CxP 126426

	PROCESO GESTION FINANCIERA					Código: FOGF52
Presidencia de la República Ministerio de Igualdad y Equidad INSOR 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:	Subdirección de Promoción y Desarrollo	Pago No:	5	Total de pagos	11
				¿Pago Final?	NO

INFORMACION BASICA DEL CONTRATISTA / EJECUTOR

Ciudad	Bogotá	Fecha de presentación(dd-mm-año)	7/7/2026		
Nombres ó Razón Social:	EDDIE ALEXANDER TOLOSA CARDOZO	Identificación:	Cédula de Ciudadanía		80.732.688
Teléfono	301 7400533	Correo electrónico			eatolo@gmail.com

INFORMACION DEL CONTRATO

No Contrato	047	Mes a pagar o fracción de mes a pagar:	Mes	Junio				
			En caso de fracción indicar el número de días a pagar					
No CDP	6126	No RP	5626	Valor del RP:	$ 58.307.152	Valor pendiente por pagar:	$ 31.560.752	
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 en modelamiento estadístico, análisis de datos y desarrollo de sistemas de información para el monitoreo y evaluación de impacto de programas y proyectos de la Subdirección de Promoción y Desarrollo del INSOR, orientados a generar evidencia cuantitativa con el fin de aportar información precisa para la toma de decisiones y la generación de conocimiento durante la vigencia 2026.

INFORMACION FINANCIERA DEL CONTRATO O CONVENIO

VALOR A PAGAR EN ESTE MES	Valor antes IVA	$ 5.349.280
	IVA	$ -
	Valor total	$ 5.349.280

Valor inicial contrato	$ 58.842.080
Adición (en el caso de que aplique)	$ -
Reducción (en el caso de que aplique)	$ 534.928
Valor Total:	$ 58.307.152
Total Ejecutado	$ 26.211.472
Saldo	$ 32.095.680
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
$ 4.814.352	$ 5.349.280	$ 5.349.280	$ 5.349.280		
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 48% VALOR PAGO	TARIFA DE RIESGOS LABORALES	SALUD	PENSIÓN	ARL	FSP	TOTAL
$ 2.139.712	1	$ 267.464	$ 342.354	$ 11.169	N.A.	$ 620.987,22
VALORES PAGADOS (Registrar manualmente)		$ 266.300	$ 366.400	$ 12.000	$ 0	$ 644.700,00
Nombre de la entidad a la que se le hace el aporte (registrar manualmente)		SURA EPS	COLPENSIONES	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 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 5 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___

Pag 1 de 3 jm

8/7/26, 9:14 a.m. Sticker web

Destino: SG - GESTION DOCUMENTAL

INSOR *20262600007442

No. 20262600007442
Fecha Radicado: 08-JUL-2026 09:14 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. 0019427226, corresponde al pago del mes de JUNIO, del contrato de prestación de servicios No.047 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. (Este 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 este cuenta de cobro. ○ Si ● No **Tarifa Adicional ____**

AVANCE DE LAS OBLIGACIONES ESPECIFICAS DEL CONTRATO

OBLIGACION CONTRACTUAL	ACTIVIDADES INICIADAS Y/O REALIZADAS EN ESTE PERIODO (Indicar fechas de realizacion)	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 la implementación de sistemas de información estadística para el seguimiento de indicadores de gestión y resultado de la Subdirección, incluyendo tableros de control, dashboards interactivos y reportes automatizados que faciliten la toma de decisiones basada en evidencia.	Se actualizó el tablero de RLCPD Se hizo actualización de la vista del tablero de control de SILSCE	https://drive.google.com/drive/folders/11WxZ0NqEyIsDSPBqgBkFk43hwCBB--rz?usp=drive_link	-	X	X	X	X	X							Se verifican actividades y evidencias para la obligación y el periodo correspondiente
2. Desarrollar modelos estadísticos para el análisis de datos procedentes de investigaciones sociolingüísticas y estudios poblacionales, implementando técnicas de minería de datos, análisis multivariado y modelamiento predictivo que permitan identificar patrones complejos y relaciones significativas en los datos	Se realiza documento con información para alimentar infografías, en versión preliminar.	https://drive.google.com/drive/folders/1JRjYWq1Z4pwBKOnU3p-zCNcetV1tzD1I?usp=drive_link	-			X	X	X							Se verifican actividades y evidencias para la obligación y el periodo correspondiente
3. Implementar procesos de validacion y control de calidad de bases de datos institucionales, desarrollando rutinas de depuración, identificación de valores atípicos y verificación de consistencia que garanticen la confiabilidad de la información estadística	Se valida información de la base del ECPS para consolidar en el tablero de control. La base está alimentando una versión preliminar del Tablero de Control	https://drive.google.com/drive/folders/1dwI_pRuwlgZIT1j_BN5vuxICc3oLdKBg?usp=drive_link	-	X	X	X	X	X							Se verifican actividades y evidencias para la obligación y el periodo correspondiente
4. Apoyar las gestiones institucionales en materia estadística mediante la participación en los espacios de articulación institucional liderados por la Oficina Asesora de Planeación y Sistemas y el suministro de la información requerida.	Se entrega informe Informe de producción y divulgación de inclusión social de la población sorda Se entrega informe de mantenimiento y actualización del tablero de control ECPS Se entrega análisis de datos de la Encuesta de Satisfacción de interpretación de Lengua de Señas.	https://drive.google.com/drive/folders/1Aehj4rWpeK2XDbMd3jB36dQK53XZ2W5?usp=drive_link	-	X	X	X	-	X							Se verifican actividades y evidencias para la obligación y el periodo correspondiente
5. Participar en actividades adicionales que se presenten durante la ejecución del contrato y que estén directamente relacionadas con su objeto.	Se asistió a la reunión presencial del equipo de la SPD el día 9 de junio Se realizó lectura y se procede con el debido diligenciamiento de la encuesta relacionada con el proceso de inducción en cumplimiento al SG-SST.	https://drive.google.com/drive/folders/16f5z7tz7sToGnZbaxuY4q-6D8zV1jB8E?usp=drive_link	-	X	X	-	-	X							Se verifican actividades y evidencias para la obligación y el periodo correspondiente

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 TRESCIENTOS CUARENTA Y NUEVE MIL DOSCIENTOS OCHENTA PESOS M/CTE ($5.349.280)

VALOR CON IVA INCLUIDO	5.349.280
VALOR EN LETRAS	CINCO MILLONES TRESCIENTOS CUARENTA Y NUEVE MIL DOSCIENTOS OCHENTA PESOS M/CTE

FIRMA DEL SUPERVISOR
Del 16 de junio al 30 de junio de 2026
NOMBRE DEL SUPERVISOR: ELFA YANETH VARGAS DIAZ
CARGO: Profesional universitario 2044-06
C.C: 51.890.923 **Correo electrónico: elfa.vargas@insor.gov.co**

FIRMA DEL SUPERVISOR
Del 1 de junio al 15 de junio de 2026
NOMBRE DEL SUPERVISOR: JESÚS ANTONIO MONROY SANDOVAL
CARGO: Coordinador Grupo Democratización del Conocimiento
C.C: 1.070.714.669 **Correo electrónico: jesus.monroy@insor.gov.co**

FIRMA DEL CONTRATISTA BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO
NOMBRE DEL CONTRATISTA: EDDIE ALEXANDER TOLOSA CARDOZO
Correo personal: eatolo@gmail.com
C.C: 80.732.688

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	80732688
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			EDDIE ALEXANDER TOLOSA CARDOZO
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CLL 20A # 96-71 TORRE 2 APTO	TELÉFONO:	1000000
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otras actividades profesionales,
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA					
NÚMERO PLANILLA:	**6019427226**	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES		
PERIODO COTIZACIÓN	MES: junio	PERIODO COTIZACIÓN	MES: junio		
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2026	SALUD:	AÑO: 2026		
DÍAS DE MORA:	0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2026/06/11	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	380747701		

NOVEDADES															
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

Planilla Pagada

LIQUIDACIÓN GENERAL				
			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
9003360047	25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 366.400
		SUBTOTAL:	1	**$ 366.400**
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8000887022	EPS010	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	1	$ 286.300
		SUBTOTAL:	1	**$ 286.300**
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8600111536	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	1	$ 12.000
		SUBTOTAL:	1	**$ 12.000**

VALOR SIN MORA:	**$ 664.700**
VALOR MORA:	**$ 0**
TOTAL PAGADO:	**$ 664.700**