valor inicial contrato	$ 42.450.440
Adición (en el caso de que aplique)	$ -
Reducción (indicar el valor a descontar en el acto administrativo)	$ -
Valor Total:	$ 42.450.440
Total Ejecutado	$ 11.725.512
Saldo	$ 30.724.928
Porcentaje de Ejecución	
Porcentaje de Ejecución física	28%
Porcentaje de Ejecución presupuestal	28%

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
$ 3.773.728	$ 3.908.504				
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
$ 1.750.905	I	$ 218.863	$ 280.145	$ 9.140	N.A.	$ 508.147,65
VALORES PAGADOS (Registrar manualmente)		$ 218.900	$ 280.200	$ 9.200	$ 0,00	$ 508.300,00
Nombre de la entidad a la que se le hace el aporte (registrar manualmente)		COMPENSAR EPS	PORVENIR	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___

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. 95023419B5, corresponde al pago del mes de MARZO, del contrato de prestación de servicios No.034 de 2026 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. _____, 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**	SI	**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)	Vencida	**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, este 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 paragrafo 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 ____ ○ ●

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												VERIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DEL SUPERVISOR
			ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	
1. Desarrollar traducciones entre el español y la Lengua de Señas Colombiana para las piezas comunicativas institucionales, contribuyendo al desarrollo de la estrategia de comunicaciones del INSOR.	1.1.TraducciónGuionDiamundialdelasalud2026 1.2.TraducciódeGuionDiaNacionaldelaMemoriaySolidaridadconlasVictimasenColombia2026 1.3.TraducciónGuionDiadelatierrainterno2026 1.4.TraduccionDiaMemoriaPaz+sub+voz+musicv2 1.5.TraducciónGeoFilbo+Sub+Voz+Music 1.6.TraducciónInvitaFeriaMaFeyMaAlev1 1.8.TraducciónDiadelldiomav1 1.9.TraducciónEstucturaempresarialV2+voz+sub+music 1.10TraducciónFilboIniciov1+voz+Music+Sub 1.11.TraducciónDiaNiñez+voz+music+subv1 1.12.TraducciónGeoLemaFilbov1 1.13.TraducciónHopasCoda+sub+musc+musicv2 1.14.TraducciónDiadeSecreatarias+voz+sub+musicv1 1.15.TraducciónDiaSST+voz+sub+musicv1 1.16.TraducciónFilboCultura+sub+voz+musicv1 1.17.TraducciónV4Autocontrol+Sub+Mus+Vozv1	https://drive.google.com/drive/folders/1ywcz83UhNQ_ArB5cZXfSNvFsftPn2Ks5n?usp=share_link			x	x	x								Las evidencias soportan las actividades ejecutadas e informadas
2. Participar de las reuniones, actividades e iniciativas que se realicen de manera conjunta entre la Subdirección de Promoción y Desarrollo y el equipo de comunicaciones de la entidad y/u otro equipo o grupo de trabajo, apoyando la articulación entre ellas	2.1.Reuniódetrafico7abril 2.2.ReuniónRIDCorferias 2.3.Reuniódtrafico27abril 2.4.ReuniónTrafico28abril	https://drive.google.com/drive/folders/1G9hpFzbDiWjf01xpC1qTupoJj6151LcT?usp=share_link			x	x	x								Las evidencias soportan las actividades ejecutadas e informadas
3. Adelantar los procesos de subtitulación y voz en off de los contenidos audiovisuales requeridos por el INSOR, en articulación con la Subdirección de Promoción y Desarrollo	3.1.DiamundialSalud+voz+sub+musicv1 3.2.AjusteavozDiamundialSalud+voz+sub+musicv1 3.3.SincroDiaMemoriaPaz+sub+voz+musicv1 3.4.AjustevozDiaMemoriaPaz+sub+voz+musicv1 3.5.SincroDiadelatierra+voz+sub+musciv1 3.6.VozDiadelatierra+voz+sub+musciv1 3.7.SincroDiaMemoriaPaz+sub+voz+musicv2 3.8.ArreglovozDiaMemoriaPaz+sub+voz+musicv2 3.9.ArregloGeoVoz+Music 3.10.SincroGeoFilbo+Sub+Voz+Music 3.11.VocesDiadelatierra+voz+musciv1 3.12.SincroDiadelatierra+voz+sub+musciv1 3.13.AjusteVocesInvitaFeriaMaFeyMaAlev1 3.14.SincroInvitaFeriaMaFeyMaAlev1 3.15.Ajustesv2vocesInvitaFeriaMaFeyMaAlev2 3.16.SincroInvitaFeriaMaFeyMaAlev2 3.17.AjustevocesDiadelldiomav1 3.18.SincroDiadelldiomav2+sub+musi+voz 3.19.AjusteVozEstucturaempresarialV2+voz+sub+music 3.20.SincroEstucturaempresarialv2+voz+sub+music 3.21.AjustevocesFilboIniciov1+voz+Music+Sub 3.22.SincroFilboIniciov1+voz+Music+Sub 3.23.AjustevocesDiaNiñez+voz+music+subv1 3.24.SincroDiaNiñez+voz+music+subv1 3.25.VozyAjusteGeoLemaFilbov1 3.26.SincroGeoLemaFilbov1 3.27.AjustevocesHopasCoda+sub+musc+musicv2 3.28.SincroHopasCoda+sub+musc+musicv2 3.29.AjustevocesDiadeSecreatarias+voz+sub+musicv1 3.30.SincroDiadeSecreatarias+voz+sub+musicv1 3.31.AjustevocesDiaSST+voz+sub+musicv1 3.32.SincroDiaSST+voz+sub+musicv1 3.33.Ajustesv2DiadeSecreatarias+voz+sub+musicv2 3.34.Sincrov2DiadeSecreatarias+voz+sub+musicv2 3.35.AjustevocesFilboCultura+sub+voz+musicv1 3.36.SincroFilboCultura+sub+voz+musicv1 3.37.AjustevocesV4Autocontrol+Sub+Mus+Vozv1 3.38.Sincrov4Autocontrol+Sub+Mus+Vozv1	https://drive.google.com/drive/folders/1hHpagoJiqBFWdhr-dNGLvazK2zNyvP-T?usp=share_link			x	x	x								Las evidencias soportan las actividades ejecutadas e informadas
4. Apoyar en los procesos de generación de los contenidos audiovisuales requeridos por las diferentes áreas del Instituto Nacional para Sordos para vigencia 2026, incluyendo las transmisiones en vivo, en el marco del objeto contractual, según las necesidades de la entidad y en articulación con la Subdirección de Promoción y Desarrollo.	4.1.RevisiondecontenidoEncuestaIntranet 4.2.Revisiondecontenidosparaefemerides 4.3.RevisioncontenidoFerialibro1 4.4.RevisioncontenidoFerialibro2 4.5.RevisioncontenidoModuloAgendamiento 4.6.RevisionguionSST 4.7.InformacionLeonardoReportedecontenidos 4.8.AjusteformularioparaLEOCamraLibro 4.9.CubrimientofotograficoFilbo23abril	https://drive.google.com/drive/folders/1sl9FJrBYPcUZdITHheZC7oaHGFkGYJr?usp=share_link			x	x	x								Las evidencias soportan las actividades ejecutadas e informadas
5. Apoyar en reuniones o eventos institucionales según requerimiento del supervisor del contrato, en el marco de la estrategia de comunicaciones 2026	5.1.PropuestaTécnicadeOptimizaciónEventosINSOR	https://drive.google.com/drive/folders/1dSuBGhoVe8dzFTQBmUN_Wc1A_MrwyUv?usp=share_link			x	x	x								Las evidencias soportan las actividades ejecutadas e informadas

OBSERVACIONES ADICIONALES:

Por lo anterior, autorizo el pago por valor de: CUATRO MILLONES CUARENTA Y TRES MIL DOSCIENTOS OCHENTA PESOS M/CTE ($4.043.280)

VALOR CON IVA INCLUIDO	**4.043.280**
VALOR EN LETRAS	**CUATRO MILLONES CUARENTA Y TRES MIL DOSCIENTOS OCHENTA PESOS M/CTE**

FIRMA DEL SUPERVISOR

Del periodo comprendido entre el 01-03-2026 y el 16-03-2026, y entre el 17-03-2026 y el 31-03-2026.

NOMBRE DEL SUPERVISOR: JOSÉ FERNANDO DUQUE GALLEGO

CARGO: ASESOR DIRECCIÓN GENERAL

C.C: 10.276.420 **Correo electrónico: jose.duque@insor.gov.co**

FIRMA DEL CONTRATISTA BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO

NOMBRE DEL CONTRATISTA: ANDRÉS ESCOBAR GARCÍA

Correo personal: anesgar81@gmail.com

C.C: 16.928.674

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 16928674		ESCOBAR GARCIA ANDRES	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Cra 11 #95-27 apto 501	BOGOTA-BOGOTA D.E.	2363340	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-03	2026-03	220668969	9502341985	1	2026/04/20	2026/04/14	BANCO CAJA SOCIAL	0	$540,100

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
1	CC	16928674	ESCOBAR ANDRES	231001	30	$1,750,905	$280,200	EPS008	30	$1,750,905	$218,900	CCF24	30	$1,585,600	$31,800	14-25	30	$1,750,905	$9,200	30	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**					**$1,750,905**	**$280,200**			**$1,750,905**	**$218,900**			**$1,585,600**	**$31,800**			**$1,750,905**	**$9,200**		**$0**	**$0**

Resumen General de Pago

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$280,200	$0	$0	$280,200
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	$280,200	$0	$0	$280,200
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$9,200	$0	$0	$9,200
COLMENA	14-25	800,226,175	3	1	$9,200	$0	$0	$9,200
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$31,800	$0	$0	$31,800
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	$31,800	$0	$0	$31,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$218,900	$0	$0	$218,900
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$218,900	$0	$0	$218,900
TOTAL				1	$540,100	$0	$0	$540,100

República de Colombia Ministerio de Igualdad y Equidad INSOR Instituto Nacional para Sordos	PROCESO GESTIÓN FINANCIERA	Código: FOGF24
		Versión: 2
	CERTIFICACIÓN DE DEDUCCIONES Y RENTAS EXENTAS	Fecha: 16/11/2023

Yo, Andrés Escobar García identificado (a) con C.C. (X) C.E. ( ) No. 16.928.674 de Cali, con domicilio de Choachí, Cundinamarca, dirección Finca Villa Paola - Vereda Resguardo Alto, en cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 387 del Estatuto Tributario y demás normas relacionadas, a efectos de obtener las deducciones tributarias, de manera libre, espontánea y bajo la gravedad de juramento, manifiesto que la información suministrada es fidedigna y me permiten obtener las deducciones y rentas exentas para aplicar en los siguientes contratos de prestación de servicios Nos. 013, suscritos con el Instituto Nacional Para Sordos INSOR, y sobre los cuales no he contratado o vinculado 2 o más trabajadores para cumplir con el objeto contractual.

1. **Deducción por dependientes económicos:**
   Me acojo a este beneficio y presentó los documentos soporte:

   SI_____X_____ NO_____

La(s) siguiente(s) persona(s) depende(n) económicamente de mí:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	FECHA DE NACIMIENTO (DD/MM/AAAA)	CALIDAD DE DEPENDENCIA
Andrés Esteban Escobar Infante	**1032879570**	**06/07/2015**	**Hijo menor de edad**
Helen Rebeca Escobar Oidor	**1068977928**	**14/11/2022**	**Hijo menor de edad**
Rafael Arturo Escobar Oidor	**1068978059**	**25/05/2024**	**Hijo menor de edad**

NOTA Y ANEXOS:
El artículo 2º, parágrafo 3º del Decreto 99 de 2013, define la calidad de dependientes para efectos tributarios.

*1. Los hijos del contribuyente que tengan **hasta 18 años de edad** y dependan económicamente del contribuyente, **anexar Registro Civil de nacimiento.***
*2. Los hijos del contribuyente **con edad entre 18 y 23 años**, cuando el padre o madre contribuyente persona natural se encuentre financiando su educación en instituciones formales de educación superior certificadas por el ICFES o la autoridad oficial correspondiente; o en los programas técnicos de educación no formal debidamente acreditados por la autoridad competente, **anexar Certificación semestral de pago matrícula expedida por la respectiva entidad educativa y cedula de ciudadanía del dependiente.***
*3. Los hijos del contribuyente **mayores de 23 años** que se encuentran en situación de dependencia originada en factores físicos o psicológicos, **anexar certificación de Medicina Legal, de la EPS o de cualquier institución idónea habilitada en el Registro Nacional de Salud y cedula de ciudadanía.***
*4. El cónyuge o compañero (a) permanente del contribuyente que se encuentre en situación de dependencia sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientos sesenta (260) UVT, certificada por contador público **(anexar Certificación anual de Contador Público, tarjeta profesional, certificado de antecedentes y cedula de ciudadanía del dependiente)**, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal, **anexar certificación de Medicina Legal, de la EPS o de cualquier institución idónea habilitada en el Registro Nacional de Salud y cedula de ciudadanía.***
*5. Los padres y hermanos del contribuyente que se encuentren en situación de dependencia, sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientas sesenta (260) UVT, certificada por contador público **(anexar Certificación anual de Contador Público, tarjeta profesional, certificado de antecedentes y cedula de ciudadanía del dependiente)**, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal, **anexar certificación de Medicina Legal, de la EPS o de cualquier institución idónea habilitada en el Registro Nacional de Salud y cedula de ciudadanía.***

Certifico igualmente que la deducción de la base de retención en la fuente por concepto de dependiente solicitada cumple las restricciones establecidas en el parágrafo 4º del artículo 2º del Decreto 99 de 2013, en el entendido que no se solicitan por más de un contribuyente en relación con un mismo dependiente.

2. **Deducción por intereses y/o corrección monetaria:**
Me acojo a este beneficio y presentó los documentos soporte:

SI_____ NO_____X_____

Tipo de Deducción	Entidad que Certifica	Fecha de certificación (DD/MM/AAAA)	Porcentaje del valor deducible por concepto de intereses sobre préstamos para adquisición de vivienda (50% ó 100%)
			100%

Nota: Si no se presenta la certificación de la vigencia inmediatamente anterior, me comprometo a remitirla antes del 15 de abril del año en curso, en caso contrario no podrá seguirse considerando esta deducción.

3. **Deducción pagos de medicina prepagada o seguros de salud (se debe presentar mensualmente):**

Me acojo a este beneficio y presentó los documentos soporte:

SI_____ NO_____X_____

Tipo de Deducción	Entidad que Certifica	Fecha de certificación (DD/MM/AAAA)	Valor pago mensual por salud, siempre que el valor a disminuir mensualmente no supere dieciséis (16) UVT mensuales
Pagos realizados en el año por contratos de prestación de servicios o seguros de salud.			

Esta declaración la hago a los _30_ días del mes de _ABRIL_ del año _2026_, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 7º (prohibición de declaraciones extra juicio) del Decreto 19 de 2012, con destino al Instituto Nacional para Sordos, para que surta los efectos legales.

Me comprometo a comunicar cualquier cambio que pueda modificar los beneficios obtenidos.

Cordialmente.

Andrés Escobar García



Firma

ORGANIZACION ELECTORAL
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCIÓN NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

NUIP: 1032879570

Indicativo Serial: 35746399

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código: A Y B

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía

COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOTA D.C.

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
ESCOBAR	INFANTE

Nombre(s): ANDRES ESTEBAN

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo Sanguíneo	Factor RH
Año 2015 Mes JUI Día 06	MASCULINO	O	POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)

COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGTOA D.C.

Tipo de documento antecedentes o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO	53040838-6

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: INFANTE SILVA ERIKA XIMENA

Documento de identificacon (Clase y numero)	Nacionalidad
CC 1073231059 MOSQUERA	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: ESCOBAR GARCIA ANDRES

Documento de identificacón (Clase y numero)	Nacionalidad
CC 16928674 CALI	COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: ESCOBAR GARCIA ANDRES

Documento de identificacón (Clase y numero)	Firma
CC 16928674 CALI	

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos:

Documento de identificacion (Clase y numero)	Firma

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos:

Documento de identificacion (Clase y numero)	Firma

Fecha de inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2015 Mes JUI Día 09	CLARET ANTONIO HERRERA FIGUEROA Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
Firma	Nombre y Firma

ESPACIO PARA NOTAS

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

NUIP	1.068.977.928

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 63519360

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [X] Notaría [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] **Código** J 1 J

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía

REGISTRADURIA DE CHOACHI - COLOMBIA - CUNDINAMARCA - CHOACHI

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
ESCOBAR	OIDOR

Nombre(s)

HELEN REBECA

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2022 Mes NOV Día 14	FEMENINO	O	NEGATIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)

COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOTA D.C

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	221122101927 28

Datos de la madre o padre *(Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el primer apellido del inscrito)*

Apellidos y nombres completos

OIDOR HERNANDEZ JENNYFER MARCELA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.023.899.119	COLOMBIA

Datos del padre *(Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el segundo apellido del inscrito)*

Apellidos y nombres completos

ESCOBAR GARCIA ANDRES

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 16.928.674	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

ESCOBAR GARCIA ANDRES

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC 16.928.674	

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número)	Firma

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número)	Firma

Fecha de inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2022 Mes NOV Día 22	ENITH YULIETH ALONSO MOLANO (E) Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
Firma	Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

Adhesivo Copia Registro Civil
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
32576575-2

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

64118540

NUIP 1.068.978.059

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 64118540

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [X] Notaría [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código J 1 J

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía

REGISTRADURIA DE CHOACHI - COLOMBIA - CUNDINAMARCA - CHOACHI

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
ESCOBAR	OIDOR

Nombre(s): RAFAEL ARTURO

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2024 Mes MAY Día 25	MASCULINO	O	POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección): COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOTA D.C

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	24054610985121

Datos de la madre o padre *(Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el primer apellido del inscrito)*

Apellidos y nombres completos: OIDOR HERNANDEZ JENNYFER MARCELA

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.023.899.119	COLOMBIA

Datos de la madre o padre *(Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el segundo apellido del inscrito)*

Apellidos y nombres completos: ESCOBAR GARCIA ANDRES

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 16.928.674	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: ESCOBAR GARCIA ANDRES

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC 16.928.674	

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos:

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos:

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma

Fecha de Inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2024 Mes MAY Día 28	PEDRO ALEXANDER MONTES CAQUEZA – Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
Firma	Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

Adhesivo Copia Registro Civil

36209118-8