



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 CUNDINAMARCA

CENTRO DE DESARROLLO AGROEMPRESARIAL-CUNDINAMARCA

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

Código Regional	25
Código Centro	951310
Fecha Elaboración	Febrero de 2025
Versión	ENERO - 2.25
ID de Proceso	71600-096900

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	YURY LORENA LEON FIGUEROA	Banco a consignar:	BANCOLOMBIA
Cédula de Ciudadanía	1.070.707.650	Tipo de cuenta:	AHORROS
Correo electrónico:	loleon1995@gmail.com	Número de Cuenta:	33553206371
IP/Nº de contacto:		Presta Servicios Excluidos de IVA:	NO
Inducción SST:	SI	Pertenece al régimen simple de tributación:	NO
Régimen del IVA:	NO RESPONSABLE	Es declarante de renta por el año gravable 2024	NO
¿Es pensionado o tiene otra situación sustentada normativamente para no estar obligado a cotizar pensión?			NO
Sus ingresos en el 2024 fueron iguales o superiores a \$65.891.000			NO
Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2025 es igual o superior a \$164.336.700 (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:	7442058/2025	Nº Compromiso SIIF	31425	Número de pagos durante la vigencia del contrato	11
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)	INSTRUCTOR: ORIENTAR LA FORMACIÓN PROFESIONAL DE LOS DIFERENTES PROGRAMAS DE LA OFERTA ACADÉMICA DEL CENTRO DESARROLLO AGROEMPRESARIAL DE LA REGIONAL CUNDINAMARCA, EN SUS DIFERENTES MODALIDADES; PERTENECIENTES A LA RED DE SALUD.				

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	10/02/2025	Al	28/02/2025	Saldo Anterior del Contrato:	\$ 47.834.915
Número de pago	1			Valor Total del Contrato:	\$ 47.834.915
Valor Bruto Pago:	\$ 2.913.024,00			Nuevo Saldo del Contrato:	\$ 44.921.891

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	\$ 2.913.024	Ninguno	0,00%
Ingresos por comisiones	\$ 0	Retención en la Fuente del Periodo	\$ 0
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ 0		
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	\$ 2.913.024	Menos, Retefuente Otros Ingresos	\$ 0
BASE PARA RETENCIÓN EN LA FUENTE	\$ 1.874.724	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	-----	000	Base retención en la fuente a título de RENTA	1.874.724,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC	\$ 1.423.500	\$ 0	Base retención en la fuente a título de ICA	2.507.224,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud	\$ 178.000	\$ 0	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	\$ 227.800	\$ 0	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	\$ -	\$ 0	Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
ARL	\$ 7.500	\$ 0	Menos Retención IVA	0,00	15%
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -		Reteica - 8299 - CHIA	20.058,00	0,800%
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -			0,00	0%
Aportes ARL de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -			0,00	0%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	\$ -			0,00	0%
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC	\$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias	\$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Intereses Prestamo de Vivienda	\$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Dependientes hasta	\$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta	\$ 796.784	\$ -	Otras Retenciones	0,00	0,000%
Renta Exenta 25%	\$ 36.062.775	\$ 625.000		0,00	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	\$ 0		Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
Retención en la Fuente Contingente	\$ -		VALOR A PAGAR	\$ 2.892.966,00	

SON: DOS MILLONES OCHOCIENTOS NOVENTA Y DOS MIL NOVECIENTOS SESENTA Y SEIS PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Participo de acuerdo con los lineamientos institucionales en los procesos de la planeación de la formación profesional integral para I Se desarrolla, el proyecto formativo, planeación pedagógica y recursos didácticos guía de aprendizaje para la ficha 3142586 cara A y B En el mes de febrero no se emitió los juicios valorativos en la plataforma Sofia Plus, correspondientes a los RAP asignados en la programación. Para el periodo objeto de este pago, la necesidad del servicio no requirió ejecutar actividades correspondientes a esta obligación. Para el periodo objeto de este pago, ejecutar actividades de semana de inducción con la ficha 3142586 cara A y b, correspondientes a e Actualicé de acuerdo con los lineamientos generados por las Coordinaciones Académicas Socialicé y garanticé el cumplimiento del reglamento del aprendiz y demás procesos para los aprendices de las fichas 3142586 cara A y Para el periodo objeto de este pago, no fue necesaria la actividad por nuevo ingreso a la institución, se espera nueva convocatoria. Para el periodo objeto de este pago, no fue necesaria la actividad por nuevo ingreso a la institución, se espera nueva convocatoria.

PARA LOS EFECTOS LEGALES CERTIFICO, BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO, QUE:

1. Cumpli 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

**YURY LORENA LEON FIGUEROA
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 periodo 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,

**MARIA KATALINA RANGEL GUTIERREZ
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
JAVIER RICARDO JIMENEZ RINCON
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02**

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

CERTIFICA QUE

Que el(la) señor(a) YURY LORENA LEON FIGUEROA identificado(a) con Cedula Ciudadania 1070707650, 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
20250204	No Registrada

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 7 días del mes de Febrero de 2.025

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 multifiliación en el SGSSS..

Cordialmente,
COMPENSAR EPS.

Elaboró: PORTAL CORPORATIVO
27770704

CER-AFI

**SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS
PORVENIR S.A.**

**En su condición de administradora del
FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

YURY LORENA LEON FIGUEROA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.070.707.650**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 25 de Enero del 2025.

Cordialmente,



Gerencia de Clientes



Tenga en cuenta:

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.



Este formato será el documento que soportará el trámite de su afiliación a la ARL SURA, mientras se realizan los procesos internos correspondientes. Conserve la copia que le pertenece.

Inicio de cobertura: Si cumple con todos los requisitos legales, será al día siguiente de haber recibido la documentación en ARL SURA, en caso de haber programado un ingreso a futuro, la documentación deberá recibirse máximo un día antes de la fecha programada. Si se trata de un traslado de ARL, la fecha de inicio de cobertura se calculará de acuerdo a la normatividad vigente.

DATOS BÁSICOS DEL TRABAJADOR

Documento CC1070707650	Nombres y Apellidos YURY LORENA LEON FIGUEROA	Fecha de nacimiento 24/03/1995
Sexo F	Correo electrónico PROSOIN.BP@GMAIL.COM	Teléfono 6018630212
EPS COMPENSAR ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD	AFP PORVENIR	Ingreso mensual 1.423.500

INFORMACIÓN DEL CONTACTO

Documento CC35411758	Nombres y Apellidos GRACIELA FIGUEROA	Fecha de nacimiento 05/01/1968
Sexo F	Dirección CUNDINAMARCA, CAJICA, CL 2 SUR # 5 - 33	Municipio CAJICA
Departamento CUNDINAMARCA	Teléfono 6018630212	Celular 3503775819
Correo electrónico GRACIELAFIGUEROA@GMAIL.COM	Vínculo con el trabajador Madre	

INFORMACIÓN DE LA OCUPACIÓN U OFICIO DEL TRABAJADOR

Cód Ocupación	Ocupación	Clase de riesgo	Tasa de riesgo
2269	Otros profesionales de la salud no clasificados en otros grupos primarios	3	2.436

Campo	1 Fecha a partir de la cual se utiliza	2 Tipo y número de la entidad	3 Tipo de documento	4 Ramo al cual pertenece	5 Documento de la proforma	6 Canal de comercialización
Código clausulado	1/04/2024	1411	P	39	F-14-11-0094-007	D001
Código nota técnica	1/04/2024	1411	NT-P	39	N-14-11-0094-012	

IDENTIFICACIÓN DE PELIGROS

PELIGROS FÍSICOS

Energía Mecánica

Presiones atmosféricas extremas	Vibración *	Ruido
---------------------------------	-------------	-------

Energía Térmica

Temperatura extrema por calor	Temperatura extrema por frío *
-------------------------------	--------------------------------

Energía Electromagnética

Radiaciones ionizantes	Radiaciones no ionizantes
------------------------	---------------------------

PELIGROS QUÍMICOS

Agregados moleculares

Aerosoles Líquidos: Nieblas	Aerosoles sólidos: Fibras, polvos y humo
-----------------------------	--

Moleculares

Vapores	Gases: Orgánicos e inorgánicos
---------	--------------------------------

PELIGROS BIOLÓGICOS

Microorganismos

Virus *	Bacterias *	Rickettsias	Hongos
---------	-------------	-------------	--------

Artropodos

Crustaceos	Arácnidos *	Roedores
------------	-------------	----------

Animales

Invertebrados: Parásitos, protozoos	Vertebrados *	Vegetales: Musgos, helechos, semillas
-------------------------------------	---------------	---------------------------------------

PELIGROS ERGONÓMICOS

Carga física

Estática *	Dinámica
------------	----------

Diseño de puesto de trabajo

Planos de trabajo inadecuado	Espacios de trabajo inadecuado
------------------------------	--------------------------------

PELIGROS PÚBLICOS

Hurto *	Manifestación	Terrorismo	Extorsión y Boleteo	Secuestro	Transito
---------	---------------	------------	---------------------	-----------	----------

PELIGROS FENÓMENOS NATURALES

Tormentas	Erupción Volcánica	Avalanchas	Inundaciones *	Terremotos
-----------	--------------------	------------	----------------	------------

PELIGROS DE SEGURIDAD

Físico - Químico

Incendio *	Explosión	Fugas de Productos Químicos	Reacciones Químicas
------------	-----------	-----------------------------	---------------------

Eléctrico

Alta Tensión	Media Tensión	Baja Tensión *	Equipos Eléctricos	Tableros Eléctricos	Instalaciones Eléctricas
--------------	---------------	----------------	--------------------	---------------------	--------------------------

Mecánico

Maquinas y Equipos	Herramientas	Mecánicos en Movimiento	Equipos y Líneas de Presión *
--------------------	--------------	-------------------------	-------------------------------

Locativos

Trabajo en Alturas	Orden y Aseo	Almacenamiento de Materiales *	Disposición de Máquinas y Equipos	Instalaciones
--------------------	--------------	--------------------------------	-----------------------------------	---------------

PELIGROS PSICOSOCIAL FACTORES DE RIESGO

Condiciones Intralaborales

Se maneja gran cantidad de información, es compleja y/o debe emplearse de manera simultánea (SI)	Se tiene responsabilidad por manejo de dinero, bienes, salud o seguridad de otras personas (NO)	El trabajo y las condiciones en que se realiza implica un gran esfuerzo físico y fatiga (SI)	Se expone a trato negativo del público y/o de compañeros de trabajo (NO)	La comunicación con otras personas es escasa y/o conflictiva (SI)
Las jornadas de trabajo son extensas, en horario nocturno y/o sin descanso (NO)	El tiempo para desarrollar el trabajo es insuficiente (SI)	Se cuenta con tiempo para realizar pausas durante la jornada diaria (NO)	Control El trabajo impide el desarrollo de habilidades y conocimientos (SI)	

Condiciones Extralaborales

El tiempo dedicado a la familia y el descanso es escaso o limitado (SI)	Las relaciones familiares son conflictivas y/o afectan el desarrollo del trabajo (NO)	La situación económica es complicada por bajos ingresos y/o deudas (SI)	El desplazamiento vivienda trabajo vivienda requiere mucho tiempo (NO)	Control El esfuerzo realizado no corresponde con el salario (NO)
---	---	---	--	--

CON ESTE FORMATO SE PERFECCIONA LA AFILIACIÓN AL SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES Y SE CONSTITUYE EN LA IDENTIFICACIÓN DE PELIGROS A LA CUAL USTED SE EXPONE EN LA OCUPACIÓN Y OFICIO QUE USTED REALIZA EN SU JORNADA LABORAL DIARIA EN TODOS SUS ASPECTOS POR LO DISPUESTO EN DECRETO 1563 DE 2016 Y DEMAS NORMAS QUE LOS MODIFICAN, ADICIONAN O COMPLEMENTAN.

Bajo la gravedad de juramento declaro que toda la información suministrada, o que llegue a suministrar, es verídica. En forma expresa autorizo a la administradora ARL SURA S.A, EPS SURA S.A., en adelante "Las compañías", para que el correo de creación de clave sea remitido a la dirección de correo electrónico mencionada. Declaro y acepto que es mi responsabilidad la utilización de la clave asignada. Así mismo, me comprometo a informar o notificar oportunamente a "Las compañías" las novedades que se puedan presentar y que impliquen la necesidad de cancelar la clave otorgada. Exonero a "Las compañías" por el mal uso que pueda hacerse de la clave que se asigna, la cual es de carácter personal, confidencial, indelegable e intransferible.

TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Autorizo expresamente en nombre propio a Suramericana S.A. en calidad de responsable, así como sus filiales, subsidiarias y vinculadas económicamente en Colombia y el exterior, el tratamiento de mis (nuestros) datos personales, incluso datos biométricos y de salud que son datos sensibles, para los fines necesarios relacionados con la prestación del servicio contratado, para realizar actividades de prevención, para ser contactado para el ofrecimiento de productos y servicios, y para las demás finalidades contempladas en la Política de Privacidad disponible en: www.arlsura.com

Para los productos de vida y salud, autorizo expresamente en nombre propio y en favor de los demás asegurados al responsable, para consultar y obtener copia de la historia clínica o datos clínicos, que son datos sensibles, con la finalidad de evaluar y suscribir las pólizas, así como gestionar los riesgos que puedan afectar la salud, bienestar y calidad de vida, y el desempeño ocupacional, aun después de fallecidos.

Lo anterior entendiendo que la autorización para el tratamiento de estos datos sensibles es facultativa. Como titular de la información tengo derecho a conocer, actualizar y rectificar mis datos personales, solicitar prueba de la autorización otorgada para el tratamiento, informarme sobre el uso que se ha dado a los mismos, revocar la autorización, solicitar la supresión de mis datos cuando sea procedente, acceder en forma gratuita a los mismos o interponer peticiones acerca del manejo de dichos datos a través del canal de contacto para ejercer los derechos: línea de Atención al 437 8888 desde Medellín, Bogotá y Cali o al 01 800051888 en el resto del país o a través del correo electrónico protecciondedatos@suramericana.com.co.

Para todos los efectos de afiliación y cobertura del Sistema General de Riesgos Laborales, el domicilio de ARL SURA es la ciudad de Medellín y la dirección es la Calle 49No. 63 - 55 Torre SURAMERICANA

VTBILADO
SUPERINTENDENCIA FINANCIERA
DE COLOMBIA



Firma del trabajador independiente voluntario



Firma del representante ARL SURA

ESTE FORMULARIO SÓLO SE ENTIENDE RECIBIDO SI CONTIENE EL SELLO DE ARL SURA

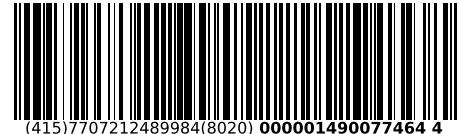
La afiliación será efectiva sólo si cumple con todos los requisitos notificados en el proceso de afiliación, de lo contrario no se perfeccionará la afiliación en ARL SURA de conformidad con las normas vigentes. Para verificar el estado de la afiliación, deberá ingresar a nuestro sitio web www.arlsura.com / Gestión administrativa/Afiliación de Independientes Voluntarios, 24 horas hábiles posteriores a la entrega de la información.

SI NO SE CUMPLEN LOS REQUISITOS LA DOCUMENTACIÓN SERÁ DESTRUIDA.

2. Concepto Actualización

4. Número de formulario

14900774644



(415)7707212489984(8020) 000001490077464 4

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

1 0 7 0 7 0 7 6 5 0

6. DV

9

12. Dirección seccional

Impuestos de Bogotá

14. Buzón electrónico

3 2

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente

Persona natural o sucesión ilíquida

25. Tipo de documento

Cédula de Ciudadanía

26. Número de Identificación

1 0 7 0 7 0 7 6 5 0

Lugar de expedición

COLOMBIA

28. País

1 6 9

29. Departamento

Cundinamarca

2 5

30. Ciudad/Municipio

La Vega

4 0 2

31. Primer apellido

LEON

32. Segundo apellido

FIGUEROA

33. Primer nombre

YURY

34. Otros nombres

LORENA

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

38. País

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento

Cundinamarca

2 5

40. Ciudad/Municipio

Cajicá

1 2 6

41. Dirección principal

CL 5 5 33

42. Correo electrónico

loleon1995@gmail.com

43. Código postal

44. Teléfono 1

3 1 8 3 9 1 8 2 2 1

45. Teléfono 2

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Ocupación

Actividad principal

46. Código

8 6 9 9

47. Fecha inicio actividad

2 0 1 9 0 3 2 4

Actividad secundaria

48. Código

49. Fecha inicio actividad

Otras actividades

50. Código

1

2

51. Código

52. Número establecimientos

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	2	0																							

20- Obtención NIT

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

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

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 LEON FIGUEROA YURY LORENA

985. Cargo CONTRIBUYENTE



Hace constar:

Que el Sr(a) YURY LORENA LEON FIGUEROA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1070707650 realizó el día 12/02/2025 la inducción en Seguridad y Salud en el Trabajo de la entidad y aprobó la respectiva evaluación.

La presente constancia tiene validez para aplicación y uso al interior de la entidad, con el fin de dar cumplimiento al Decreto 1072 de 2015, Libro 2, Parte 2, Título 4, Capítulo 6, Artículo 2.2.4.6.11., Parágrafo 2.

Compromiso SST:

Yo YURY LORENA LEON FIGUEROA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1070707650 me comprometo a dar cumplimiento a las obligaciones en Seguridad y Salud en el Trabajo (Decr. 1072/2015):

1. Procurar el cuidado integral de mi salud.
2. Contar con los elementos de protección personal necesarios para ejecutar la actividad contratada, para lo cual asumiré su costo.
3. Informar a los contratantes la ocurrencia de incidentes, accidentes de trabajo y enfermedades laborales.
4. Participar en las actividades de Prevención y Promoción organizadas por los contratantes, los Comités Paritarios de Seguridad y Salud en el Trabajo o Vigías Ocupacionales o la Administradora de Riesgos Laborales.

Firma

Dependencia de Seguridad y Salud en el Trabajo – Secretaría General -



SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
MANUAL DE DISCAPACIDAD Y SU POLÍTICA EN EL SENA

Agencia Pública
DE EMPLEO

Hace constar:

Que el Sr(a) YURY LORENA LEON FIGUEROA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1070707650 el día 17/02/2025 aprobó la respectiva evaluación de apropiación de conocimientos del Manual de Discapacidad y su Política en el SENA.

La presente constancia tiene validez al interior de la entidad, en la generación de una cultura institucional incluyente, como acción afirmativa para promover acciones integrales y accesibles para las Personas con Discapacidad, de acuerdo con lo contenido en la Resolución 1726 de 2014, mediante la cual el SENA adopta su Política Institucional para la atención de personas con discapacidad.

Dirección de Empleo y Trabajo - Secretaría General - SENA



Verificados los resultados del participante en el curso virtual
Función Pública certifica que:

YURY LORENA LEON FIGUEROA

C.C 1.070.707.650

Participó y completó el curso virtual:

Integridad, transparencia y lucha contra la corrupción.

Con una duración de 20 horas.

Bogotá D.C., 17 de enero 2025

Aura Isabel Mora

Código: 761729450000

Directora de Participación, Transparencia y Servicio al Ciudadano