CxP 136926 (30)

República de Colombia Ministerio de Igualdad y Equidad 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:**	6	**Total de pagos**	11
				¿Pago Final?	NO

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRATISTA / EJECUTOR

Ciudad	Bogotá	**Fecha de presentación(dd-mm-año)**	3/8/2026		
Nombres ó Razón Social:	DANIEL MORA HERRERA	**Identificación:**	**Cédula de Ciudadanía**		1.020.728.599
Teléfono	316 3091217	**Correo electrónico**	dannysoma999@gmail.com		

INFORMACION DEL CONTRATO

No Contrato	**097**	**Mes a pagar o fracción de mes a pagar:**	**Mes**	Julio				
			En caso de fracción indicar el número de días a pagar					
No CDP	**3726**	**No RP**	**9826**	**Valor del RP:**	**$**	**49.604.069**	**Valor pendiente por pagar:**	**$ 22.754.160**
Fecha del contrato	14/1/2026	**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

Prestar servicios profesionales a la Subdirección de Promoción y Desarrollo para la producción y posproducción de los contenidos y piezas audiovisuales del grupo interno de trabajo de entorno accesibles.

INFORMACIÓN FINANCIERA DEL CONTRATO O CONVENIO

VALOR A PAGAR EN ESTE MES	**Valor antes IVA**	**$ 4.550.832**
	IVA	**$ -**
	Valor total	**$ 4.550.832**

Valor inicial contrato	$ 50.059.152
Adición (en el caso de que aplique)	$ -
Reducción (indicar el valor mencionado en el acto administrativo)	$ 455.083
Valor Total:	$ 49.604.069
Total Ejecutado	$ 26.849.909
Saldo	$ 22.754.160
Porcentaje de Ejecución	
Porcentaje de Ejecución física	54%
Porcentaje de Ejecución presupuestal	54%

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
$ 4.095.749	$ 4.550.832	$ 4.550.832	$ 4.550.832	$ 4.550.832	
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**

VERIFICACIÓN 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**
$ 1.820.333	I	$ 227.542	$ 291.253	$ 9.502	N.A.	$ 528.296,99
VALORES PAGADOS (Registrar manualmente)		$ 227.600	$ 291.300	$ 9.600	$ 0	$ 528.500,00
Nombre de la entidad a la que se le hace el aporte (registrar manualmente)		Sanitas	Porvenir	Colmena	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___

4/8/26, 12:52 p.m. Sticker web

Destino: S/G - GESTION DOCUMENTAL

INSOR *20262600008062

No. 20262600008062

Fecha Radicado: 04-AUG-2026 12:52 PM

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 planila No. 6023244012, corresponde al pago del mes de Junio del contrato de prestación de servicios No.097 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 juridicas).

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 ☐ 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 OBLIGACION											VERIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DEL SUPERVISOR
			ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	
1. Apoyar la planeación y ejecución de las etapas de preproducción, producción y posproducción de contenidos audiovisuales accesibles, asegurando el cumplimiento de los estándares técnicos y de accesibilidad establecidos por el INSOR.	Grabación 1 de Julio A120C275_260701_J39Y.MP4 A120C289_260701_J39Y.MP4 Grabación 6 de Julio A150C155_260701_J39Y.MP4 A150C160_260701_J39Y.MP4	https://drive.google.com/file/d/10weN6U0w5_JWS9LdPI8Rkmq5B-q-YGs_/view?usp=drive_link https://drive.google.com/file/d/1UyEONeOVAq2STj_97YroOOY-RPZRKCno/view?usp=drive_link https://drive.google.com/file/d/13RC9sDsdt1lp4G0NoskxFicXXgby_XF4/view?usp=drive_link https://drive.google.com/file/d/1H3-tYiX8Mgor5fUr0y8CJ7N4rYGZFrzt/view?usp=drive_link	-	x	x	x	x	x	x						Se verifica la entrega de todos los soportes y/o evidencias de la actividad, correspondiente a esta obligación.Los archivos reposan en la carpeta compartida de contratista y supervisor.

	Ajustes Módulo 4 Expedición Ciudadana Diapositiva 57 alpha.gif Diapositiva 61 fx.gif Diapositiva 81 alpha fx.gif Cambio de Formato Fotos Paula 1.jpg 2.jpg 3.jpg 4.jpg Gifs adicionales Expedición Ciudadana Entorno Justicia.gif Entorno salud.gif	https://drive.google.com/file/d/1VAyUpXBid8B7Zku48vdVg2VB9PgBE8bn/view?usp=drive_link https://drive.google.com/file/d/1Jnr1pdL1KWc-EUh41da_MiXOQ/RHzFfE_/view?usp=drive_link https://drive.google.com/file/d/1i4mBYOwYztswvQMHPpOP3SpcHE2MzSQo/view?usp=drive_link https://drive.google.com/file/d/1tWkKyfuZD4PIF2fuIF5IPk5C2gj2uSbA/view?usp=drive_link https://drive.google.com/file/d/1hBWHp1foPYLZvFs7R0kWetMUod_QkTyW/view?usp=drive_link https://drive.google.com/file/d/1VW5Dtn1Dn813Dc4MiSLy2qjNM-KQzajQ/view?usp=drive_link https://drive.google.com/file/d/1DbJmH4UJScndJJWNMVuvQagkMJ979W8h/view?usp=drive_link	-	x	x	x	x	x	x			Se verifica la entrega de todos los soportes y/o evidencias de la actividad, correspondiente a esta obligación.Los archivos reposan en la carpeta compartida de contratista y supervisor.
3. Participar en las reuniones y espacios de coordinación relacionados con la producción de contenidos audiovisuales accesibles, aportando observaciones orientadas al mejoramiento de la calidad técnica y comunicativa.	Aniversario INSOR 71 años 2026-07-27 at 7.56.52 AM.jpeg Reunión Post producción DECO 2026-07-21 113324.png	https://drive.google.com/file/d/1eR1Bh2VpMOqgHZ8Wrn_DI5b7cOuqAiOi/view?usp=drive_link https://drive.google.com/file/d/17BGZKEyDvW4g5K6dOFROY2hvVmmke4_-/view?usp=drive_link	-	x	x	x	x	x				Se verifica la entrega de todos los soportes y/o evidencias de la actividad, correspondiente a esta obligación.Los archivos reposan en la carpeta compartida de contratista y supervisor.
4. Participar las demás actividades necesarias para la adecuada ejecución del objeto contractual, conforme a las orientaciones y requerimientos del Grupo Interno de Trabajo de Entornos Accesibles durante la vigencia 2026.	Copia de CERTIFICADO DE APROBACIÓN.pdf Vaupes by DMH fx.wav	https://drive.google.com/file/d/1KKIrGp6wHUqIv4RZUSgmLyHPXicdpRIx/view?usp=drive_link https://drive.google.com/file/d/1DGyhbEFbEhV-Lny1MEVq9qM_gra5u2fn/view?usp=drive_link	-	x	x	x	x	x	x			Se verifica la entrega de todos los soportes y/o evidencias de la actividad, correspondiente a esta obligación.Los archivos reposan en la carpeta compartida de contratista y supervisor.

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 CINCUENTA MIL OCHOCIENTOS TREINTA Y DOS PESOS M/CTE ($4.550.832)

VALOR CON IVA INCLUIDO	4.550.832
VALOR EN LETRAS	CUATRO MILLONES QUINIENTOS CINCUENTA MIL OCHOCIENTOS TREINTA Y DOS PESOS M/CTE

Martha Lenis

FIRMA DEL SUPERVISOR

NOMBRE DEL SUPERVISOR: MARTHA CECILIA LENIS CAJIAO

CARGO: Profesional Especializado Código 2028 Grado 14

C.C: 66.860.635 **Correo electrónico:martha.lenis@insor.gov.co**

Daniel Mora Herrera.

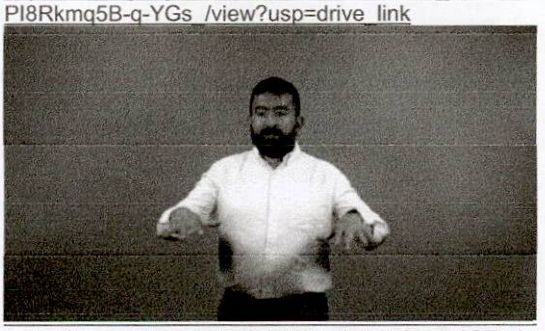
FIRMA DEL CONTRATISTA BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO

NOMBRE DEL CONTRATISTA: DANIEL MORA HERRERA

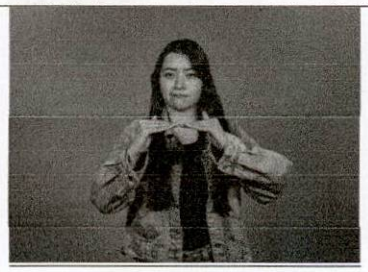
Correo personal: dannysoma999@gmail.com

C.C: 1.020.728.599

Documento de evidencias - Pago 06 julio
Contrato N°097 de 2026
Daniel Mora Herrera

Obligación Contractual	Actividades	Productos
1. Contribuir al diseño y elaboración de contenidos audiovisuales, en las fases de producción y postproducción, garantizando la incorporación de parámetros técnicos actualizados para promover el acceso a la información por parte de la población sorda; utilizando herramientas propias y asegurando su funcionalidad técnica y ajustes racionales requeridos.	Grabación 1 de Julio A120C275_260701_J39Y.MP4	 https://drive.google.com/file/d/10weN6U0w5_JWS9LdPI8Rkmq5B-q-YGs_/view?usp=drive_link
	A120C289_260701_J39Y.MP4	 https://drive.google.com/file/d/1UyEONeOVAg2STj_97YroOOY-RPZRKCno/view?usp=drive_link
	Grabación 6 de Julio A150C155_260701_J39Y.MP4	 https://drive.google.com/file/d/13RC9sDsdt1Ip4G0NoskxFicXXgbv_XF4/view?usp=drive_link

	A150C160_260701_J39Y.MP4	 https://drive.google.com/file/d/1H3-tYiX8Mgor5fUr0y8CJ7N4rYGZFrzt/view?usp=drive_link
2. Brindar apoyo en la captura, edición y entrega de material audiovisual y fotográfico requerido por la Subdirección de Promoción y Desarrollo, cumpliendo con los lineamientos establecidos por el INSOR.	Ajustes Módulo 4 Expedición Ciudadana Diapositiva 57 alpha.gif	 https://drive.google.com/file/d/1VAyuBXBid8B7Zku48vdVg2VB9PgBE8bn/view?usp=drive_link
	Diapositiva 61 fx.gif	 https://drive.google.com/file/d/1Jnr1pdL1KWc-EUh4Ida_MjXOQ/RHzFfE_/view?usp=drive_link
	Diapositiva 81 alpha fx.gif	 https://drive.google.com/file/d/1i4mRY0wYztswvQMHPpOP35pcHE2MzSQo/view?usp=drive_link

	Cambio de Formato Fotos Paula 1.jpg	 https://drive.google.com/file/d/1tWkKyfuZD4PIF2fuIF5IPk5C2qj2uSbA/view?usp=drive_link
	2.jpg	 https://drive.google.com/file/d/1hBWHp1foPYLZvFs7R0kWetMUod_QkTyW/view?usp=drive_link
	3.jpg	 https://drive.google.com/file/d/1VW5Dtn1Dn813Dc4MiSLy2qjNM-KQzajQ/view?usp=drive_link
	4.jpg	 https://drive.google.com/file/d/1DbJmH4UJScnd3JWNMVuvQagkMJ979W8h/view?usp=drive_link

	Gifs adicionales Expedición Ciudadana Entorno Justicia.gif Entorno salud.gif	 https://drive.google.com/file/d/1fUF5U-IEu2EgPDSz0QgaKiDvAd8OgQ4w/view?usp=drive_link  https://drive.google.com/file/d/1Zh6dzUft0BoIKZYywOxoHKW5y1MxIFxT/view?usp=drive_link
3. Participar en las reuniones y actividades de la Subdirección de Promoción y Desarrollo asociadas a los procesos *contractuales en los que sea* requerido.	Aniversario INSOR 71 años 2026-07-27 at 7.56.52 AM.jpeg *Reunión Post producción* DECO 2026-07-21 113324.png	 https://drive.google.com/file/d/1eR1Bh2VpMOggHZ8Wrn_Dl5b7cOuqAiOi/view?usp=drive_link  https://drive.google.com/file/d/17BGZKEyDvW4g5K6dOFROY2hvVmmke4_-/view?usp=drive_link

4. Colaborar en cualquier otra actividad necesaria para la ejecución satisfactoria del objeto contractual, conforme a las necesidades que se presenten durante el desarrollo del contrato.	Copia de CERTIFICADO DE APROBACIÓN.pdf	 https://drive.google.com/file/d/1KKIrGp6wHUgIv4RZUSgmLvHPXicdpRlx/view?usp=drive_link
	Vaupés by DMH fx.wav	https://drive.google.com/file/d/1DGyhbEFbEhV-Lnv1MEVq9qM_gra5u2fn/view?usp=drive_link

República de Colombia
Ministerio de Igualdad y Equidad

INSOR
Instituto Nacional para Sordos

INSTITUTO NACIONAL PARA SORDOS

CERTIFICA QUE:

Daniel Mora Herrera

DE LA DEPENDENCIA:

Subdirección de Promoción y Desarrollo

ASISTIÓ Y PARTICIPÓ EN LA JORNADA DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN CON UN PUNTAJE DE:

96

FECHA: 23-06-2026

JOHANA M. CAMARGO R.

Grupo de Gestión del Talento Humano

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1020728599
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			DANIEL MORA HERRERA
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CARRERA 29#39 -57	TELÉFONO:	1000000
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otros trabajos de edición.
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA					
NÚMERO PLANILLA:	6023244012		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):	2026/07/07		NÚMERO AUTORIZACIÓN:	460312347	

NOVEDADES

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

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8002248088	230301	230301-PORVENIR	1	$ 291.300
		SUBTOTAL:	1	**$ 291.300**
SALUD				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8002514406	EPS005	EPS005-SANITAS S.A	1	$ 227.600
		SUBTOTAL:	1	**$ 227.600**
RIESGOS PROFESIONALES				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8002261753	14-25	14-25-COLMENA	1	$ 9.600
		SUBTOTAL:	1	**$ 9.600**

VALOR SIN MORA:	**$ 528.500**
VALOR MORA:	**$ 0**
TOTAL PAGADO:	**$ 528.500**

Planilla Pagada