CxP 122426 (79)

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

INFORMACION BÁSICA DEL CONTRATISTA / EJECUTOR

Ciudad	Bogotá	**Fecha de presentación(dd-mm-año)**	1/7/2026		
Nombres ó Razón Social:	YEIMI ALEXANDRA PARRA CORTES	**Identificación:**	**Cédula de Ciudadanía**		1,001,088,580
Teléfono	300 6210290	**Correo electrónico**	alparrales@gmail.com		

INFORMACIÓN DEL CONTRATO

No Contrato	094	**Mes a pagar o fracción de mes a pagar:**	**Mes**	Junio				
			En caso de fracción indicar el número de días a pagar					
No CDP	5226	**No RP**	7926	**Valor del RP:**	$	49,719,696	**Valor pendiente por pagar:**	$ 27,368,640
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

Prestación de servicios profesionales en sociolingüística aplicada y políticas lingüísticas para la investigación avanzada, diseño de instrumentos de planificación y gestión especializada de procesos estratégicos relacionados con el desarrollo, uso y difusión de la Lengua de Señas Colombiana en contextos institucionales, educativos y comunitarios, durante la vigencia 2026.

INFORMACIÓN FINANCIERA DEL CONTRATO O CONVENIO

VALOR A PAGAR EN ESTE MES	**Valor antes IVA**	$ 4,561,440
	IVA	$ -
	Valor total	$ 4,561,440

Valor inicial contrato	$ 50,175,840
Adición (en el caso de que aplique)	$ -
Reajustes (en el caso de que aplique)	$ 456,144
Valor Total:	$ 49,719,696
Total Ejecutado	$ 22,351,056
Saldo	$ 27,368,640
Porcentaje de Ejecución	
Porcentaje de Ejecución 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
$ 4,105,296	$ 4,561,440	$ 4,561,440	$ 4,561,440		
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
$ 1,824,576	III	$ 228,072	$ 291,932	$ 44,447	N.A.	$ 564,450.83
VALORES PAGADOS (Registrar manualmente)		$ 228,100	$ 292,000	$ 44,500	$ 0	$ 564,600.00
Nombre de la entidad a la que se le hace el aporte (registrar manualmente)		Salud total	Protección	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____

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 reguíen 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___

2/7/26, 4:50 p.m. Sticker web

Destino: SG - GESTION DOCUMENTAL

INSOR *20262600007152

No. 20262600007152

Fecha Radicado: 02-JUL-2026 04:50 PM

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 planila No. 89423787, corresponde al pago del mes de mayo, del contrato de prestación de servicios No.094 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 titulo 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 ( ) Si (x) No

Mis ingresos como contratista del Estado superan las 4.000 UVT ($209.496.000) ( ) Si (x) No

Soy responsable de Facturación Electrónica ( ) Si (x) 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) (x) 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
			FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	
1. Desarrollar investigación aplicada en políticas lingüísticas para lenguas de señas, analizando modelos internacionales de planificación lingüística, marcos normativos comparados y metodologías de implementación de políticas que fortalezcan el estatus y corpus de la LSC.	1.1. Se acompaña proceso de traducción y grabación de ajustes razonables para el documento de investigación sobre Relaciones Semánticas de la LSC. Durante las sesiones se garantiza que el discurso en LSC sea adecuado para la correcta transmisión de los contenidos teóricos del documento.	1.1. Evidencias proceso de grabación de ajustes razonables documento de Relaciones Semánticas	-	x	x	x	x	x					Se ha verificado la entrega de las evidencias correspondientes a las actividades de esta obligación. Los archivos respectivos se encuentran disponibles en la carpeta compartida de Google Drive establecida entre la contratista y la supervisora.
2. Gestionar integralmente los procesos técnicos y administrativos del Registro Nacional de Intérpretes (RENI), implementando mejoras en procedimientos de certificación, sistemas de seguimiento y mecanismos de actualización profesional que garanticen calidad y trazabilidad del registro.	2.1. Gestión de inscripciones en el RENI: Revisión, validación y seguimiento a registros de intérpretes, incluyendo verificación de documentos y actualización de información. Durante el mes de junio se vincularon 5 intérpretes nuevos a este listado publico. 2.2. Se hace charla informativa sobre el proceso de inscripción al RENI y los procesos de Reconocimiento de intérpretes oficiales de lengua de señas colombiana – español en la Universidad del Bosque en el marco del congreso Realidades y sentidos de la traducción en LSC. 2.3. Se elabora informe de actividades trimestrales del RENI.	2.1. Intérpretes incluidos en la lista 2.2. Presentación RENI en Universidad del Bosque 2.3. Informe segundo trimestre ENILSCE-RENI	-	x	x	x	x	x					Se ha verificado la entrega de las evidencias correspondientes a las actividades de esta obligación. Los archivos respectivos se encuentran disponibles en la carpeta compartida de Google Drive establecida entre la contratista y la supervisora.
3. Desarrollar estrategias de difusión y promoción del uso de la LSC en espacios institucionales, diseñando campañas de sensibilización, materiales educativos y protocolos de implementación que amplíen los ámbitos de uso de la lengua.	No requerida para este periodo	No requerida para este periodo	-	x	x	x	x	-					No está programado el repoerte para este periodo
4. Participar en procesos de articulación interinstitucional para la promoción de políticas lingüísticas inclusivas, contribuyendo al diseño de marcos normativos y lineamientos técnicos para el reconocimiento y protección de la LSC.	4.1. Se completa gestion para la creación de una mesa interinstitucional con el Ministerio de Educación Nacional para modificación del trámite "Reconocimiento de intérpretes oficiales de lengua de señas colombiana – español"ante el Departamento Administrativo de la Función Pública (DAFP). 4.2. Se asiste a primera reunión de la mesa de trabajo interinstitucional con el MEN y se explican procesos del tramite RENI y se dan recomendaciones en el flujo de acciones para lograr racionalización en los trámites de reconocimiento y registro de intérpretes.	4.1. Respuesta a solicitud 2026-EE-178369- mesa de trabajo interinstitucional completo 4.2. Lista de asistencia e reunión con el MEN 4.2 Evidencia fotografica 1	-	-	x	x	x						Se ha verificado la entrega de las evidencias correspondientes a las actividades de esta obligación. Los archivos respectivos se encuentran disponibles en la carpeta compartida de Google Drive establecida entre la contratista y la supervisora.
5. Cumplir con otras actividades relacionadas con la planeación lingüística en LSC, según los requerimientos de la subdirección y enmarcadas dentro del objeto del contrato.	5.1. Se apoya proceso de depuración y limpieza de la base de datos general del Estudio Nacional de Caracterización SocioLingüístico de la Población Sorda Colombiana ENCSLPSC borrando respuestas duplicadas por usuario. 5.2. Se asiste a reunión de Prueba funcionalidad ECOLSC-virtual para revisar esta actual del aplicativo y ajustes pendientes y obtener insumos para reporte semestral. 5.3. Se elabora informe semestral de actividades de la Evaluación de la Competencia Comunicativa de la LSC ECOLSC. 5.4. Se atendieron y respondieron oportunamente dos (2) PQRS mediante Orfeo relacionadas con el proceso de inscripción al RENI, provenientes del Ministerio de Educación Nacional MEN.	5.1. Base de datos para ENCSLPSC Ajustada 5.2. Prueba funcionalidad ECOLSC: virtual-fusionado 5.3. Informe de acciones ECOLSC (I semestre) 5.4. PROSD Junio	-	x	x	x	x	x					Se ha verificado la entrega de las evidencias correspondientes a las actividades de esta obligación para el periodo actual. Los archivos respectivos se encuentran disponibles en la carpeta compartida de Google Drive establecida entre la contratista y la supervisora.

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: CUATRO MILLONES QUINIENTOS SESENTA Y UN MIL CUATROCIENTOS CUARENTA PESOS M/CTE ($4,561,440)

VALOR CON IVA INCLUIDO	**4.561.440**
VALOR EN LETRAS	**CUATRO MILLONES QUINIENTOS SESENTA Y UN MIL CUATROCIENTOS CUARENTA PESOS M/CTE**

FIRMA DEL SUPERVISOR

NOMBRE DEL SUPERVISOR: LUZ BETTY FONSECA GOMEZ

CARGO: Profesional Especializado Código 2028 Grado 14

C.C: 51.680.188 Correo electrónico: luz.fonseca@insor.gov.co

FIRMA DEL CONTRATISTA BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO

NOMBRE DEL CONTRATISTA: YEIMI ALEXANDRA PARRA CORTES

Correo personal: alparrates@gmail.com

C.C: 1.001.088.580

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	1001088580	YEIMI ALEXANDRA PARRA CORTES		carrera 97 a bis # 153-56	6016026060	alparrates@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
		89423787	05/06/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-05	2026-05	I	$1,824,576	$601.100	

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					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	228.100	0		0		0	0	0	0	228.100	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
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	292.000	0	0	0	0	0	0		292.000	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	44.500				44.500	0	0	44.500			445	44.500	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	36.500	0	0	36.500	1

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	228.100	228.100
Pensión	1	292.000	292.000
Riesgos Laborales	1	44.500	44.500
CCF	1	36.500	36.500
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	601.100	601.100

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	1001088580	YEIMI ALEXANDRA PARRA CORTES	carrera 97 a bis # 153-56	6016026060	alparrates@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
		89423787	05/06/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-05	2026-05	I	$1,824,576	$601.100	

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 1001088580	PARRA CORTES YEIMI ALEXANDRA	59	0			N																	230201	1.824.576	30	292.000	0	0	0	0	EPS002	1.824.576	30	228.100	14-25	1.824.576	30	3	44.500	CCF24	1.824.576	30	36.500	0	0	0	0	0

PAGADA

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