CxP 21226

	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:	Subdirección de Gestión Educativa	**Pago No:**	1	**Total de pagos**	12
				¿Pago Final?	NO

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRATISTA / EJECUTOR

Ciudad	BOGOTÀ	Fecha de presentación(dd-mm-año)		2/02/2026	
Nombres ó Razón Social:	ALEXANDRA CORDOBA HEREDIA	Identificación:		Cédula de Ciudadanía	67.023.948 de Cali
Teléfono	3152419152	Correo electrónico			cordobaheredíaalexandra@gmail.com

INFORMACIÓN DEL CONTRATO

		Mes	Enero				
No Contrato	076 - 2026	**Mes a pagar o fracción de mes a pagar:**	**En caso de fracción indicar el número de dias a pagar**	15 DÍAS			
No CDP	**10026**	**No RP**	**7126**	**Valor del RP:**	**$ 52.341.300**	**Valor pendiente por pagar:**	**$ 49.962.150**
Fecha del contrato	15/1/2026	**Fecha de acta de inicio:**	16/1/2026	**Fecha de terminación (Se debe tener en cuenta las prórrogas, si hay lugar a ello)**		15/12/2026	
						Desde (D/M/A)	**Hasta (D/M/A)**
Responsabilidad del Contribuyente DIAN	Responsabilidad 49 - No responsable de IVA	**Novedades del periodo a pagar**	Sin novedades				

OBJETO DEL CONTRATO

Prestar servicios profesionales para brindar asistencia técnica a las instituciones de educación superior de los departamentos focalizados, incorporando el enfoque de interseccionalidad y las particularidades del territorio, con el fin de fortalecer los procesos educativos de la población sorda.

INFORMACIÓN FINANCIERA DEL CONTRATO O CONVENIO

VALOR A PAGAR EN ESTE MES	**Valor antes IVA**	**$ 2.379.150**
	IVA	**$ -**
	Valor total	**$ 2.379.150**

Valor inicial contrato	**$ 52.341.300**
Adición (en el caso de que aplique)	**$ -**
Reducción (indicar el valor mencionado en el acto administrativo)	**$ -**
Valor Total:	**$ 52.341.300**
Total Ejecutado	**$ 2.379.150**
Saldo	**$ 49.962.150**
Porcentaje de Ejecución	
Porcentaje de Ejecución física	5%
Porcentaje de Ejecución presupuestal	5%

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
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) MÍNIMOS SOBRE EL PAGO MENSUAL

IBC 40% VALOR PAGO	TARIFA DE RIESGOS LABORALES	SALUD	PENSIÓN	ARL	FSP	TOTAL
$ 951.660,00	I	$ 0,00	$ 0,00	$ 0,00	N.A.	$ 0,00
VALORES PAGADOS (Registrar manualmente)		CERTIFICADO AFILIACIÓN	CERTIFICADO AFILIACIÓN	CERTIFICADO AFILIACIÓN	$ 0,00	$ 0,00
Nombre de la entidad a la que se le hace el aporte (registrar manualmente)		COMPENSAR EPS	COLPENSIONES	COLMENA	N.A.	
PERIODO DE PAGO		N/A	N/A	N/A	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 trámitar 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 exporádica 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 cumplimeinto de sus obligaciones con el sistema de seguridad soscial 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 Intergal, en lo que respecta especificamente 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 se adjuntan certificados de afiliacion del contrato de prestación de servicios No. 076 suscrito con el Instituto Nacional para Sordos-INSOR. (Esto solo aplica para pesonas naturales).

Declaro bajo la gravedad de juramento estar al dia 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 juridicas).

Destino: SG - GESTION DOCUMENTAL

INSOR *20262600000522*

No. 20262600000522
Fecha Radicado: 04-FEB-2026 03:01 PM
Nombre Radicador: LADY BIBIANA GAR
Anexos: 1.

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	NO	**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)	SI	**Certificado por prestamo para adquisicion de vivienda** (Año anterior)	NO	**Entidad a consignar los valores correspondientes a Pensiones voluntarias o AFC**	
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)	
Facturación Electrónica	NO	**Es pensionado**	NO	**Certificación de pago de parafiscales** (personas jurídicas)	

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 ☐ 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. ☑ 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. Brindar asistencia técnica a las instituciones de educación superior de los departamentos priorizados, orientada a fortalecer la atención de la población sorda en el nivel de educación terciaria.	**1.1** El 28 de enero, realicé revisión a los pesos y consolidación de preguntas para el análisis de la línea base desde la información de la lista de chequeo de educación superior y su actualización de acuerdo a la armonización con los demás proceso del grupo de trabajo.	**1.1.1** Ajuste lista de chequeo **1.1.2** Soporte de envío lista chequeo	x												Se verificaron las evidencias entregadas por la contratista, corroborando que corresponden a lo descrito y dan cuenta del inicio de la ejecución de la obligación.
2. Ejecutar procesos de seguimiento y acompañamiento a las instituciones de educación superior que recibieron asistencia en la vigencia anterior, con el propósito de robustecer su capacidad de ofrecer una atención integral y pertinente a la población sorda, priorizando el componente de educación terciaria.	**2.1** El 28 de enero, por medio de la revisión de actas y notas de asesorías de asistencia técnica a Instituciones de educación superior de la vigencia 2025, consolidé información referente a las principales barreras identificadas en los avances de los 4 aspectos: Contexto institucional, acceso, permanencia y graduación para el fortalecimiento a la educación superior para las personas sordas, como insumo para la proyección de las asesorías de la vigencia 2026.	**2.1.1** Barreras Educación Superior **2.1.2** Soporte de envío barreras Educación Superior.	x												Se verificaron las evidencias entregadas por la contratista, corroborando que corresponden a lo descrito y dan cuenta del inicio de la ejecución de la obligación.
3. Aportar en la construcción del tercer documento para la atención educativa de estudiantes sordos, integrando acciones de implementación, socialización y análisis del grado de apropiación del enfoque de interseccionalidad en el ámbito educativo.	**3.1** el 22 de enero asistí a reunión de trabajo que tuvo por objetivo: Retomar acciones para el índice de interseccionalidad para la vigencia 2026, en la cuál se consolidó la estratégia de actualización del Índice de vulnerabilidad interseccional.	**3.1.1** Memoria interseccionalidad inicio													Se verificaron las evidencias entregadas por la contratista, corroborando que corresponden a lo descrito y dan cuenta del inicio de la ejecución de la obligación.
	3.2 El 23 de enero asistí a reunión con el equipo de trabajo de interseccionalidad que tuvo como objetivo revisar las preguntas del círculo de inclusión que hace parte de la actualización de la herramienta Índice de Vulnerabilidad Interseccional que está previsto para trabajarse en el año 2026.	**3.2.1** Memoria													
	3.3 El 24 de enero realicé la revisión individual de las preguntas que derivaron de la reunión del 23 de enero sobre el círculo de inclusión para las entidades territoriales, de acuerdo con los compromisos adquiridos con el equipo, esto servirá como insumo de la reunión que posteriormete se llevaría a cabo para la definición y consolidación de revisiones del grupo.	**3.3.1** Revisión de preguntas **3.3.2** Soporte de envío preguntas interseccionalidad	x												
	3.4 El 27 de enero asistí a reunión con el equipo de trabajo de interseccionalidad para realizar los ultimos ajustes a las preguntas del Índice de vulnerabilidad interseccional y del círculo de inclusión para las entidades territoriales como parte de la estratégia de socialización del documento 2 de interseccionalidad para la presente vigencia.	**3.4.1** Memoria **3.4.2** Preguntas ajustadas **3.4.3** Soporte de envío ajuste de preguntas interseccionalidad													

4. Participar en la actualización de la ruta para garantizar trayectorias educativas completas de las personas sordas, mediante la vinculación a procesos de capacitación, la gestión de PQRSD y la atención de los requerimientos relacionados con el objeto contractual.	**4.1** El 22 de Enero, participé en reunión de equipo de trabajo que tuvo por objetivo establecer los criterios para el cumplimiento de la recolección y análisis de información de la línea base de la ruta para la garantía de trayectorías completas en educación para las personas sordas.	**4.1.1** Memoria línea base		Se verificaron las evidencias entregadas por la contratista, corroborando que corresponden a lo descrito y dan cuenta del inicio de la ejecución de la obligación.
	4.2 El 26 de Enero, realicé mi plan de trabajo individual con acciones personales que aportarán al cumplimiento de las metas generales del grupo Fortalecimiento y Gestión de Saberes sobre las acciones de asesoría y asistencia técnica para la garantía de trayectorías educativas completas en educación de las personas sordas para la vigencia 2026.	**4.2.1** Soporte de envío plan	x	
	4.3 El 26 de Enero, participé en reunión de equipo de trabajo que tuvo por objetivo:analizar y proyectar las acciones que desde el grupo FOGES se van a desarrollar como el equipo.	**4.3.1** Memoria		

OBSERVACIONES ADICIONALES:

Por lo anterior, autorizo el pago por valor de: DOS MILLONES TRESCIENTOS SETENTA Y NUEVE MIL CIENTO CINCUENTA PESOS M/CTE ($2.379.150)

VALOR CON IVA INCLUIDO	**2.379.150**
VALOR EN LETRAS	**DOS MILLONES TRESCIENTOS SETENTA Y NUEVE MIL CIENTO CINCUENTA PESOS M/CTE**

FIRMA DEL SUPERVISOR

NOMBRE DEL SUPERVISOR: Inés Esther Díaz

CARGO: Coordinadora del grupo de Fortalecimiento y Gestión de Saberes

C.C: 52384828

Correo electrónico: esther.diaz@insor.gov.co

FIRMA DEL CONTRATISTA BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO

NOMBRE DEL CONTRATISTA: ALEXANDRA CORDOBA HEREDIA

Correo personal: cordobaherediaalexandra@gmail.com

C.C: 67.023.948 de Cali

compensar | salud eps

EL PROGRAMA DE EPS DE LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR
NIT 860.066.942-7

CERTIFICA QUE

Que el(la) señor(a) ALEXANDRA CORDOBA HEREDIA identificado(a) con Cedula Ciudadania 67023948, se encuentra Activo en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar como cotizante Independiente contrato de prestación según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro
20241001	No Registrada

Beneficiarios:

Nombre Beneficiario	Paren.	Identificación	Tipo de Identificación	Fecha de Afiliación	Fecha de Retiro	Estado Afiliación
SOFIA SANCHEZ CORDOBA	HI	1006109077	CC	20221031	No Registrada	Activo

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 2 días del mes de Febrero de 2.026

Observaciones:

Con destino a:
A QUIÉN CORRESPONDA

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS, cualquier aclaración con gusto será atendida en la línea (601) 4441234 - Documento no válido como autorización de traslado ni aclaración de multiafiliación en el SGSSS..

Cordialmente,
COMPENSAR EPS.

Elaboró: PORTAL CORPORATIVO CER-AFI
31390189

Vigilado Supersalud
Vigilado Supersubsidio

Colpensiones

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **ALEXANDRA CORDOBA HEREDIA** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **67023948,** se encuentra afiliado/a desde **01/08/2021** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 02 de febrero de 2026.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

Nota: Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
HACIENDA
Secretaría de Hacienda

DIRECCIÓN DE IMPUESTOS DE BOGOTÁ
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT
INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

Fecha:02/02/2026

CONTRIBUYENTE	C.C. 67023948	ALEXANDRA CORDOBA HEREDIA

INFORMACIÓN BÁSICA

Dirección: CL 70 A BIS 68 F 45 Teléfonos:

Dirección electrónica: cordobaherediaalexandra@g Ciudad: BOGOTÁ DC Municipio: BOGOTÁ, D.C.

Fecha de Inscripción: 28/02/2018 Soporte Inscripción: -

PERFIL TRIBUTARIO

Naturaleza Jurídica: PERSONA NATURAL Régimen tributario: COMUN Fecha desde: 10/01/2014

Matrícula Mercantil:NO Fecha inicio de Actividades: 07/11/2014 Fecha de cese de Actividades: NO No. Establecimientos: 0

Actividad 1: 70101 - Actividades de administraciÃ³n empresarial como consultorÃ-a profesional

Actividad 2: 74901 - Otras actividades profesionales, científicas y técnicas n.c.p. como consultoría profesional (incluye actividades de periodistas)

Actividad 3: 8544 - Educación de universidades

Actividad 4:

Actividad 5:

ESTABLECIMIENTOS ACTIVOS

REPRESENTANTES ACTIVOS

Señor Contribuyente: Esta es la información suministrada por usted y registrada en la Secretaria de Hacienda Distrital.

Fuente: RIT-SHD

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14971428855

(415)7707212489984(8020) 000001497142885 5

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
6 7 0 2 3 9 4 8	1	Impuestos de Bogotá 3 2	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	6 7 0 2 3 9 4 8	

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	1 6 9	Valle del Cauca 7 6	Cali 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
CORDOBA	HEREDIA	ALEXANDRA	

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

41. Dirección principal: CL 70 A BIS 68 F 45

42. Correo electrónico: cordobaherediaalexandra@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 1 5 2 4 1 9 1 5 2	

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
7 4 9 0	2 0 1 0 0 7 1 4	7 0 1 0	2 0 1 0 0 7 1 4		8 5 4 4			

Responsabilidades, Calidades y Atributos

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código	5	2	2	4	9																					

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

22- Obligado a cumplir deberes formales a

49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54. Código										
	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores

55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
		57. Modo			
		58. CPC			

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre CORDOBA HEREDIA ALEXANDRA

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DAVIVIENDA

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICADO

ABEJORRAL, **02/02/2026**
ANTIOQUIA,
COLOMBIA,
A quién interese

Por medio de la presente hacemos constar que **el señor ALEXANDRA CORDOBA HEREDIA** con **Cédula de Ciudadanía** número **67023948**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS

Número	**466600011756**
Fecha de apertura	**23/04/2013**

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

CERTIFICACIÓN DE AFILIACIÓN

Colmena Seguros se permite certificar que el(la) trabajador(a) mencionado(a) a continuación se encuentra afiliado(a) a esta administradora, bajo los siguientes datos:

NOMBRE:	CORDOBA HEREDIA ALEXANDRA
IDENTIFICACIÓN:	CC 67023948
INICIO VIGENCIA:	16/01/2026
FECHA INICIO CONTRATO:	16-01-2026
FECHA FIN CONTRATO:	30-12-2026
TIPO DE TRABAJADOR:	Independiente
SEDE:	ADMINISTRATIVO
CLASE:	1
TASA:	0,522
CODIGO ACTIVIDAD ECONOMICA DEL TRABAJADOR:	1841201
DESCRIPCION ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades ejecutivas de la administración pública, incluye el desempeño de las funciones gubernamentales de carácter ejecutivo, desarrolladas por los órganos y organismos centrales, regionales y loc (Decreto 768 de 2022)

DATOS CONTRATANTE

CONTRATANTE:	INSTITUTO NACIONAL PARA SORDOS INSOR
CC /NIT:	NI 860016627
CONTRATO:	1053325
ESTADO ACTUAL CONTRATO:	VIGENTE
CODIGO ACTIVIDAD ECONOMICA DEL CENTRO DE TRABAJO:	1841201
DESCRIPCION ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades ejecutivas de la administración pública, incluye el desempeño de las funciones gubernamentales de carácter ejecutivo, desarrolladas por los órganos y organismos centrales, regionales y loc (Decreto 768 de 2022)

La presente se expide a los 03 días del mes de febrero del año 2026.

Cualquier información adicional que se requiera sobre los datos contenidos en el presente documento, no dude en consultarla a través de nuestra Línea Efectiva 01-8000-9-19667 gratis a nivel nacional o al teléfono 6014010447 en Bogotá.

Cordialmente,

Gerente de Servicio

Colmena Seguros

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
Colmena Seguros de Vida S.A. | Colmena Seguros de Riesgos Laborales S.A.

El presente documento fue expedido desde el portal de Internet de **Colmena Seguros**, el día 03/02/2026 14:25:50. Las operaciones realizadas a través de la página de Internet de **Colmena Seguros**, se rigen por los términos y condiciones de uso de esta página, por las normas del Código de Comercio y por la ley 527 de 1999 y por lo tanto, tienen plena validez jurídica.