SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL DISTRITO CAPITAL
CENTRO DE GESTIÓN DE MERCADOS, LOGISTICA Y TECNOLOGIAS DE LA INFORMACIÓN- BTÁ D.C.

Código Regional	**11**
Código Centro	**930310**
Fecha Elaboración	**Febrero de 2024**
Versión	**ENERO 2024 - 1,24**
ID de Proceso	**26575-001916**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	ANGEL HUMBERTO MORENO PARADA	**C.C.**	79.368.840	**IP/Nº de contacto**	16928
Correo electrónico contratista:	ahmoreno@sena.edu.co				

Régimen del IVA: NO RESPONSABLE **Pertenece al régimen simple de tributación?** NO **Es declarante de renta?** NO **Es Pensionado?** NO

Banco al cual consignar: BANCO DE BOGOTA **Inducción SST** SI **Presta Servicios Excluidos de IVA ?** SI

Sus ingresos en el 2022 fueron iguales o superiores a $53'206.000: NO **Tipo de cta** AHORROS **Nº Cuenta** 073350688

Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2023 supera los $ 169'648.000 (debe cambiarse a responsable IVA) NO

DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

Nº del contrato: 5856875/2024 **Nº Compromiso SIIF** 30124

Valor Total del Contrato	$ 44.655.450	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 44.655.450	**1**	**Del**	**06/02/2024**	**Al**	**29/02/2024**	**$ 3.721.288,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 40.934.162		Legalización comisiones del periodo			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripciòn del servicio prestado)

INSTRUCTOR: PRESTAR LOS SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL AL CGMLTI PARA IMPARTIR FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL- FPI EN EL PROGRAMA DE ARTICULACIÓN CON LA MEDIA DE ACUERDO CON LAS ESPECIALIDADES OFERTADAS POR EL CENTRO DE GESTIÓN DE MERCADOS

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.721.288		Tarifa de Retencion en la Fuente ART 383°	0,00%
			Retencion en la Fuente del Periodo	$ 0
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 0			
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 3.721.288**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.466.891**		**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR

	Febrero	Enero
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**0**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.488.515	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 186.100	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 238.200	$ 0
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL I	$ 7.800	$ 0
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias $ 9.805.208 $ 930.322	$ -	
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC $ 14.903.916	$ -	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias $ 14.903.916	$ -	
Intereses Prestamo de Vivienda $ 4.706.500	$ -	
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -	
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -	
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -	
Dependientes hasta $ 1.506.080	$ -	
Salud hasta $ 753.040	$ -	
Renta Exenta 25% $ 3.098.445	$ 822.297	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.466.891,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	3.296.988,00	
Valor base IVA	0,00	
IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
Menos Retencion IVA	0,00	15%
Reteica - 8299	31.849,00	0,966%
-	0,00	
-	0,00	
-	0,00	
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Descuentos de Libranza	0,00	
Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
VALOR A PAGAR	**$3.689.439,00**	

SON: TRES MILLONES SEISCIENTOS OCHENTA Y NUEVE MIL CUATROCIENTOS TREINTA Y NUEVE PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Realizar apoyo a la formación de las fichas de grado décimo y undécimo.
Realizar apoyo a la formación del técnico Integración de Contenidos Digitales en los proyectos propuestos por los aprendices en cada u
Revisión de guías de aprendizaje, elaboración planeación pedagógica, Portafolio del Instructor.
Se asiste puntualmente a cada ambiente de aprendizaje en los horarios asignados para prestar apoyo a cada una de las fichas en los res
Realizar la participación activa dentro de las jornadas pedagógicas del año 2024

PARA LOS EFECTOS LEGALES CERTIFICO, BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO, QUE:
1. Cumplí a cabalidad las actividades del objeto contractual arriba descritas; 2. Los documentos soporte suministrados contienen el pago de Seguridad Social en Salud y Pensión, los aportes voluntarios a cuentas AFC y FVP, por los ingresos recibidos en el mes anterior del contrato objeto de cobro en esta planilla y certifico que no han sido utilizados en la disminución de la Base de Retención en la Fuente en ningún otro contrato; 3. El número de trabajadores contratados para cumplir con el desarrollo del objeto contractual corresponden a lo indicado en esta planilla; 4. Toda la información aquí suministra es verídica; 5. He leído y entendido la descripción de cada uno de los campos aquí diligenciados.

ANGEL HUMBERTO MORENO PARADA
EL CONTRATISTA

CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aqui relacionado, CERTIFICO:

1.- Que El Contratista cumplió a cabalidad las obligaciones contractuales pactadas;

2.- Que El Contratista desarrolló las actividades descritas en el presente informe, dentro del período de cobro;

3.- Que he verificado el pago de los aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social realizados por el contratista por los ingresos recibidos en el mes anterior por medio de la planilla PILA relacionada en el presente informe y que los mismos han sido liquidados de conformidad con las normas vigentes.

Autorizo el presente pago.
El Supervisor,

LUIS ALBERTO CAMACHO BOLANOS
INSTRUCTOR G20

Teniendo en cuenta las certificaciones suscritas por el contratista y por el supervisor del contrato arriba relacionado, autorizo el presente pago:

EL ORDENADOR DEL PAGO

ELVIA ZORAIDA MARTIN MORA

SUBDIRECTORA DE CENTRO G02

CE-006 - 0000000100 – 2024

CERTIFICA

Que la(s) persona(s) relacionada(s) a continuación está(n) o ha(n) estado afiliada(s) a

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 79368840
NOMBRES Y APELLIDOS	Moreno Parada,Angel Humberto
TIPO DE AFILIADO	Titular
TIPO DE TRABAJADOR	Independiente Con Contrato De
FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN	21/04/2023
ESTADO DE AFILIACIÓN	Vigente
ESTADO DE SERVICIO	No Habilitado
REGIMEN	Contributivo

La presente se expide a nombre de Moreno Parada,Angel Humberto, a los 30 días del mes de enero del año 2024.

NOTA: Esta certificación no constituye aprobación de traslado, ni es documento válido para solicitar servicios médicos.

Banny Yeritza Sarmiento Vanegas
Coordinador Gestión de la Afiliación

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **ANGEL HUMBERTO MORENO PARADA** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **79368840,** se encuentra afiliado/a desde **01/12/2013** 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 30 de enero de 2024.

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.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14910012471

(415)7707212489984(8020) 000001491001247 1

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

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	7 9 3 6 8 8 4 0	1 9 8 4 0 3 1 2

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
MORENO	PARADA	ANGEL	HUMBERTO

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: DG 8 72 39 CA BARRIO BAVARIA SECTOR II

42. Correo electrónico: bucanero@misena.edu.co

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	4 1 1 9 9 5 6	3 1 3 2 8 1 0 3 1 6

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
8 5 4 1	2 0 1 0 0 1 0 1	8 5 4 2	2 0 1 0 0 1 0 1	8 5 4 3		2 4 1 9	

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

54. Código

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

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 61. Fecha 2023 - 05 - 02 / 15 : 48: 22

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 MORENO PARADA ANGEL HUMBERTO

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Validación examen médico pre-ocupacional, señor Angel Moreno

Externo Recibidos ×

Edilma Silva Paez jue, 8 feb, 9:55 (hace 10 días)
para mí, Yuliet, Paola

Buenos días, respetado señor Angel Humberto Moreno Parada

De manera atenta, me permito informarle que se valida exámen médico pre-ocupacional. El cual cumple con la vigencia y los requerimientos del profesiograma para el objeto contractual de instructor.

Agradezco su amable atención.

Cordial saludo;

De: Angel Moreno <bucanero@misena.edu.co>
Enviado el: miércoles, 7 de febrero de 2024 20:44
Para: Edilma Silva Paez <esilvap@sena.edu.co>
CC: ANGEL HUMBERTO MORENO PARADA <bucanero@misena.edu.co>
Asunto: Fwd: Validación examen medico pre-ocupacional, señor Angel Moreno

Buenas noches respetada Dra. Edilma Silva:
Teniendo en cuenta su requerimiento, verifique mis exámenes y encuentre el último que está completo, según sus observaciones.

Cordialmente;
Angel Humberto Moreno Parada
c.c. 79368840 de Bogotá -

REVISAVIAE LTDA

D. G. S. S. T

REVISAVIAE LIMITADA

CONCEPTO LABORAL

Documento Oficial de Autorización de Numeración Facturación Electrónica No. 18764006152646 que habilita desde FE 1 hasta FE 1000000. Vence 2021-10-23 IVA Régimen Común No somos Agentes de Retención de IVA No somos Grandes Contribuyentes Actividad Económica ICA 8621 9.66 X 1000

FECHA ▼			Tipo de examen ►	Ingreso
Día	Mes	Año	Ciudad ▼	Departamento ▼
26	04	2023	Bogota, d.c.	Santa Fe de Bogotá D.C.

1er Apellido ▼	2do Apellido ▼	1er Nombre ▼	2do Nombre ▼
MORENO	PARADA	ANGEL	HUMBERTO

Tipo D.I. ▼	No. Documento ▼	Expedido en ▼	Genero ▼	Edad ▼
CC	79368840	1984-03-12	M	57 Años

Profesión ▼	Nombre de Cargo ▼	Empresa ▼	N.I.T. ▼
INSTRUCTOR	INSTRUCTOR	Particular	

INFORMACIÓN DEL CONCEPTO LABORAL ▼

Apto Con Recomendaciones	

RECOMENDACIONES PARTICULARES: Dieta baja en harinas, azucares y grasas, para disminuir peso – Realizar ejercicio cardiovascular periodico --usar elementos de proteccion personal -- realizar pausas activas cada 2 horas durante 3 - 5 minutos de movilidad articular y estiramiento musculotendinoso generalizado -- Se indica solicitar cita por optometria para actualizacion formula de lentes correctivos , ademas se indica continuar controles de manera anual y uso constante de lentes correctivos -- se da orden para solicitar valoracion por otorrinolaringologia para control audiologico --- OBSERVACIONES: Se practicaron los siguientes exámenes cuadro hematico, perfil lipidico con colesterol total y trigliceridos, glicemia, visiometria, audiometria, prueba psicometrica ,encontrándolos dentro de parametros aceptables para edad y condicion medica de base, por lo anterior se considera paciente apto para cargo con recomendaciones estipuladas

APTITUD OCUPACIONAL DE INGRESO ▼

Al examen médico presenta alteraciones, pero no es limitante para desempeñarse en su labor

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS ▼

Osteomuscular	Respiratorio	Pruebas Psicometricas	Cardiovascular
Visiometria	Audiometria	Cuadro Hematico	Colesterol total
Trigliceridos	Glicemia		

RECOMENDACIONES ▼

Control Medico (ocup)	Pausas Saludables Mmii	Actividad Física Mayor 30´	Control Optometria (ocup)
Dieta Baja En Carbohidratos	Control Audiometria (ocup)	Dieta Baja En Grasas Y Sal	Pausas Saludables Mmss
Uso Epp			

El presente concepto de aptitud laboral se expide según el profesiograma o perfil del cargo conocido por la IPS ►	SI		NO	X
Incluir en Programa de Vigilancia Epidemiologica ►	SI		NO	X
Tipo de programa de vigilancia Epidemiológica a incluir ▼				

Recomendaciones generales▼

HIGIENE POSTURAL, PAUSAS SALUDABLES POR 10 MINUTOS C/2 HORAS DE MIEMBROS SUPERIORES E INFERIORES, USO DE LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL ACORDE A SU LABOR Y RIESGOS DE EXPOSCION, CAPACITACION SOBRE TRABAJO SEGURO, PLAN DE EMERGENCIAS Y RIESGO ERGONOMICO, REALIZAR ACTIVIDAD FISICA MINIMO 30 MINUTOS, CULTURA DE ESTILO DE VIDA Y HÁBITOS SALUDABLES

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR ▼

Autorizo expresamente a el (la) Doctor(a) mencionado(a) en el presente documento, a realizar en mí, el examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es) registrado(s) en este documento. y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que se realizará el examen. Fui informado(a) sobre la confidencialidad de la información personal por mi suministrada los resultados paraclínicos. Autorizo a la unidad médica a suministrar la información aquí registrada a las entidades contempladas en la legislación vigente para dar cumplimiento del programa de Seguridad y salud en el trabajo y todo lo que se derive de la legislación colombiana. Los derechos que me asisten como titular de la información son los contemplados por la ley, entre ellos el derecho a conocer, actualizar y rectificar la información que de mí se tiene en bases públicas o privadas, tales derechos podrían ejercerse mediante comunicación escrita al correo Revisaviae@yahoo.es o

comunicación escrita en nuestras oficinas,Finalmente, manifiesto que estoy en capacidad de expresar mi consentimiento. Así mismo, declaro que se me ha explicado la naturaleza y propósito del examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es), entendiendo que esta prueba es voluntaria y no he omitido información sobre mi estado de salud. De igual forma, afirmo que he recibo y entendido las recomendaciones y concepto laboral del presente documento, en especial aceptando que este examen no es válido para licencia de conducción automotriz, ni buceo, ni porte ni tenencia de armas.

FIRMAS ▼	
Médico Ocupacional ▼	Aspirante a trabajador ▼
 Dr. (a) SANTIAGO ORTIZ HOYOS RM 1136883709 Especialista Salud Ocupacional Licencia S.O. 25-0843 REVISAVIAE LTDA SALUD OCUPACIONAL 7240L REGISTRO MEDICO	 Nombre: ANGEL HUMBERTO MORENO PARADA C.C. 79368840

La presente certificacion se expide con base en la historia clínica ocupacional del trabajador, la cual tiene un carácter confidencial, y amparada con base al consentimiento informado y con destino a la hoja de vida del trabajador.

EXAMEN DE LABORATORIO CLINICO

REVISAVIAE LTDA

FECHA	20/04/2023
EXAMEN A REALIZAR	**GLICEMIA, CUADROHEMATICO**
NOMBRE	ANGEL HUMBERTO MORENO PARADA
TIPO DOCUMENTO	CC
Nº DOCUMENTO	79368840
GENERO	HOMBRE
CONTACTO	

IMP

CITOMETRIA SANGUINEA

LEUCOGRAMA		Valor Ref			Valor Ref
LEUCOCITOS (X10^3/Ul)	10800	4,0-10,	PLAQUETAS x 10^3/	242000	150-450
NEUTROFILOS (%)	62	30-70	MPV	9,8	7.2-12.0
LINFOCITOS (%)	32	20-45	PDW	12,6	10.0-14.5
BASOFILOS (%)		3-10	PCT	0,28	0.28-0.55
EOSINOFILOS (%)	6	3-10	P-LCR	11,7	11-45
MONOCITOS (%)		3-10			
OTROS			VSG		
MORFOLOGIA					
HEMOGRAMA			FSP		
GLOBULOS ROJOS (10^6/Ul)	5,86	4.0-5.90			
HEMOGLOBINA (g/dl)	17,6	12-18			
HEMATOCRITO (%)	52,4	35-54			
MCV (Fl)	94,5	80-99			
MCH (pg)	32	25-33			
MCHC (g/Dl)	35	28-36			
RDW-CV (%)	11,5	9.5-14.5			
RDW-SD (Fl)	45	35-46			

METABOLITOS

CARBOHIDRATOS			**PROTEINAS**		
GLUCOSA BASAL (mg/dl)	85	**70-110**	TOTAL(g/dl)		**6,6-8,3**
POSTPRANDIAL (mg/dl)		**< 170**	ALBUMINAS (g/dl)		**3,8-5,3**
HEMOGLOBINA GLICOSILADA			GLOBULINAS (g/dl)		**2,2-3,2**
LIPIDOS			**OTROS**		
COLESTEROL (mgrs/dl)	188	**150-210**	ACIDO URICO (mg/dl)		**3,0-7,9**
HDL (mgrs/dl)	45	**>38**	B.U.N (mg/dl)		**4,-24,5**
LDL (mgrs/dl)	112,6	**<110**	CREATININA (mg/dl)		**0,6-1,2**
trigliceridos (mgrs/ dl)	**152**	**40-170**	**BILIRRUBINAS**		
INDICE ARTERIAL		**Hasta 0,6**	**TOTAL (mg%)**		**0-1,2**
BIOCATALIZADORES (Enzimas)			DIRECTA (mg%)		**0-0,2**
TRANSAMINASA GOT (UI/L)		**0-40**	INDIRECTA (mg%)		**0-0,8**
TRANSAMINASA GPT (UI/L)		**0-40**			

PARCIAL DE ORINA

EXAMEN FISICO		**VALOR REF**	**EXAMEN MICROSCOPICO**		
COLOR			CELULAS EPITELIALES		
ASPECTO			LEUCOCITOS		X CAMPO
Ph		5,5-7,0	HEMATIES		X CAMPO
DENSIDAD		1005-1035	BACTERIAS		X CAMPO
EXAMEN QUIMICO			CRISTALES		X CAMPO
LEUCOCITOS		0 cel /uL	MOCO		X CAMPO
CETONAS		0 mmol/L	CILINDROS		X CAMPO
NITRITOS		0 g/L			
UROBILINOGENO		NORMAL			
BILIRRUBINA		0 umol/L			
PROTEINAS		0 g/L			
GLUCOSA		0 mmol/L			
SANGRE		0 cel /uL			
ACIDO ASCORBICO		0 mmol/L			

	OTROS	
SUSTANCIAS PSICOACTIVAS PANEL X2	COC	**SEROLOGIA**
	THC	**AG COVID 19**
		AG HIV PBA 4a GN

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el Ramo de Riesgos Laborales se evidenció que, **ANGEL HUMBERTO MORENO PARADA** identificado con **CC** No. **79368840**, registra la siguiente información.

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA - NI. 899999034	**Fecha de afiliación:** 29/01/2010 **Fecha de inicio de cobertura:** 09/02/2024 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Fecha de inicio de Contrato:** 22/01/2024 **Fecha fin de Contrato:** 30/11/2024 **Tipo Vinculación:** TRABAJADOR INDEPENDIENTE **Clase de Riesgo:** 1 **Cargo :** INSTRUCTOR

Recuerde que una vez cumplida la fecha fin de contrato, el sistema aplica de forma automática la novedad de retiro, por lo anterior, en caso de tener un nuevo contrato o prorroga deberá realizar la correspondiente novedad a través de nuestro portal www.positivaenlinea.gov.co, para continuar con la cobertura.

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202401012506434.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 18 días del mes de febrero de 2024.

Cordialmente,

GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

MIS_4_1_3_FR15 v_07