CxP 70026 (36)

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

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRATISTA / EJECUTOR

Ciudad	Bogotá	**Fecha de presentación(dd-mm-año)**	4/5/2026		
Nombres ó Razón Social:	JOSEPH ENRIQUE MORA LÓPEZ	**Identificación:**	**Cédula de Ciudadanía**		1.001.058.163
Teléfono	318 6062765	**Correo electrónico**	hermanosjya13@gmail.com		

INFORMACIÓN DEL CONTRATO

No Contrato	**045**	**Mes a pagar o fracción de mes a pagar:**	**Mes**	**Abril**			
			En caso de fracción indicar el número de días a pagar				
No CDP	**5426**	**No RP**	**9426**	**Valor del RP:**	**$ 56.100.000**	**Valor pendiente por pagar:**	**$ 41.310.000**
Fecha del contrato	15/1/2026	**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

Prestar servicios profesionales para la traducción, adaptación, revisión y corrección de estilo, así como la producción de documentos técnicos y de gestión de la Subdirección en Lengua de Señas Colombiana (LSC), garantizando accesibilidad y ajustes razonables para la población sorda durante la vigencia 2026.

INFORMACIÓN FINANCIERA DEL CONTRATO O CONVENIO

VALOR A PAGAR EN ESTE MES	**Valor antes IVA**	**$ 5.100.000**
	IVA	**$ -**
	Valor total	**$ 5.100.000**

Valor inicial contrato	**$ 56.100.000**
Adición (en el caso de que aplique)	**$ -**
Reducción (indicar el valor mencionado en el acto administrativo)	**$ -**
Valor Total:	**$ 56.100.000**
Total Ejecutado	**$ 14.790.000**
Saldo	**$ 41.310.000**
Porcentaje de Ejecución	
Porcentaje de Ejecución física	**27%**
Porcentaje de Ejecución presupuestal	**26%**

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
$ 4.590.000	$ 5.100.000				
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

CÁLCULO 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
$ 2.040.000	I	$ 255.000	$ 326.400	$ 10.649	N.A.	$ 592.048,80
VALORES PAGADOS (Registrar manualmente)		$ 255.000	$ 326.400	$ 10.700	$ 0	$ 592.100,00
Nombre de la entidad a la que se le hace el aporte (registrar manualmente)		COMPENSAR	COLPENSIONES	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 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___

Destino: SG - GESTION DOCUMENTAL

INSOR *20262600004202*

No. 20262600004202

Fecha Radicado: 08-MAY-2026 10:07 AM

Nombre Radicador: LADY BIBIANA GAR

Anexos: 1

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. 75988719, corresponde al pago del mes de abril, del contrato de prestación de servicios No.045 suscrito con el Instituto Nacional para Sordos-INSOR. (Esto solo aplica para personas 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 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. Apoyar en la traducción y adaptación de distintos documentos relativos a la Lengua de Señas Colombiana (LSC), asegurando calidad lingüística y cultural.	01. Reunión de trabajo para inicio de adaptación a LSC del documento Relaciones semánticas en la LSC 02. Reunión de revisión de borradores en LSC y ajuste de guion de traducción 03. Segunda reunión de revisión de borradores en LSC y ajuste de guion de traducción 04. Reunión de revisión final de borradores en LSC y ajuste de guion de traducción 05. 202604_Guion01_Relaciones semánticas en la LSC	01. https://docs.google.com/document/d/1525aJP46ov5zW0S9zrvbprNJv0Sx-jdnmxw6LIF8rI4/edit?usp=drive_link 02. https://docs.google.com/document/d/1hx77hEKY6wALTstrPdnvKLQaAUgDm-8Qn1YN3wJgjWQ/edit?usp=drive_link 03. https://docs.google.com/document/d/1U0xqWKmmQm1s-0nUojaJJtH3t0L1WY1oVdD1Hf_QuDc/edit?usp=drive_link 04. https://docs.google.com/document/d/1Z4KFIdPc7WNAh0hmD1-D2N7kUM72xQ3pVNHBra9-lqA/edit?usp=drive_link 05. https://docs.google.com/document/d/1fA1JOHwIUO3PpmOEn64VE8I7xxlS4rbv/edit?usp=drive_link&ouid=109777486561284270723&rtpof=true&sd=true	-	X	X	X									Las actividades aplican para el periodo reportado en el presente informe
2. Apoyar la elaboración de productos audiovisuales accesibles en LSC, en coordinación con el grupo interno de trabajo de Democratización del Conocimiento.	01. Reunión de articulación con GEA para definir cronograma y acciones del ITPS 2026 02. Reunión para diligenciamiento de solicitud de materiales audiovisuales del ITPS 2026	01. https://docs.google.com/document/d/15N8BLY3ghI8IgNNi9_rMpOoNf3x-7rzW1BUjHQYnuL0/edit?usp=drive_link 02. https://docs.google.com/document/d/1TQ-64j22N7JjIvAA4Y2CpcfE6kmVWajOcKVptl7dpps/edit?usp=drive_link	-	X	X	X									Las actividades aplican para el periodo reportado en el presente informe
3. Apoyar la validación de los discursos y las traducciones con profesionales sordos e intérpretes.	Estas actividades están relacionadas con las actividades 02, 03, 04 y 05 de la obligación contractual 1.	Estas actividades están relacionadas con las actividades 02, 03, 04 y 05 de la obligación contractual 1.	-	-	-	X									Las actividades aplican para el periodo reportado en el presente informe
4. Realizar la revisión y corrección de estilo de los documentos producidos por la Subdirección, garantizando coherencia, claridad y calidad técnica.	No aplica para el mes en curso	No aplica para el mes en curso	-	-	X	X									No requerido para este periodo
5. Cumplir otras actividades asignadas por la supervisión contractual y que se relacionen directamente con el objeto del contrato.	01. Reunión de seguimiento a productos y plan de trabajo del grupo DECO	01. https://docs.google.com/document/d/1yZtFPUqRz007HDEO6duHH4sKw4GaKinT2iZuevl_34A/edit?usp=drive_link	-	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 CIEN MIL PESOS M/CTE ($5.100.000)

VALOR CON IVA INCLUIDO	**5.100.000**
VALOR EN LETRAS	**CINCO MILLONES CIEN MIL PESOS M/CTE**

FIRMA DEL SUPERVISOR

NOMBRE DEL SUPERVISOR: JESUS ANTONIO MONROY SANDOVAL

CARGO: Profesional Universitario Código 2044 Grado 08

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

FIRMA DEL CONTRATISTA BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO

NOMBRE DEL CONTRATISTA: JOSEPH ENRIQUE MORA LÓPEZ

Correo personal: hermanosjya13@gmail.com

C.C: 1.001.058.163

compensar | miplanilla.com

REPORTE RESUMEN DE PAGO

Información básica de la planilla

Empresa:	JOSEPH ENRIQUE MORA LOPEZ	**NIT:**	1001058163
Tipo Planilla:	I	**Periodo liquidación Pensiones:**	abril 2026
Sucursal o Dependencia:	PRINCIPAL	**Periodo liquidación Salud:**	abril 2026
Número de Radicación:	75988719	**Total a pagar:**	$632,900
Fecha de vencimiento:	15/05/2026	**Total de empleados:**	1
Fecha de Pago:	27/04/2026	**Número de Administradoras:**	4

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:	BANCO CAJA SOCIAL	**Número Autorización:**	257742090
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
14-25	800226175	Riesgos Profesionales Colmena	1		$0	$10,700
25-14	900336004	Administradora Colombiana de Pensiones -	1		$0	$326,400
CCF24	860066942	Compensar Caja de Compensacion Fliar	1		$0	$40,800
EPS008	860066942	Compensar EPS	1		$0	$255,000
						$632,900

***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