Sticker web
1/6/26 3:39 p.m.
Diario Sig - GESTION DOCUMENTAL
*2026260000530 2
No. 20262600005302
Fecha Radicado: 01-JUN-2026 03:39 PM
Nombre Radicador: LADY SIRIANA GAR
Anexos: -
INSOR

Cxp 90326 (37)

	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 de Comunicaciones	Pago No:	4	Total de pagos	11	
				¿Pago Final?	NO	

INFORMACION BÁSICA DEL CONTRATISTA / EJECUTOR

	Bogota D.C.	Fecha de presentación(dd-mm-año)		1/6/2026	
	CARLOS EDUARDO SÁNCHEZ BECERRA	Identificación:	Cédula de Ciudadanía		1001191512
	3208866545	Correo electrónico		carlos.sanchez@insor.gov.co	

INFORMACIÓN DEL CONTRATO

	108-2026	Mes a pagar o fracción de mes a pagar:	Mes	Mayo				
			En caso de fracción indicar el número de días a pagar					
	11126	No RP	10926	Valor del RP:	$ 44.000.000	Valor pendiente por pagar:	$ 28.400.000	
Fecha del contrato	2/2/2026	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 apoyar la gestión de comunicaciones del INSOR, mediante la planeación y difusión de contenidos que promuevan el clima organizacional, la culturan institucional y la apropiación de información estratégica institucional por parte de los diferentes grupos de valor

INFORMACIÓN FINANCIERA DEL CONTRATO O CONVENIO

VALOR A PAGAR EN ESTE MES	Valor antes IVA	$ 4.000.000
	IVA	$ -
	Valor total	$ 4.000.000

Valor inicial contrato	$ 44.000.000
Adición (en el caso de que aplique)	$ -
Reducion (indicar el valor descontado en el pago anterior)	$ -
Valor Total	$ 44.000.000
Total Ejecutado	$ 15.600.000
Saldo	$ 28.400.000
Porcentaje de Ejecución	
Porcentaje de Ejecución física	36%
Porcentaje de Ejecución presupuestal	35%

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
$ 3.600.000	$ 4.000.000	$ 4.000.000			
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) MINIMOS 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)		$ 219.100	$ 280.500	$ 9.300	$ 0	$ 508.900,00
Nombre de la entidad a la que se le hace el aporte (registrar manualmente)		COMPENSAR EPS	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 articulo 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 especificamente 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 76980148 corresponde al pago del mes de abril, del contrato de prestación de servicios No.108-2026 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. _____, 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)	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 ☐

Mis ingresos como contratista del Estado superan las 4.000 UVT ($209.496.000) ☐

Soy responsable de Facturación Electrónica ☐

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)

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 ____

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. Apoyar el diseño y ejecución de la estrategia de comunicación digital y de relacionamiento con medios, de acuerdo con los lineamientos institucionales, contribuyendo al posicionamiento y visibilidad del INSOR.	Todas las actividades realizadas y visibles en el objetivo 2 se hicieron desde la planeación de seguir la estrategia de comunicaciones de visibilizar resultados y posicionar al INSOR como una entidad que acompaña directamente a la población sorda y a otras instituciones.	CARLOS SANCHEZ/EVIDENCIA EJECUCIÓN/MAYO/Obligacion 1/1. Estrategia de comunicación digital					X								
2. Elaborar, programar y divulgar contenidos digitales para redes sociales, sede electrónica y demás plataformas institucionales, garantizando coherencia con la estrategia de comunicación externa, el enfoque accesible y la línea gráfica del INSOR.	Publiqué 8 comunicados de prensa a lo largo de todo el mes, cada uno iba acompañado de dos piezas gráficas para la página web. Y para siete se publicó un video anunciando este comunicado en las distintas redes sociales del INSOR. Se publicaron 17 contenidos en redes sociales y 17 historias a lo largo de todo el mes, siguiendo la estrategia de comunicaciones.	CARLOS SANCHEZ/EVIDENCIA EJECUCIÓN/MAYO/Obligacion 2/2.1 Comunicados de prensa - mayo CARLOS SANCHEZ/EVIDENCIA EJECUCION/MAYO/Obligación 2/2.2 Publicaciones - mayo					X								
3. Realizar el monitoreo y análisis de las métricas digitales y de los comentarios en las redes sociales, identificando oportunidades de mejora, tendencias y posibles contingencias, proponiendo acciones estratégicas para fortalecer el reconocimiento y la imagen institucional del INSOR.	Realicé un documento analizando las métricas de las redes sociales a cierre de mes.	CARLOS SANCHEZ/EVIDENCIA EJECUCIÓN/MAYO/Obligacion 3/3. Monitoreo de metricas del mes					X								
4. Apoyar las acciones de relacionamiento con medios de comunicación, entidades públicas, privadas y del sector social, promoviendo la divulgación de información sobre la gestión institucional y el cumplimiento de los objetivos misionales.	Realicé un documento donde se evidencia como el evento del Lanzamiento del Equipo Sordolímpico se vio transmitido por distintos medios en concordancia con la estrategia de comunicaciones.	CARLOS SANCHEZ/EVIDENCIA EJECUCIÓN/MAYO/Obligación 4/4. Relacionamiento con medios					X								
5. Realizar acompañamiento de entrevistas, ruedas de prensa, eventos y demás actividades en las que participe el Instituto, garantizando su adecuada documentación y difusión.	Documento que comprueba el seguimiento que se hizo a entrevistas, ruedas de prensa, eventos, reunions y demás actividades en las que participó el Instituto a lo largo del mes.	CARLOS SANCHEZ/EVIDENCIA EJECUCIÓN/MAYO/Obligacion 5/5. Acompañamiento en eventos					X								
6. Cumplir las demás obligaciones necesarias para el desarrollo del objeto contractual, de acuerdo con las orientaciones de la supervisión y en coherencia con la estrategia de comunicación externa del Instituto Nacional para Sordos.	Documento que examina las demás labores que fueron necesarias para el desarrollo del objeto contractual	CARLOS SANCHEZ/EVIDENCIA EJECUCIÓN/MAYO/Obligacion 6/6. Demás obligaciones					X								

OBSERVACIONES ADICIONALES:

Por lo anterior, autorizo el pago por valor de: CUATRO MILLONES PESOS M/CTE ($4.000.000)

VALOR CON IVA INCLUIDO	**4.000.000**
VALOR EN LETRAS	**CUATRO MILLONES PESOS M/CTE**

FIRMA DEL SUPERVISOR

NOMBRE DEL SUPERVISOR: LUZ ALEJANDRA BARBOSA TARAZONA

CARGO: ASESORA DE DIRECCIÓN GENERAL

C.C: 1.032.362.298 **Correo electrónico: luz.barbosa@insor.gov.co**

FIRMA DEL CONTRATISTA BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO

NOMBRE DEL CONTRATISTA: CARLOS EDUARDO SÁNCHEZ BECERRA

Correo personal: carlos.sanchez@insor.gov.co

C.C: 1.001.191.512

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	1001191512	CARLOS EDUARDO SANCHEZ BECERRA	Cra 57 #134-20	3208866545	cesb.2507@gmail.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
		76980148	07/05/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-04	2026-04	I	$0	$508.900	

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	218.900	0		0		0	1	200	0	219.100	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
25-14	Colpensiones	900336004-7	280.200	0	0	0	0	1	300	0	280.500	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										
14-25	Riesgos prof Colmena	800226175-3	9.200				9.200	1	100	9.300			92	9.300	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	1	0	0	0
ICBF				
0	1	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	218.900	219.100
Pensión	1	280.200	280.500
Riesgos Laborales	1	9.200	9.300
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	508.300	508.900

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	1001191512	CARLOS EDUARDO SANCHEZ BECERRA	Cra 57 #134-20	3208866545	cesb.2507@gmail.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
		76980148	07/05/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-04	2026-04	I	$0	$508.900	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE							INFORMACIÓN NOVEDADES														PENSIÓN							SALUD					RIESGOS LABORALES					CCF				PARAFISCALES				
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
CC 1001191512	SANCHEZ BECERRA CARLOS EDUARDO	59	0			N																	25-14	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS008	1.750.905	30	218.900	14-25	1.750.905	30	1	9.200		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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