SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

**FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONAS NATURALES (RENTAS DE TRABAJO ARTICULO 103 ESTATUTO TRIBUTARIO)**

**REGIONAL DISTRITO CAPITAL**

**CENTRO DE GESTIÓN DE MERCADOS, LOGISTICA Y TECNOLOGIAS DE LA INFORMACIÓN- BTÁ D.C.**

**Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1**

| | |
|---|---|
| **Código Regional** | **11** |
| **Código Centro** | **930310** |
| **Fecha Elaboración** | **Setiembre de 2024** |
| **Versión** | **MARZO 2024 - 2,24** |
| **ID de Proceso** | **58317-395074** |

## DATOS DEL CONTRATISTA

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Nombres y apellidos:** | EDWARD ALFONSO PÁRAMO RENZA | **Banco a consignar:** | BANCO CAJA SOCIAL |
| **Cédula de Ciudadanía** | 80.040.194 | **Tipo de cuenta:** | AHORROS |
| **Correo electrónico:** | eparamo@sena.edu.co | **Número de Cuenta:** | 24070013380 |
| **IP/Nº de contacto:** | 17037 | **Presta Servicios Excluidos de IVA:** | SI |
| **Inducción SST:** | SI | **Pertenece al régimen simple de tributación:** | NO |
| **Régimen del IVA:** | NO RESPONSABLE | **Es declarante de renta por el año gravable 2023** | SI |

| | |
|---|---|
| **¿Es pensionado o tiene otra situación sustentada normativamente para no estar obligado a cotizar pensión?** | NO |
| **Sus ingresos en el 2023 fueron iguales o superiores a $59.377.000** | SI |
| **Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2024 es igual o superior a $188.260.000 (debe registrarse como responsable del IVA)** | NO |
| **¿Utiliza costos o gastos asociados al ingreso para disminuir su impuesto de renta que declara ante la DIAN anualmente?** | NO |
| **Concepto del pago corresponde a:** | Ninguno |
| **TARIFA RETENCIÓN ARTICULO 392 E.T.** | 0,00% |

## DATOS DEL CONTRATO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Nº del contrato:** | 6712243/2024 | **Nº Compromiso SIIF** | **84624** | **Número de pagos durante la vigencia del contrato** | 4 |

| | |
|---|---|
| **OBJETO CONTRACTUAL:** (Descripciòn del servicio prestado) | INSTRUCTOR:PRESTAR LOS SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL PARA ATENDER LOS PROCESOS DE FORMACIÓN TITULADA EN EL ÁREA TEMÁTICA DE TRANSPORTE Y RED DE CONOCIMIENTO TRANSPORTE EN LA MODALIDAD VIRTUAL, CUMPLIENDO LOS PROCESOS Y LINEAMIENTOS DE LA |

## DATOS PERIODO DEL PAGO

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Del** | **04/09/2024 Al 30/09/2024** | **Saldo Anterior del Contrato:** | $ 15.182.854 |
| **Número de pago** | **1** | **Valor Total del Contrato:** | $ 15.182.854 |
| **Valor Bruto Pago:** | **$ 4.018.991,00** | **Nuevo Saldo del Contrato:** | $ 11.163.863 |

## RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

| | | | |
|---|---|---|---|
| Ingresos por honorarios | $ 4.018.991 | Ninguno | 0,00% |
| Ingresos por comisiones | $ 0 | Retencion en la Fuente del Periodo | $ 0 |
| Ingresos de otros meses cobrados en el mes | $ 0 | | |
| **TOTAL INGRESOS DEL PERIODO** | **$ 4.018.991** | Menos, Retefuente Otros Ingresos | $ 0 |
| **BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE** | **$ 1.959.775** | **TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO** | **$ 0** |

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

| | | Setiembre | Agosto |
|---|---|---|---|
| **Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS** | | ---------- | **80163418** |
| **Ingreso Base de Cotización - IBC** | | $ 1.607.596 | $ 0 |
| Aporte obligatorio a seguridad social salud | | $ 201.000 | $ 0 |
| Aporte obligatorio a seguridad social Pensión | | $ 257.300 | $ 0 |
| Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional | | $ - | $ 0 |
| ARL I | | $ 8.400 | $ 0 |
| Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes | | $ - | |
| Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes | | $ - | |
| Aportes ARL de ingresos de otros meses cobrados en el mes | | $ - | |
| Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias | | $ 286.000 | |
| Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC | | $ - | |
| Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias | | $ - | |
| Intereses Prestamo de Vivienda | | $ 1.800.000 | |
| Dependientes hasta | | $ 401.899 | |
| Salud hasta | $ 753.040 | $ 223.400 | |
| Renta Exenta 25% | $ 12.393.783 | $ 210.000 | |
| Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro. | $ 0 | | |
| Retención en la Fuente Contingente | | $ | |

| | | |
|---|---|---|
| Base retención en la fuente a titulo de RENTA | 1.959.775,00 | TARIFA |
| Base retención en la fuente a titulo de ICA | 3.560.691,00 | |
| 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 - BOGOTÁ | 34.396,00 | 0,966% |
| - | 0,00 | 0% |
| - | 0,00 | 0% |
| - | 0,00 | 0% |
| - | 0,00 | 0% |
| Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| | 0,00 | |
| Descuentos de embargo (Si tiene) | 0,00 | |
| **VALOR A PAGAR** | **$3.984.595,00** | |

**SON: TRES MILLONES NOVECIENTOS OCHENTA Y CUATRO MIL QUINIENTOS NOVENTA Y CINCO PESOS M/CTE**

## ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Apoyo a los programas de formación en especial el de Gestión integral del transporte Fichas: (2721247) (2739349) (2834386) (2836527)
Calificación y retroalimentación de evidencias pendientes de las guías (RAP), calificación de las evidencias de la guía Alistamiento.
Revisión y actualización de las evidencias de Técnicas de la GA, actualizadas las evidencias, instrumento de evaluación, rúbrica en pl
Alistamiento plataforma Zajuna Envío de correos a aprendices Reuniones equipo ejecutor.
Al momento de cumplir con las evidencias de cada RAP. Evaluación de RAPs de evidencias pendientes del RAP, incluye la guía.
Evaluación diaria de evidencias. Adecuación y creación de evidencias guía Alistamiento plataforma Zajuna.
Reportes de Seguimiento y apoyo a la formación. Los reportes del debido proceso y de deserciones.
Transferencias capacitación Zajuna.
Recordar a los aprendices las normas de Netiqueta en el ambiente de formación.

**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

**EDWARD ALFONSO PÁRAMO RENZA**
**EL CONTRATISTA**

## CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí 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,

**SILVIO ALBERTO GALINDO PARRA**
**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**
**MIREYA PARRA PINTO**
**SUBDIRECTORA DE CENTRO G02(E)**

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 | 80040194 | EDWARD ALFONSO PARAMO RENZA | Carrera 113 No. 82-47 Bloque 1 Apto. 501 | 3242549747 | edwardparamo@hotmail.com | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | | |
| ÚNICA | I – Independiente | | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ, D.C. | | SI |

| 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 | |
| 2024-08 | 2024-08 | I | 23/09/2024 | 80163418 | $518.800 | |

## 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 | | | | | |
| EPS017 | Famisanar EPS | 830003564-7 | 223.400 | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 223.400 | 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 231001 | Colfondos | 800227940-6 | 286.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | 286.000 | 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 | | | | | | | | | | |
| 14-23 | Positiva Seguros | 860011153-6 | 9.400 | | | | 9.400 | 0 | 0 | 9.400 | | | 94 | 9.400 | 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 | 223.400 | 223.400 |
| Pensión | 1 | 286.000 | 286.000 |
| Riesgos Laborales | 1 | 9.400 | 9.400 |
| CCF | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| **TOTALES** | 3 | 518.800 | 518.800 |

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 | 80040194 | EDWARD ALFONSO PARAMO RENZA | Carrera 113 No. 82-47 Bloque 1 Apto. 501 | 3242549747 | edwardparamo@hotmail.com | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | | |
| ÚNICA | I – Independiente | | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ, D.C. | | SI |

| 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 | |
| 2024-08 | 2024-08 | I | 23/09/2024 | 80163418 | $518.800 | |

## DETALLE POR COTIZANTE

| INFORMACIÓN COTIZANTE | | | | | | | | | INFORMACIÓN NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | SALUD | | | RIESGOS LABORALES | | | | CCF | | | PARAFISCALES | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Tipo | No. de Identificación | Apellidos y Nombres | Cotizante | Subtipo | Extranjero | Colom. exterior | Estornado | 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 | 80040194 | PARAMO RENZA EDWARD ALFONSO | 59 | 0 | | | N | | | | | | | | | | | | | | | | | 231001 | 1.787.000 | 286.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS017 | 1.787.000 | 223.400 | 14-23 | 1.787.000 | 1 | 9.400 | | 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 14505798155

(415)7707212489984(8020) 000001450579815 5

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 8 0 0 4 0 1 9 4 | 2 | 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 | 8 0 0 4 0 1 9 4 | |

| 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 |
|---|---|---|---|
| PARAMO | RENZA | EDWARD | ALFONSO |

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: CR 92 8 18 TO 8 AP 430

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

| 43. Código postal | 44. Teléfono 1 | 45. Teléfono 2 |
|---|---|---|
| | 3 1 5 6 6 8 2 7 7 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 |
| 8 5 2 3 | 2 0 1 8 0 1 0 1 | 8 5 4 2 | 2 0 0 8 0 6 2 3 | | 8 2 9 9 | | | |

### Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código: 5 1 0 4 9

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

10- Obligado aduanero

49 - No responsable de IVA

### Usuarios aduaneros

54. Código: 2 3

### 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 [X] NO [ ] | 60. No. de Folios: 1 | 61. Fecha 2019 - 04 - 04

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.

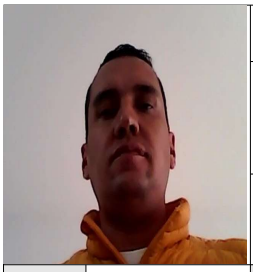
Firma autorizada:

984. Nombre: PACHON D ACHIARDI GLADYS MARITZA

985. Cargo: Analista II

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

# CONCEPTO



| | | |
|---|---|---|
| | ZADA SALUD OCUPACIONAL SAS | |
| **DEPARTAMENTO MEDICO** | Carrera 64 # 97 - 63 **Telefono: 2530712** | |
| | Nit No. 900.858.795-4 | |
| | | |
| | CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Fecha | 12/02/21 | **Hora Llegada** | 06:22:00 | Hora salida | 07:05 | **Resolución No 12482 de 30/09/2015** |

## I- IDENTIFICACION

| NOMBRE Y APELLIDOS | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| EDWARD ALFONSO PARAMO RENZA | | | | | |
| N° DE DOCUMENTO | 80040194 | GENERO | MASCULINO | EDAD | 38 |
| EMPRESA | SENA | CARGO | INSTRUCTOR | | |

## EXAMENES PARACLINICOS Y PRUEBAS SOLICITADAS

| | | | |
|---|---|---|---|
| ENF OSTEOMSUCULAR | AUDIOMETRIA | OPTOMETRIA | EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL |
| GLICEMIA/ CH | PERFIL LIPIDICO | TEST PSICOLOGICO | CARDIOVASCULAR |

## II-CONCEPTO

| | | |
|---|---|---|
| **TIPO DE EXAMEN** | INGRESO | CON RESTRICCIONES PARA ELCARGO |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Enfermedad general | SI | Otros | NO | Cuales | |

## III- RECOMENDACIONES

BUENOS HABITOS DE HIGIENE POSTURAL, REALIZAR PAUSAS ACTIVAS, DIETA BAJA EN CARBOHIDRATOS, REALIZAR EJERCICIO, CONTROL PERIODICO POR OPTOMETRIA, SE RECOMIENDA VALORACION POR NUTRICION Y CX GENERAL DE SU EPS, INCLUIR AL SIVE NUTRICIONAL, DIGESTIVO Y VISUAL, EL PACIENTE NO PRESENTA ALTERACIONES A NIVEL CARDIOVASCULAR, OSTEOMUSCULAR O MENTAL. CONTROL ANUAL POR SALUD OCUPACIONAL.

## IV – RESTRICCIONES

1. USO PERMANENTE DE PRESCRIPCION OPTICA 2. NO LEVANTAR CARGA MAYOR A 20KG

**La presente certificación se expide con base a la historia clínica ocupacional del trabajador, la cual tiene carácter confidencial y su manejo está regulado en la resolución 1995 del 99, Res. 2346 del 2007, Res. 1918 del 2009 y las demás normas complementarias.**

Dr. Alejandro Soler
Esp. Seguridad y Salud en el Trabajo
Res.8449-16

80040194

| FIRMA, REGISTRO Y SELLO DEL PROFESIONAL | FIRMA Y CEDULA DEL TRABAJADOR |
|---|---|

in:sent examen

99+
Mail
Redactar

Recibidos 19.117
Destacados
Pospuestos
Importantes
Enviados
Borradores 160
Categorías
Más

Chat
Meet

Etiquetas

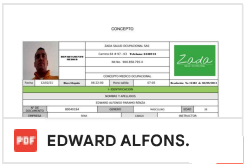
Cheryl Vásques
Curso de Cadena de Ab...
Graciela Pulido
Junk
Notes
Primer llamados de aten...
Prioridad
Seguimiento
Varios
Más

Twitter: @SENAComunica

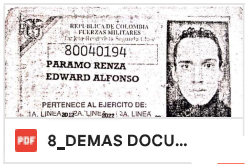
**SENA, Más trabajo**

**3 archivos adjuntos** · Analizado por Gmail





EDWARD ALFONS.




8_DEMAS DOCU...

**Yenny Alexandra Barrera Cruz** <yenny.barrera@misena.edu.co>
para mí, Edilma

Cordial saludo:

De acuerdo a solicitud se valida examen médico preocupacional, el cual cumple con la vigencia y profesiograma para el obje

Agradezco su atención, quedo atenta a cualquier inquietud.

**Yenny Alexandra Barrera Cruz**
Seguridad y Salud en el Trabajo

**Declinación de Responsabilidades:** Los servicios de MISENA son soportados tecnológicamente por © Google y ofrecid aprendices e instructores de programas de formación titulada, las opiniones que contenga este mensaje son exclusivas de autoridades. El receptor deberá verificar posibles virus informáticos que tenga el correo o cualquier anexo, razón por la cu en este correo electrónico.

Los contenidos, textos, imágenes, archivos enviados en este mensaje son responsabilidad exclusiva del remitente y no re esta herramienta para el intercambio de correos masivos, cadenas o spam, ni de mensajes ofensivos, de carácter político mensaje que se considere indebido o que vaya en contra de la Ley.

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, **EDWARD ALFONSO PARAMO RENZA** identificado con **CC** No. **80040194**, registra la siguiente información.

| Datos del Contratante | Datos de la Relación Laboral |
|---|---|
| SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA - NI. 899999034 | **Fecha de inicio de cobertura:** 27/01/2024<br>**Estado Afiliación:** ACTIVO<br>**Fecha de inicio de Contrato:** 02/09/2024<br>**Fecha fin de Contrato:** 13/12/2024<br>**Tipo Vinculación:** TRABAJADOR INDEPENDIENTE<br>**Clase de Riesgo:** 1 |

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): 202401019677324.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 24 días del mes de septiembre de 2024.

Cordialmente,

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA



**Positiva Compañía de Seguros S.A.**
Nit: 860.011.153-6 · **Línea gratuita nacional:** 01-8000-111-170 **Teléfono:** (601) 330-7000
**Defensor del Consumidor Financiero:** Ana María Giraldo Rincón · defensordelcliente@positiva.gov.co
Carrera 11A No 96 - 51 Oficina 206 Bogotá. Teléfono: (601) 610 8164