C×P 34626 (86)

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:	Oficina de Comunicaciones	**Pago No:**	1	**Total de pagos**	11
				¿Pago Final?	NO

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRATISTA / EJECUTOR

Ciudad	Bogotá D.C.	**Fecha de presentación(dd-mm-año)**	2/3/2026		
Nombres ó Razón Social:	Lilia Alexandra Cerón Hernández	**Identificación:**	**Cédula de Ciudadanía**		1015423528
Teléfono	3202481217	**Correo electrónico**	fanxrusso336@gmail.com		

INFORMACIÓN DEL CONTRATO

No Contrato	031	**Mes a pagar o fracción de mes a pagar:**	**Mes**	Febrero				
			En caso de fracción indicar el número de días a pagar	27				
No CDP	**10726**	**No RP**	**9726**	**Valor del RP:**	**$**	**50.059.152**	**Valor pendiente por pagar:**	**$ 46.053.403**
Fecha del contrato	2/2/2026	**Fecha de acta de inicio:**	2/2/2026		**Fecha de terminación (Se debe tener en cuenta las prórrogas, si hay lugar a ello)**		31/12/2026	
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

ObjetoPrestar los servicios profesionales a la gestión de comunicaciones del INSOR, mediante el diseño y desarrollo de piezas gráficas que fortalezcan la identidad visual institucional y la difusión de los mensajes estratégicos de la entidad, garantizando la aplicación del manual de imagen institucional y la accesibilidad en los productos comunicativos.

INFORMACIÓN FINANCIERA DEL CONTRATO O CONVENIO

VALOR A PAGAR EN ESTE MES	**Valor antes IVA**	**$ 4.005.749**
	IVA	**$ -**
	Valor total	**$ 4.005.749**

Valor inicial contrato	**$ 50.059.152**
Adición (en el caso de que aplique)	**$ -**
Reducción (indicar el valor mencionado en el acto administrativo)	**$ -**
Valor Total:	**$ 50.059.152**
Total Ejecutado	**$ 4.005.749**
Saldo	**$ 46.053.403**
Porcentaje de Ejecución	
Porcentaje de Ejecución fisica	8%
Porcentaje de Ejecucion presupuestal	8%

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
$ 1.750.905	I	$ 218.863	$ 280.145	$ 9.140	N.A.	$ 508.147,65
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	PROTECCION	COLMENA	N/A	
PERIODO DE PAGO	Febrero	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 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___

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. 58891869, corresponde al pago del mes de FEBRERO, del contrato de prestación de servicios No.031 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. _____, 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**	
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 Medicin Prepagada**	NO	**Valor a descontar por AFC o Pensiones Voluntarias** (Indique el valor en numeros)	
Facturación Electrónica	NO	**Es pensionado**			plica

Como contratista persona natural, he vinculado dos (2) o más trabajadores o contratistas asociados a la actividad

Mis ingresos como contratista del Estado superan las 4.000 UVT ($209,496,000)

Destino: SG - GESTION DOCUMENTAL

INSOR *20262600001752*
No. 20262600001752
Fecha Radicado: 04-MAR-2026 11:54 AM
Nombre Radicador: LADY BIBIANA GAR
Anexos: .

Soy responsable de Facturación Electrónica

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)

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 ____

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. Apoyar los procesos de diseño y postproducción de materiales gráficos y audiovisuales generados mediante labores de diagramación, animación y edición, asegurando la calidad visual y accesibilidad de los productos comunicativos.	1.1 Durante la vigencia reportada, Realice plantillas guia requeridas para videos intitucionales	Alexandra Cerón / Evidencias / Febrero / Obligación 1: 1.1.1 Guia 1 1.1.1 Guia 2 1.1.1 Guia 3		X											Las evidencias soportan las actividades ejecutadas e informadas
	1.2 Durante la vigencia reportada, realicé la voz para las producciones audiovisuales requeridas	1.2.1 Voz 1 1.2.2 Voz 2 1.2.3 Voz 3 1.2.4 Voz 4 1.2.5 Voz 5		X											
	1.3 Durante la vigencia reportada, realicé animación para campaña INSOR en medios	1.3.1 Intro INSOR en medios hor 1.3.2 Intro INSOR en medios ver		X											
2. Desarrollar piezas y contenidos gráficos en distintos formatos requeridos para la implementación de la estrategia de comunicaciones institucional, garantizando coherencia con la identidad visual del INSOR.	2.1 Durante el periodo reportado, elaboré el diseño de la nueva linea grafica 2026	Alexandra Cerón / Evidencias / Febrero / Obligación 2: 2.1.1 Propuesta Grafica 2.1.2 Guia linea grafica		X											Las evidencias soportan las actividades ejecutadas e informadas
	2.2 Durante el periodo reportado, elaboré el diseño de Banners, post e historias para los medios de comunicación de la entidad	2.2.1 Aviso pagina 2.2.2 Aviso pagina 2.2.3 CRC 2.2.4 CRC 2.2.5 CRC 2.2.6 CRC 2.2.7 CRC 2.2.8 Democracia 2.2.9 Fusagasuga 2.2.10 Fusagasuga 2.2.11 IDRD 2.2.12 IDRD 2.2.13 INSOR +CNE+CRC 2.2.14 INSOR +CNE+CRC 2.2.15 ley 2562 2.2.16 Ley de garantias 2.2.17 RCN 2.2.18 RCN 2.2.19 RCN 2.2.20 RCN 2.2.21 RCN 2.2.22 Rendicion 2.2.23 Rendicion 2.2.24 Votacion		X											
	2.3 Durante el periodo reportado, elaboré el diseño de piezas infograficas	2.3.1 Elecciones 2.3.2 Sordolimpico 2.3.3 Rendicion de cuentas		X											
	2.4 Durante el periodo reportado, elaboré el diseño de piezas varias según solicitudes requeridas	2.4.1 IMG Perfil equipo 2.4.2 logo en medios 2.4.3 logo en medios ver 2.4.4 Pago Contratistas 2.4.5 Gestión financiera 2.4.6 Personaje Giovanni LOVE		X											
3. Apoyar el registro fotográfico y el cubrimiento gráfico de actividades, encuentros, eventos y demás acciones institucionales o de participación del INSOR, según las necesidades comunicativas de la entidad.	3.1 Durante el periodo reportado, no se se requirio apoyo especifico para esta obligacion contractual.	N/A		X											N/A
4. Disponer y mantener en óptimo funcionamiento los equipos y programas necesarios para la producción y edición de los contenidos audiovisuales y fotográficos requeridos por el INSOR	4.1 Durante la vigencia reportada, dispuse de mis equipos y programas de edicion con el fin de dar cumplimiento a mis obligaciones contractuales.	N/A		X											N/A
5. Ejecutar las demás acciones que sean necesarias o complementarias para el pleno cumplimiento del objeto contractual.	5.1 Durante la vigencia reportada, participe en reuniones correspondientes a temas referentes al funcionamiento comunicativo de la entidad	Alexandra Cerón / Evidencias / Febrero / Obligación 5: 5.1.1 Reunion 2 de febrero 5.1.2 Reunion 12 de febrero 5.1.3 Reunion 16 de febrero 5.1.4 Reunion 23 de febrero													Las evidencias soportan las actividades ejecutadas e informadas
	5.2 Durante la vigencia reportada, realicé el la voz para las producciones audiovisuales requeridas	5.2.1 Voz 1 5.2.2 Voz 2 5.2.3 Voz 3 5.2.4 Voz 4 5.2.5 Voz 5													

OBSERVACIONES ADICIONALES:

Por lo anterior, autorizo el pago por valor de: CUATRO MILLONES CINCO MIL SETECIENTOS CUARENTA Y NUEVE PESOS M/CTE ($4.005.749)

VALOR CON IVA INCLUIDO	**4.005.749**
VALOR EN LETRAS	**CUATRO MILLONES CINCO MIL SETECIENTOS CUARENTA Y NUEVE PESOS M/CTE**

FIRMA DEL SUPERVISOR

NOMBRE DEL SUPERVISOR: Luz Alejandra Barbosa Barazarte

CARGO: SUPERVISOR

C.C: 1032362298, **Correo electrónico: luz.barbosa@insor.gov.co**

FIRMA DEL CONTRATISTA BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO

NOMBRE DEL CONTRATISTA: Lilia Alexandra Cerón Hernández

Correo personal: fenixrusso336@gmail.com

C.C: 1015423528

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	1015423528	LILIA ALEXANDRA CERON HERNANDEZ	CALLE 130 BIS # 57A 51	3202481217	neo.estructurasm@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)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2026-02	2026-02	I	27/02/2026	58891869	$528.500	

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					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	227.600	0		0		0	0	0	0	227.600	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	291.300	0	0	0	0	0	0		291.300	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	9.600				9.600	0	0	9.600			96	9.600	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

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	227.600	227.600
Pensión	1	291.300	291.300
Riesgos Laborales	1	9.600	9.600
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	528.500	528.500

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
CC	1015423528	LILIA ALEXANDRA CERON HERNANDEZ		CALLE 130 BIS # 57A 51	3202481217	neo.estructurasm@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	**CLASE APORTANTE**	**NOMBRE SUCURSAL**	**CÓDIGO**	**DEPARTAMENTO**	**CIUDAD / MUNICIPIO**	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ. D.C.	

EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2026-02	2026-02	I	27/02/2026	58891869	$528.500	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Estrangiero	Colom. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1015423528	CERON HERNANDEZ LILIA ALEXANDRA	59	0			N	R						X										230201	1.820.333	291.300	0	0	0	0	EPS005	1.820.333	227.600	14-25	1.820.333	1	9.600		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141159449621

(415)7707212489984(8020) 000014115944962 1

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

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
CERON	HERNANDEZ	LILIA	ALEXANDRA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla
FENIXRUSSO	FENIX

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 130 BIS # 57 A - 51 CA 11

42. Correo electrónico: fenixrusso336@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
1 1 1 1 1 1	5 2 7 8 4 1 2	3 2 0 2 4 8 1 2 1 7

CLASIFICACIÓN

Actividad económica					Ocupación	
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código 1 / 2	51. Código	52. Número establecimientos
8 2 9 9	2 0 0 9 1 0 2 3	7 3 1 0	2 0 0 9 1 0 2 3	7 4 9 0		

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código: 5 4 9

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros	Exportadores
54. Código (1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 / 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20)	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 ☐ 60. No. de Folios: ☐

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

985. Cargo

EN TRAMITE DOCUMENTO SIN COSTO

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:13/11/2025

CONTRIBUYENTE	C.C. 1015423528	LILIA ALEXANDRA CERON HERNANDEZ

INFORMACIÓN BÁSICA

Dirección: CL 167 62 55 CA 42 Teléfonos: 3202481217

Dirección electrónica: fenixrusso336@gmail.com Ciudad: BOGOTÁ DC Municipio: BOGOTÁ, D.C.

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

PERFIL TRIBUTARIO

Naturaleza Jurídica: PERSONA NATURAL Régimen tributario: PREFERENCIAL ICA Fecha desde: 23/10/2009

Matrícula Mercantil:NO Fecha inicio de Actividades: 23/10/2009 Fecha de cese de Actividades: NO No. Establecimientos: 0

Actividad 1: 7310 - Publicidad

Actividad 2: 8299 - Otras actividades de servicio de apoyo a las empresas n.c.p.

Actividad 3:

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.

Kr 30 25 90 Dirección Distrital de Impuestos Bogota D.C. Colombia

Fuente: RIT-SHD

Version 2.02

Certificado
Bancario

Martes, 16 de diciembre de 2025

A quien pueda interesar

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que LILIA ALEXANDRA CERON HERNANDEZ identificado(a) con CC 1015423528, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA DE AHORROS	12245097661	2008/10/03	ACTIVA

*Importante: Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia los siguientes números: Medellín - Local: (60-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (60-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (60-5) 361 88 88 - Cali - Local: (60-2) 554 05 05 - Resto del país: 01800 09 12345. Sucursales Telefónicas en el exterior: España (34) 900 995 717 - Estados Unidos (1) 1 866 379 97 14.

Catalina Cortés Uribe.
Gerente Servicios Contact Center & BPO.

Bancolombia

VIGILADO SAACOLOMBIA S.A. Establecimiento Bancario