CxP 112826 (16)

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

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRATISTA / EJECUTOR

Ciudad	Bogota	Fecha de presentación(dd-mm-año)	1/7/2026		
Nombres ó Razón Social:	JOSE FERNANDO LESMES MORERA	Identificación:	Cédula de Ciudadanía	1.022.332.083	
Telefono	316 3354099	Correo electrónico	joseflesmes@gmail.com		

INFORMACIÓN DEL CONTRATO

No Contrato	068	Mes a pagar o fracción de mes a pagar:	Mes	Junio				
			En caso de fracción indicar el número de días a pagar					
No CDP	5326	No RP	9326	Valor del RP:	$ 54.691.666	Valor pendiente por pagar:	$ 29.603.746	
Fecha del contrato	13/1/2026	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

Prestación de servicios profesionales a la Subdirección de Promoción y Desarrollo relacionados con la proyección de metodologías de evaluación y mejoramiento de servicios de interpretación LSC-español, mediante la formulación de protocolos de cualificación profesional y estrategias de formación continua que eleven los estándares de prestación de servicios de interpretación a nivel institucional durante el año 2026.

INFORMACIÓN FINANCIERA DEL CONTRATO O CONVENIO

VALOR A PAGAR EN ESTE MES	Valor antes IVA	$ 5.017.584
	IVA	$ -
	Valor total	$ 5.017.584

Valor inicial contrato	$ 55.193.424
Adición (en el caso de que aplique)	$ -
Reducción (indicar el valor mencionado en el acto administrativo)	$ 501.758
Valor Total:	$ 54.691.666
Total Ejecutado	$ 24.586.162
Saldo	$ 30.105.504
Porcentaje de Ejecución	
Porcentaje de Ejecucion física	45%
Porcentaje de Ejecución presupuestal	45%

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
$ 4.515.826	$ 5.017.584	$ 5.017.584	$ 5.017.584		
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) MÍNIMOS SOBRE EL PAGO MENSUAL

IBC 40% VALOR PAGO	TARIFA DE RIESGOS LABORALES	SALUD	PENSIÓN	ARL	FSP	TOTAL
$ 2.007.034	I	$ 250.879	$ 321.125	$ 10.477	N.A.	$ 582.481,29
VALORES PAGADOS (Registrar manualmente)		$ 250.900	$ 321.200	$ 10.500	$ 0	$ 582.600,00
Nombre de la entidad a la que se le hace el aporte (registrar manualmente)		FAMISANAR	COLFONDOS	POSITIVA	N/A	
PERIODO DE PAGO	Junio	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 armonía 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___

1/7/26, 12:12 p.m. Sticker web

Destino: SIG - GESTION DOCUMENTAL

INSOR *20262600006502

No. 20262600006502

Fecha Radicado: 01-JUL-2026 11:57 AM

Nombre Radicador: LADY BIBIANA GAR

Anexos: .

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. 1082205197, corresponde al pago del mes de junio, del contrato de prestación de servicios No.068 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. 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 OBLIGACIÓN												VERIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DEL SUPERVISOR
			ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	
1. Proyectar y hacer seguimiento a los sistemas de evaluación y monitoreo de calidad para servicios de interpretación LSC-español, estableciendo indicadores de desempeño, instrumentos de medición y mecanismos de retroalimentación que permitan el mejoramiento continuo de la prestación de servicios.	1. Compendio de bibliografía para el Doc. Criterios para la prestación del SILSCE en el Contexto Educativo 2. Primer Borrador Doc. Criterios de prestación del SILSCE en el Contexto Educativo	https://drive.google.com/drive/folders/1GwxMy-0FC0AqhzdH4yDKOfY5tc9Pyplu?usp=drive_link	-	X	X	X	X	X							Las actividades aplican para el periodo reportado en el presente informe
2. Desarrollar lineamientos técnicos para servicios de interpretación institucional, estableciendo criterios de calidad, protocolos de prestación y mecanismos de evaluación que fortalezcan la oferta de servicios especializados.	1. Material primera sesión SILSCE 2. Material segunda sesión SILSCE 3. Seguimiento a 7 intérpretes 4. Informe semestral de propuesta de mejora continua del SILSCE	https://drive.google.com/drive/folders/1Zl92X4GeCCWUwBFJSMq1snqSTEpp5Xi?usp=drive_link	-	X	X	X	X	X							Las actividades aplican para el periodo reportado en el presente informe
3. Analizar y documentar los procesos de evaluación de competencias comunicativas en Lengua de Señas Colombiana (ECOLSC), desarrollando marcos teóricos de referencia, criterios de evaluación y metodologías de certificación que respondan a estándares técnicos especializados en evaluación de lenguas.	1. Seguimiento a traducción y edición de 5 videos instructivos ECOLSC 2. Seguimiento a ajustes del aplicativo ECOLSC 3. Preparacion de la primera implementación ECOLSC 2026-1 4. Revisión informe semestral ECOLSC	https://drive.google.com/drive/folders/1HXBnBJtF9dxwItkFZrBNQeF0txC4AFo?usp=drive_link	-	X	X	X	X	X							Las actividades aplican para el periodo reportado en el presente informe
4. Facilitar procesos de formación y actualización en mesas técnicas especializadas sobre enseñanza e investigación de la LSC, aportando conocimiento sobre metodologías didácticas y estrategias pedagógicas innovadoras.	Asistencia al primer encuentro "**Diálogos** sobre Didáctica de la Lengua de Señas Colombiana (LSC) como Segunda Lengua (L2)".	https://drive.google.com/drive/folders/1sI2UADJU24UiRafy5slu8PJgkFpqI3yM?usp=drive_link	-	X	-	X	-	X							Las actividades aplican para el periodo reportado en el presente informe
5. Atender requerimientos y actividades que surjan durante la ejecución del contrato y que estén directamente relacionadas con el objeto del contrato	1. Informe de sitio de práctica de la intérprete Cristina Diaz 2. Participación en inducción SG-SST	https://drive.google.com/drive/folders/1-YvxctdR2wWV6XXFICIId7TRXiXQKMrJ?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 DIECISIETE MIL QUINIENTOS OCHENTA Y CUATRO PESOS M/CTE ($5.017.584)

VALOR CON IVA INCLUIDO	**5.017.584**
VALOR EN LETRAS	**CINCO MILLONES DIECISIETE MIL QUINIENTOS OCHENTA Y CUATRO 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

Fernando Josles

FIRMA DEL CONTRATISTA BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO

NOMBRE DEL CONTRATISTA: JOSE FERNANDO LESMES MORERA

Correo personal: joseflesmes@gmail.com

C.C: 1.022.332.083

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2026-06-22, 08:19:05 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1082205197

Periodo Cotización: junio de 2026 **Periodo Servicio:** junio de 2026

PAGADO 22/06/2026

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	JOSE FERNANDO LESMES MORERA		
Documento	CC1022332083	**Dirección**	CL 15 SUR #16 - 36
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3163354099
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	POSITIVA DE SEGUROS

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																		Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 1022332083	JOSE FERNANDO LESMES MORERA	59	00																	0	30	30	30	0	(231001) COLFONDOS	$ 2.007.034	$ 321.200	(EPS017) FAMISANAR EPS	$ 2.007.034	$ 250.900	0,522	$ 2.007.034	$ 10.500	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 582.600

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 2.007.034	$ 2.007.034	$ 2.007.034	$ 0	$ 321.200	$ 250.900	$ 10.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 582.600	$ 0	$ 582.600

Lineas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.