CXP 96326 (90)

	PROCESO GESTION FINANCIERA	Código: FOGF52
Instituto Nacional para Sordos	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:	Dirección General	Pago No:	5	Total de pagos	12
				¿Pago Final?	NO

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRATISTA / EJECUTOR

Ciudad	Bogotá	Fecha de presentación(dd-mm-año)	1/6/2026		
Nombres ó Razón Social:	ADI CAÑIZARES ARDILA	Identificación:	Cédula de Ciudadanía	1098705579	
Teléfono	3002250604	Correo electrónico	adi.canizares@insor.gov.co		

INFORMACIÓN DEL CONTRATO

No Contrato	088-2026	Mes a pagar o fracción de mes a pagar:	Mes	Mayo				
			En caso de fracción indicar el número de días a pagar					
No CDP	6426	No RP	7426	Valor del RP:	$ 47.449.000	Valor pendiente por pagar:	$ 28.882.000	
Fecha del contrato	16/1/2026	Fecha de acta de inicio:	16/1/2026		Fecha de terminación (Se debe tener en cuenta las prórrogas, si hay lugar a ello)		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)
							16/1/2026	31/12/2026

OBJETO DEL CONTRATO

Prestar servicios de interpretación y mediación comunicativa en Lengua de Señas Colombiana–español, como apoyo a la gestión institucional, para garantizar la accesibilidad, el ejercicio del derecho a la información y la participación efectiva de las personas sordas en las actividades, programas, proyectos y estrategias desarrolladas por la entidad.

INFORMACIÓN FINANCIERA DEL CONTRATO O CONVENIO

VALOR A PAGAR EN ESTE MES	Valor antes IVA	$ 4.126.000
	IVA	$ -
	Valor total	$ 4.126.000

Valor inicial contrato	$ 47.449.000
Adición (en el caso de que aplique)	$ -
Reducción (indicar el valor reducido en el solo administrativo)	$ -
Valor Total:	$ 47.449.000
Total Ejecutado	$ 18.567.000
Saldo	$ 28.882.000
Porcentaje de Ejecución	
Porcentaje de Ejecución física	39%
Porcentaje de Ejecución presupuestal	39%

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
$ 2.063.000	$ 4.126.000	$ 4.126.000	$ 4.126.000		
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, PENSION, ARL) MINIMOS SOBRE EL PAGO MENSUAL

IBC 40% VALOR PAGO	TARIFA DE RIESGOS LABORALES	SALUD	PENSIÓN	ARL	FSP	TOTAL
$ 1.750.905	III	$ 218.863	$ 280.145	$ 42.652	N.A.	$ 541.659,97
VALORES PAGADOS (Registrar manualmente)		$ 218.900	$ 280.200	$ 42.700	$ 0	$ 541.800,00
Nombre de la entidad a la que se le hace el aporte (registrar manualmente)		COMPENSAR EPS	PORVENIR	COLMENA	N/A	
PERIODO DE PAGO	Mayo	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 planila No. 84453313, corresponde al pago del mes de Mayo, del contrato de prestación de servicios No.088-2026 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**	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 Aplica
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 Prep**			
Facturación Electrónica	NO	**Es pensionado**			

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

2/6/26, 5:09 p.m. Sticker web

Destino: SG - GESTION DOCUMENTAL

INSOR *20262600005842

No. 20262600005842

Fecha Radicado: 02-JUN-2026 05:09 PM

Nombre Radicador: LADY BIBIANA GAR

Anexos: -

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												VERIFICACION DE CUMPLIMIENTO DEL SUPERVISOR
			ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	
1. Realizar la interpretación bidireccional (LSC–español / español–LSC) en reuniones, capacitaciones, talleres, audiencias, comités, eventos y demás escenarios en los que participe la población sorda de la Entidad.	(04/05) Actividad de Bienestar Pausas Activas Presencial 2h. Reunión con Alejandra - Respuesta consejo superior 30min y Reunión Alejandra con Jesus Monroy 30min. (05/05) Presencial. INSOR Contigo - Visita UPTC 1h 30min. Virtual. INSOR Contigo - Rad CIESD 1h y Revisar carta de Angelica Lozano - control politico 30min. (06/05) debate de control politico sobre la situación de las personas con discapacidad en Colombia 9h y Comité Financiero y de Sostenibilidad Contable 2h (07/05) asesoría a un estudiante 1h y Comité Financiero y de Sostenibilidad Contable 2h. (11/05) Reunión equipo de comunicaciones 1h. (12/05) coordinadora Relacionamiento con Las Ciudadanías. Presencial 1h 15min. Socialización del Protocolo de Accesibilidad Incluyente - Aeronáutica 2h. INSOR - UNICEF 1h y reunión comunicaciones 2h. (13/05) INSOR Contigo 1h. (14/05) entidad DIAN 1h. SEGUIMIENTO TELETRABAJO 30min y reunion capacitación SENA 1h. (15/05) reunion comunicaciones 2h. (19/05) SEGUIMIENTO TELETRABAJO 30min. SEGUIMIENTO DE TELETRABAJO 30min. SEGUIMIENTO DE TELETRABAJO 30min y Asortal, servicios LSC 1h. (20/05) Plataforma Nacional Para la Gestión del Riesgo de desastres 8h 30min. (21/05) Segundo Encuentro Nacional de Asociaciones - DIAN 2h 30min. (22/05) "Gestión del Riesgo de Desastres Sin Barreras. Hiva" 2h. (25/05) Reunión equipo de comunicaciones 1h, reuniones del Comité de Convivencia Laboral 2h y reunión relacionamiento al ciudadano-virtual 30min. (26/05) Revisión documental vigencia 2026 2h y Sesión interna - Mesa Técnica PINAF / Mayo - Virtual comité de COPPASST 2h. (27/05) Conversatorio central. Avances y retos de la Educacion Superior 4h 30min e INVITACIÓN X CONGRESO NACIONAL DE EMPLEO PÚBLICO 3h. (28/05) Organizacion baby shower 1h y Reunión relacionamiento con la ciudadanía 1h 30min. (29/05) Convocatoria Sesión XCIV - CND 3h y Reunión comunicaciones y talento humano-presencial 1h.	https://drive.google.com/drive/folders/12dvkN1GyQDYpPKetlVUpS2OIgt6C3FQf?usp=drive_link				x								Se Realizo la validacion de las actividades y las evidencias
2. Realizar la interpretación de transmisiones en vivo, piezas audiovisuales y material institucional que requiera la entidad, según las especificaciones dadas.	(08/05) Capacitación Taller práctico ¿Cómo proyectar los estudios previos? 2h	https://drive.google.com/drive/folders/12dvkN1GyQDYpPKetlVUpS2OIgt6C3FQf?usp=drive_link					x								Se Realizo la validacion de las actividades y las evidencias
3. Realizar la traducción entre Lengua de Señas Colombiana y español de materiales, documentos y contenidos digitales accesibles, que sean requeridos en el marco de la misión y la visión del INSOR.	(29/05) Traducción en casa 2h.	https://drive.google.com/drive/folders/12dvkN1GyQDYpPKetlVUpS2OIgt6C3FQf?usp=drive_link					x								Se Realizo la validacion de las actividades y las evidencias
4. Participar en los espacios de retroalimentación técnica o lingüística convocados por el INSOR, con el fin de estandarizar criterios de servicios de interpretación institucionales.	(13/05) taller de cualificación sobre manejo de la voz 2h 30min. (28/05) 1 Sesión Cualificación SILSCE - Presencial 2h	https://drive.google.com/drive/folders/12dvkN1GyQDYpPKetlVUpS2OIgt6C3FQf?usp=drive_link					x								Se Realizo la validacion de las actividades y las evidencias

OBSERVACIONES ADICIONALES:

Por lo anterior, autorizo el pago por valor de: CUATRO MILLONES CIENTO VEINTISEIS MIL PESOS M/CTE ($4.126.000)

VALOR CON IVA INCLUIDO	4.126.000
VALOR EN LETRAS	CUATRO MILLONES CIENTO VEINTISEIS MIL PESOS M/CTE

FIRMA DEL SUPERVISOR

NOMBRE DEL SUPERVISOR: JOSE FERNANDO DUQUE GALLEGO

CARGO: ASESOR DIRECCIÓN GENERAL

C.C: 10.276.420 **Correo electrónico: joseduque@insor.gov.co**

FIRMA DEL CONTRATISTA BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO

NOMBRE DEL CONTRATISTA: ADI CAÑIZARES ARDILA

Correo personal: adi.interpretelsc@gmail.com

C.C: 1.098.705.679

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	1098705579	ADI CAÑIZARES ARDILA		trav 74 f N 40 j sur 43 apto 502	3002250604	adi.interprete@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
		84453313	27/05/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-05	2026-05	I	$0	$541.800	

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	0	0	0	218.900	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	280.200	0	0	0	0	0	0		280.200	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	42.700				42.700	0	0	42.700			427	42.700	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	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	218.900	218.900
Pensión	1	280.200	280.200
Riesgos Laborales	1	42.700	42.700
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	541.800	541.800

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	1098705579	ADI CAÑIZARES ARDILA	trav 74 f N 40 j sur 43 apto 502	3002250604	adi.interprete@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
		84453313	27/05/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-05	2026-05	I	$0	$541.800	

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 1098705579	CAÑIZARES ARDILA ADI	59	0			N																	230301	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS008	1.750.905	30	218.900	14-25	1.750.905	30	3	42.700		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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