CXP 140226 (59)

Sticker web
4/8/26, 8:10 a.m.
Destino: SG - GESTION DOCUMENTAL
*20262600007722
INSOR
No. 20262600007722
Fecha Radicado: 04-AUG-2026 08:10 AM
Nombre Radicador: LADY BIBIANA ISAR
Anexos: -

	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
po:	Oficina de Comunicaciones	Pago No:	6	Total de pagos	11	
				¿Pago Final?	NO	

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRATISTA / EJECUTOR

	Bogotá D.C.	Fecha de presentación(dd-mm-año)	3/8/2026		
	Lilia Alexandra Cerón Hernández	Identificación:	Cédula de Ciudadanía	1015423528	
	3202481217	Correo electrónico	fenixrusso336@gmail.com		

INFORMACIÓN DEL CONTRATO

	031	Mes a pagar o fracción de mes a pagar:	Mes	Julio				
			En caso de fracción indicar el número de días a pagar					
	10726	No RP	9726	Valor del RP:	$ 50.059.152	Valor pendiente por pagar:	$ 23.209.233	
	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		
ente 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 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	$ 4.550.832	
	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)	$ -
Valor Total:	$ 50.059.152
Total Ejecutado	$ 26.849.919
Saldo	$ 23.209.233
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
$ 4.095.759	$ 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**

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
$ 1.820.333	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 EPS	COLPENSIONES	COLMENA	N/A	
PERIODO DE PAGO	Julio	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 especificamente 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 aste 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. 93728774, corresponde al pago del mes de JULIO, del contrato de prestación de servicios No.031 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. 031, 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 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)	No Aplica

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)

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)

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, realicé la voz, tomas e insumos para las producciones audiovisuales requeridas	Alexandra Cerón / Julio 2026 / Evidencias / Obligación 1 1.2.1 Voz 1.mp4 1.2.2 Voz 2.mp4 1.2.3 Voz 3.mp4 1.2.4 Voz 4.mp4 1.2.5 Voz 5.mp4 1.2.6 Voz 6.mp4 1.2.7 Voz 7.mp4 1.2.8 Voz 8.mp4 1.2.9 Voz 9.mp4 1.2.10 Voz 10.mp4 1.2.11 Cambio de interprete.png 1.2.12 Carolina Ramos.png 1.2.13 Carolina Ramos.png 1.2.14 transición corta .mp4 1.2.15 Diego.png 1.2.16 Fallas fijo.JPG 1.2.17 fallas final.mp4 1.2.18 Fondo interprete 1.png 1.2.19 Fondo interprete 2.png 1.2.20 Fondo lateral.png 1.2.21 Fondo.png 1.2.22 Giovani.png 1.2.23 Intro horizontal.mp4 1.2.24 Luz.png 1.2.25 Mafe.png 1.2.26 marca derecha.png 1.2.27 marca izquierda.png 1.2.28 Pieza horizontal.png 1.2.29 plantilla presentación fondo.png 1.2.30 plantilla presentación sin fondo.png 1.2.31 Tiempo.mp4 1.2.32 Intro vertical.mp4		X	X	X	X	X	X						Las evidencias soportan las actividades ejecutadas e informadas
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 PDFs correspondientes a solicitudes requeridas	**Alexandra Cerón / Julio 2026 / Evidencias / Obligación 2:** **2.1.1 Empalme de Gobierno 2023-2026.pdf** **2.1.2 Manual institucional de 2026-2.pdf** **2.1.3 Plantilla Diploma** **2.1.4 Preguntas.pdf** **2.1.5 Presentación linea grafica interna.pdf**		X	X	X	X	X	X						Las evidencias soportan las actividades ejecutadas e informadas
	2.2 Durante el periodo reportado, elaboré el diseño de piezas para campañas de fondo de pantalla	2.2.1 Auto regulación.png 2.2.2 PROTECTOR DE ESCRITORIO - AGOSTO.png 2.2.3 FONDO DE ESCRITORIO - AGOSTO.png 2.2.4 Transparencia.png 2.2.5 Protector.png 2.2.6 Fondo transparencia.png 2.2.7 robot QR autoregulacion.png 2.2.8 QR Autoregulación.png 2.2.9 QR Transparencia.png 2.2.10 robot.png		X	X	X	X	X	X						
	2.3 Durante el periodo reportado, elaboré el diseño de Infografías, post e historias correspondiente a solicitudes enviadas	2.3.1 71 años insor.png 2.3.2 Historia (1).png 2.3.3 Historia transmision.png 2.3.4 Live post.png 2.3.5 Medición FURAG 2025.png 2.3.6 Plantilla Historia Naranja.png 2.3.7 Plantilla historia Rosa.png 2.3.8 Plantilla historia Verde.png 2.3.9 Plantilla Naranja.png 2.3.10 Plantilla Rosa.png 2.3.11 Plantilla Verde.png 2.3.12 Post transmision.png 2.3.13 Relacionamiento con Congreso.png		X	X	X	X	X	X						
	2.4 Durante el periodo reportado, elaboré el diseño de comunicados solicitados por la entidad	2.4.1 Empalme Banner.png 2.4.2 Empalme post.png 2.4.3 71 Años Banner 2.png 2.4.4 71 Años Banner.png 2.4.5 71 Años Post.png 2.4.6 Banner Unidad de Busqueda.png 2.4.7 Educación Nacional Banner.png 2.4.8 Educación Nacional Post.png 2.4.9 Historia Busqueda.png 2.4.10 Historia.png 2.4.11 Post Busqueda 2.png 2.4.12 Post BUSQUEDA.png 2.4.13 Post Radio.png		X	X	X	X	X	X						
	2.5 Durante el periodo reportado, elaboré el diseño para la actualización de linea grafica, logo y demas piezas requeridas por la adscripción al Ministerio de Educación	2.5.1 LOGO INSOR SOLO Fondo blanco.png 2.5.2 LOGO INSOR SOLO.png 2.5.3 Cortina INSOR Educacion horz.mp4 2.5.4 Cortina INSOR Educacion vert.mp4 2.5.5 guia hojas-24.png 2.5.6 guia hojas-25.png 2.5.7 guia hojas-26.png 2.5.8 perfil redes redes-08.png 2.5.9 perfil redes.png 2.5.10 Plantilla presentaciones INSOR2026.pptx 2.5.11 Instructivo actualización firma2026.pptx Carta horizontal impresion.docx Carta horizontal.docx Carta impresion.docx Carta.docx Formato Consentimiento informado imp.docx Formato Consentimiento informado.docx Oficio impresión.docx Oficio.docx Plantilla de informes.docx		X	X	X	X	X	X						
	2.6 Durante el periodo reportado, elaboré el diseño boletín en señas	2.6.1 Boletin Junio Interna 2.6.2 Boletin Junio Externa		X	X	X	X	X	X						
3. Apoyar el registro fotográfico y el cubrimiento gráfico de actividades, encuentros, eventos y demás acciones institucionales o de partcipación del INSOR, según las necesidades comunicativas de la entidad.	3.1 Durante el periodo no se me requirio apoyo con cubrimiento Fotografico	N/A		X	X	X	X	X	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	X	X	X	X	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 / Julio 2026 / Evidencias / Obligación 5 5.1.1 6 de julio.JPG 5.1.2 8 de julio.JPG 5.1.3 15 de julio.JPG 5.1.4 16 de julio.JPG 5.1.5 23 de julio.JPG 5.1.6 24 de julio.JPG 5.1.7 27 de julio mañana.JPG 5.1.8 27 de julio tarde.JPG 5.1.9 28 de julio.JPG		X	X	X	X	X	X						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.mp4 5.2.2 Voz 2.mp4 5.2.3 Voz 3.mp4 5.2.4 Voz 4.mp4 5.2.5 Voz 5.mp4 5.2.6 Voz 6.mp4 5.2.7 Voz 7.mp4 5.2.8 Voz 8.mp4 5.2.9 Voz 9.mp4 5.2.10 Voz 10.mp4		X	X	X	X	X	X						

OBSERVACIONES ADICIONALES:

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

FIRMA DEL SUPERVISOR

NOMBRE DEL SUPERVISOR: Luz Alejandra Barbosa Tarazona

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: 1015423628

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)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		93728774	29/07/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-07	2026-07	I	$0	$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
25-14	Colpensiones	900336004-7	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	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)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		93728774	29/07/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-07	2026-07	I	$0	$528.500	

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 1015423528	CERON HERNANDEZ LILIA ALEXANDRA	59	0			N																	25-14	1.820.333	30	291.300	0	0	0	0	EPS005	1.820.333	30	227.600	14-25	1.820.333	30	1	0.000		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

República de Colombia
Ministerio de Igualdad y Equidad
INSOR
Instituto Nacional para Sordos

INSTITUTO NACIONAL PARA SORDOS

CERTIFICA QUE:

Lilia Alexandra Cerón Hernández

DE LA DEPENDENCIA:

Comunicaciones

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

100

FECHA: 30-06-2026

JOHANA M. CAMARGO R.

Grupo de Gestión del Talento Humano