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 ATLÁNTICO

CENTRO NACIONAL COLOMBO ALEMAN- ATLÁNTICO

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

Código Regional	**8**
Código Centro	**920710**
Fecha Elaboración	**Febrero de 2025**
Versión	**ENERO - 2.25**
ID de Proceso	**25325-675105**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	GYNA PATRICIA TORRES ORTIZ	**Banco a consignar:**	BANCOLOMBIA
Cédula de Ciudadanía	55.234.456	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	gptorres6@misena.edu.co	**Número de Cuenta:**	76952265292
IP/Nº de contacto:	52216	**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**	SI

¿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:	7389595/2025	**Nº Compromiso SIIF**	**28225**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	11

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	R.P-INSTRUCTOR: PRESTAR SERVICIOS PERSONALES COMO INSTRUCTOR PARA ORIENTAR FORMACIÓN PROFESIONAL TITULADA Y COMPLEMENTARIA EN LAS ÁREAS DE DESARROLLO PUBLICITARIO, DESARROLLO MULTIMEDIA Y WEB - DESARROLLO DE MEDIOS GRÁFICOS VISUALES, DE ACUERDO CON L

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**10/02/2025 Al 28/02/2025**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 47.834.914
Número de pago	**1**	**Valor Total del Contrato:**	$ 47.834.914
Valor Bruto Pago:	**$ 2.913.023,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 44.921.891

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 2.913.023	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	**$ 2.913.023**	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 1.874.723**	**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		----------	**9481805283**
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.423.500	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 178.000	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 227.800	$ 0
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0
ARL I		$ 7.500	$ 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		$ -	
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC		$ -	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias		$ -	
Intereses Prestamo de Vivienda		$ -	
Dependientes hasta		$ -	
Salud hasta	$ 796.784	$ -	
Renta Exenta 25%	$ 36.062.775	$ 625.000	
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	1.874.723,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	2.507.223,00	
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 - BARRANQUILLA	25.072,00	1,000%
-	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	**$2.887.951,00**	

SON: DOS MILLONES OCHOCIENTOS OCHENTA Y SIETE MIL NOVECIENTOS CINCUENTA Y UN PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Acciones iniciales formación para el año académico 2025

Desarrollo multimedia y Web Ficha No 2834410 – 3118417 - 2898183 Desarrollo Publicitario Ficha No 2834760

Ajuste a los cronogramas de las fases ,publicación de los respectivos anuncios de bienvenida y 2025

Activación de foros de dudas e inquietudes, Activación de las evidencias en la fase actual , conferencia Web

Participación en la reunión Inicio de actividades académicas I trimestre 2025

Transferencias de orientación en el uso de LMS institucional ZAJUNA desde la dirección General para la titulada Virtual

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

Gyna P. Torres O.

GYNA PATRICIA TORRES ORTIZ
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,

ELKIN DAVID PERTUZ RADA
INSTRUCTOR

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
DORIS ESTER DEL TORO RUIZ
SUBDIRECTORA DE CENTRO G02

20/02/25 17:06:16 USUARIO: SIC - C.C. 55234456

Bancolombia

Sucursal Virtual

18 febrero 2025 20:21:35

Pago PSE

Pago exitoso

CUS 1277140384

Comercio
APORTES EN LINEA

Referencia 1
161.10.148.88

Fecha
18 febrero 2025 20:21:35

Referencia 2
CC

Número de factura
9481805283

Referencia 3
55234456

Descripción del pago
Pago de la Planilla de aportes con clave: 9481805283

Valor del Pago
$413,300

Número de comprobante
TR2020290384

Costo de la transacción
$ 0

Producto origen
Cuenta de ahorros
****** 5292**

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 55234456		TORRES ORTIZ GYNA PATRICIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL 54 NO 44-145 AP 1C	BARRANQUILLA-ATLANTICO	3015018223	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-02	2025-02	1277140384	9481805283	I	2025/03/13	2025/02/19	BANCOLOMBIA	0	$413,300

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$7,500		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$7,500		$0	$0
Ciudad: BARRANQUILLA Depto: ATLANTICO (1 Afiliados)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$7,500		$0	$0
1	CC 55234456	TORRES GYNA	230301	30	$1,423,500	$227,800	EPS010	30	$1,423,500	$178,000		0	$0	$0	14-23	30	$1,423,500	$7,500	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$7,500		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 55234456		TORRES ORTIZ GYNA PATRICIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL 54 NO 44-145 AP 1C	BARRANQUILLA-ATLANTICO	3015018223	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-02	2025-02	1277140384	9481805283	I	2025/03/13	2025/02/19	BANCOLOMBIA	0	$413,300

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$227,800	$0	$0	$227,800
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$227,800	$0	$0	$227,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$7,500	$0	$0	$7,500
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$7,500	$0	$0	$7,500
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$178,000	$0	$0	$178,000
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	$178,000	$0	$0	$178,000
TOTAL				1	$413,300	$0	$0	$413,300

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14796286718

(415)7707212489984(8020) 000001479628671 8

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

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Atlántico 0 8	Barranquilla 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
TORRES	ORTIZ	GYNA	PATRICIA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Atlántico 0 8	Barranquilla 0 0 1

41. Dirección principal: CL 54 44 145 AP 1 C

42. Correo electrónico: gynapatricia@gmail.com

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

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
7 7 0 2 0	2 0 1 3 0 2 0 4	8 5 5 1	2 0 1 3 0 2 0 4	1 8 1 2	7 3 1 0	3 4 7 1	

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 4 9																									

49 - No responsable de IVA

Obligados 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 [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2021 - 11 - 09 / 15 : 35: 40

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 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016
Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada:

984. Nombre TORRES ORTIZ GYNA PATRICIA
985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Hace constar:

Que el Sr(a) GYNA PATRICIA TORRES ORTIZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 55234456 realizó el día 19/02/2025 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, Articulo 2.2.4.6.11., Parágrafo 2.

Compromiso SST:

Yo GYNA PATRICIA TORRES ORTIZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 55234456 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.

Gyna P. Torres O.

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) GYNA PATRICIA TORRES ORTIZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 55234456 el día 19/02/2025 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

Diseñado por: Grupo Gestión de los Sistemas de Información - Oficina de Sistemas

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL

DECRETO 1082 DE 2015

CIUDAD DE EXPEDICIÓN	SUCURSAL	COD.SUC	NO.PÓLIZA	ANEXO
CALI	**CALI**	**45**	**45-44-101163263**	**0**

FECHA EXPEDICIÓN DÍA	MES	AÑO	VIGENCIA DESDE DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	VIGENCIA HASTA DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	TIPO MOVIMIENTO
05	**02**	**2025**	**10**	**02**	**2025**	**00:00**	**23**	**04**	**2026**	**23:59**	**EMISION ORIGINAL**

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZON SOCIAL		IDENTIFICACIÓN	
	TORRES ORTIZ, GYNA PATRICIA		**CC: 55.234.456**
DIRECCIÓN: CL 54 NRO. 44 - 145 APTO 1C	CIUDAD: BARRANQUILLA, ATLANTICO	TELÉFONO:	3015018223

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO / BENEFICIARIO:		IDENTIFICACIÓN	
	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE -SENA- CENTRO NACIONAL COLOMBO ALEMAN SECCIONAL ATLANTICO		**NIT: 899.999.034-1**
DIRECCIÓN: CALLE 30 NO.3E-164	CIUDAD: BARRANQUILLA, ATLANTICO	TELÉFONO	3344861

ADICIONAL:

OBJETO DEL SEGURO

CON SUJECIÓN A LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA QUE SE ANEXAN ECU010B, QUE FORMAN PARTE INTEGRANTE DE LA MISMA Y QUE EL ASEGURADO Y EL TOMADOR DECLARAN HABER RECIBIDO Y HASTA EL LÍMITE DE VALOR ASEGURADO SEÑALADO EN CADA AMPARO, SEGUROS DEL ESTADO S.A., GARANTIZA:

GARANTIZAR EL PAGO DE LOS PERJUICIOS DERIVADOS DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES ORIGINADOS EN VIRTUD DEL CONTRATO NO. CO1.PCCNTR.7389595 CUYO OBJETO ES:

PRESTAR SERVICIOS PERSONALES COMO INSTRUCTOR PARA ORIENTAR FORMACION PROFESIONAL TITULADA Y COMPLEMENTARIA EN LAS AREAS DE DESARROLLO PUBLICITARIO,DESARROLLO MULTIMEDIA Y WEB DESARROLLO DE MEDIOS GRAFICOS VISUALES, DE ACUERDO CON LA PROGRAMACION ESTABLECIDA POR LA COORDINACION ACADEMICA DE AUTOMATIZACION DEL CENTRO NACIONAL COLOMBO ALEMAN, CUMPLIENDO CON LO ESTABLECIDO EN LA GUIA DE ORIENTACIONES PARA LA FORMACION EN AMBIENTES VIRTUALES DE
APRENDIZAJE AVA.

AMPAROS

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS

AMPAROS	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	SUMA ASEG/ACTUAL
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	**10/02/2025**	**23/04/2026**	**$4,783,491.40**

ACLARACIONES

VALOR PRIMA NETA	GASTOS EXPEDICIÓN	IVA	TOTAL A PAGAR	VALOR ASEGURADO TOTAL	PLAN DE PAGO
$ ******20,000.00	$ *******8,000.00	$ *******5,320.00	$ ***********33,320.00	$ ********4,783,491.40	CONTADO

INTERMEDIARIO			DISTRIBUCION COASEGURO		
NOMBRE	CLAVE	% DE PART.	NOMBRE COMPAÑIA	% PART.	VALOR ASEGURADO
BARONA VILLA CIA. LTDA. ASESORES	153946	100.00			

QUEDA EXPRESAMENTE CONVENIDO QUE LAS OBLIGACIONES DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. SE REFIERE UNICAMENTE AL OBJETO Y OBSERVACIONES DE LA(S) GARANTIA(S) QUE SE ESPECIFICAN EN ESTE CUADRO.

NOTA: SEGUROS DE ESTADO S.A SE RESERVA EL DERECHO DE REVISAR Y HACER ACOMPAÑAMIENTO AL RIESGO ASUMIDO DURANTE LA VIGENCIA DE LA PRESENTE PÓLIZA, POR LO TANTO EL ASEGURADOR COMO EL TOMADOR, PRESTARAN SU COLABORACIÓN

45-44-101163263

FIRMA AUTORIZADA: Jose Luis Ojeda - Vicepresidente de Fianzas

Gyna P. Torres O.

FIRMA TOMADOR

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA VIGILADO

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL

DECRETO 1082 DE 2015

CIUDAD DE EXPEDICIÓN	SUCURSAL	COD.SUC	NO.PÓLIZA	ANEXO
CALI	**CALI**	**45**	**45-44-101163263**	**0**

FECHA EXPEDICIÓN DÍA	MES	AÑO	VIGENCIA DESDE DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	VIGENCIA HASTA DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	TIPO MOVIMIENTO
05	**02**	**2025**	**10**	**02**	**2025**	**00:00**	**23**	**04**	**2026**	**23:59**	**EMISION ORIGINAL**

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZON SOCIAL	IDENTIFICACIÓN
TORRES ORTIZ, GYNA PATRICIA	**CC: 55.234.456**

DIRECCIÓN:	CIUDAD:	TELÉFONO:
CL 54 NRO. 44 - 145 APTO 1C	BARRANQUILLA, ATLANTICO	3015018223

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO / BENEFICIARIO:	IDENTIFICACIÓN
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE -SENA- CENTRO NACIONAL COLOMBO ALEMAN SECCIONAL ATLANTICO	**NIT: 899.999.034-1**

DIRECCIÓN:	CIUDAD:	TELÉFONO
CALLE 30 NO.3E-164	BARRANQUILLA, ATLANTICO	3344861

ADICIONAL:

PAGUESTADO
PORTAL DE PAGOS

PAGINA WEB

CORRESPONSALES BANCARIOS

Pagos con convenio *No aplica para transferencias

Banco de Bogotá — Seguros del Estado S.A Cuenta Corriente 008465445

Grupo Bancolombia — Seguros del Estado S.A Cuenta Convenio 47189

VALOR PRIMA NETA	GASTOS EXPEDICIÓN	IVA	TOTAL A PAGAR	VALOR ASEGURADO TOTAL	PLAN DE PAGO
$ ******20,000.00	$ *******8,000.00	$ *******5,320.00	$ ************33,320.00	$ ********4,783,491.40	CONTADO

INTERMEDIARIO				DISTRIBUCION COASEGURO		
NOMBRE		CLAVE	% DE PART.	NOMBRE COMPAÑIA	% PART.	VALOR ASEGURADO
BARONA VILLA	CIA. LTDA. ASESORES	153946	100.00			

QUEDA EXPRESAMENTE CONVENIDO QUE LAS OBLIGACIONES DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. SE REFIERE UNICAMENTE AL OBJETO Y OBSERVACIONES DE LA(S) GARANTIA(S) QUE SE ESPECIFICAN EN ESTE CUADRO.

NOTA: SEGUROS DE ESTADO S.A SE RESERVA EL DERECHO DE REVISAR Y HACER ACOMPAÑAMIENTO AL RIESGO ASUMIDO DURANTE LA VIGENCIA DE LA PRESENTE PÓLIZA, POR LO TANTO EL ASEGURADOR COMO EL TOMADOR, PRESTARAN SU COLABORACIÓN

PARA EFECTOS DE NOTIFICACIONES LA DIRECCIÓN DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. ES CALLE 7N NO. 1N-15/1N-45 - TELEFONO: 6672954 - CALI

FORMA DE PAGO		
BANCO	**CHEQUE No.**	**VALOR**

EFECTIVO	
CHEQUE	
TOTAL $	

(415)7709998021167(8020)11011640488821(3900)000000033320(96)20260210

REFERENCIA PAGO:

1101164048882-1

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

COPIA PARA PAGO EN BANCOS NO NEGOCIABLE

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

CONSTANCIA DE NO REVOCATORIA NI CANCELACION POR FALTA DE PAGO DE LA PRIMA

Hacemos constar, que la póliza Nº 101163263, anexo 0, no expirara por falta de pago de la prima, ni por revocatoria unilateral del tomador de la póliza o de la aseguradora.

Lo anterior de conformidad con lo establecido en el decreto 1082 de 2015 el cual regula las garantías ante entidades estatales

Dado en CALI a los 05 días del mes de FEBRERO de 2025

45-44-101163263

FIRMA AUTORIZADA: Jose Luis Ojeda - Vicepresidente de Fianzas

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

ASIENTO DE DIARIO No.
450613570

Nit. 860009578-6

EXPEDIDO EN	SUCURSAL	CODIGO	FECHA	CLAVE	NOMBRE
CALI	CALI	45	05/02/2025		

RECIBIMOS DE: TORRES ORTIZ GYNA PATRICIA **NIT.** 55.234.456

LA SUMA DE: CERO M/CTE.**********

POR CONCEPTO DE: CRUCE

SUC-RAMO-POLIZA-ENDOSO	PRIMA	GASTO	IVA	RUNT	VALOR
CALI - CU. ENTIDAD.EST. - 101163263 - 0	20,000.00	8,000.00	5,320.00	0.00	33,320.00
CALI - CU. ENTIDAD.EST. - 101163212 - 1	-20,000.00	-8,000.00	-5,320.00	0.00	-33,320.00

OTROS CONCEPTOS DE PAGO	VALOR

FORMA DE PAGO

EFECTIVO:
CHEQUE:
TARJETA:
BD:
OTROS:

TRANSACCION 450613570 **TOTAL:** **0.00**

CAJERO: MAYDAFERNANDEZ

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

ASIENTO DE DIARIO No.
450613570

860009578-6

EXPEDIDO EN	SUCURSAL	CODIGO	FECHA	CLAVE	NOMBRE
CALI	CALI	45	05/02/2025		

RECIBIMOS DE: TORRES ORTIZ GYNA PATRICIA **NIT.** 55.234.456

LA SUMA DE: CERO M/CTE.**********

POR CONCEPTO DE: CRUCE

SUC-RAMO-POLIZA-ENDOSO	PRIMA	GASTO	IVA	RUNT	VALOR
CALI - CU. ENTIDAD.EST. - 101163263 - 0	20,000.00	8,000.00	5,320.00	0.00	33,320.00
CALI - CU. ENTIDAD.EST. - 101163212 - 1	-20,000.00	-8,000.00	-5,320.00	0.00	-33,320.00

OTROS CONCEPTOS DE PAGO	VALOR

FORMA DE PAGO

EFECTIVO:
CHEQUE:
TARJETA:
BD:
OTROS:

TRANSACCION 450613570 **TOTAL:** **0.00**

CAJERO: MAYDAFERNANDEZ

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

SEGUROS DEL ESTADO

860.009.578 - 6

HACE CONSTAR

Que el tomador **TORRES ORTIZ GYNA PATRICIA,** identificado con CC. No. **55234456** se encuentra a **PAZ Y SALVO** con la Compañía Seguros del Estado S.A, respecto al pago de la póliza de **CUM. ENTIDAD ESTATAL.** No**. 45-44-101163263** anexo 0; por valor de **$ 33,320.**

Esta constancia se expide a solicitud del interesado a los 05 días del mes de febrero de 2025.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Cordialmente,



MARIBEL RODRIGUEZ GAVIRIA
Coordinadora de Cartera Sucursal Cali
Tel 6672954 ext 125, cel .310 2480280
Calle 7 Norte No. 1N – 45, B/ Centenario
Maribel.rodriguez@segurosdelestado.com

Intermediario: BARONA VILLA CIA. LTDA. ASESORES DE SEGUROS

Myff-

SERVICIO INTEGRAL DE ESPECIALISTAS EN SALUD OCUPACIONAL S.A.S. CRA 58 No. 70 – 129 CENTRO MEDICO CHICAGO CONSULTORIO 105 TEL: 3356776 – 3005425060	*CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL*	**FECHA Y CIUDAD DE REALIZACION DEL EXAMEN**		
		18	01	2023
	PRO	**BARRANQUILLA**		
	Fecha 01 junio 2018	TIPO DE EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL		
	Versión 3	PRE-INGRESO ■ PERIODICO ☐ RETIRO ☐		
		POST-INCAPACIDAD ☐ OTROS ☐		

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARA O LABORÓ EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

SENA	**INSTRUCTORA**
NOMBRE DE LA EMPRESA	CARGO

DATOS DEL TRABAJADOR O ASPIRANTE (Documento identificación C.C. cedula de ciudadanía, C.E. cedula extranjería, T.I. tarjeta identidad)

TORRES	ORTIZ	GYNA PATRICIA	EDAD	DOCUMENTO DE IDENTIFICACION	
			38	CC	55.234.456
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES	AÑOS	TIPO	NUMERO

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL: SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL TRABAJO EN ALTURA : N/A

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL ESPACIO CONFINADO : N/A

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL PERIODICO : N/A

RESTRICCIONES: **N/A**

RECOMENDACIONES: EJERCICIO RECREATIVO, CONTROL DE PESO CORPORAL, DIETA SANA

Evitar estas condiciones o funciones		Agentes o factores de riesgo		T	P
Levantamiento y transporte manual de carga ☐	Posturas forzadas ☐	Ergonómico ☐	Físico ☐		
Empuje de carga ☐	Subir o bajar escaleras más del 50% de la jornada ☐	Mecánico ☐	Psicolaboral ☐		
Movimientos repetitivos ☐		Eléctrico ☐	Orden público ☐		
Exposición a vibración ☐	Otra ☐	Químico ☐	Biológico ☐		

Otra Condición (escribir letra imprenta clara):

Valorar por su EPS: Otorrinolaringología ☐ Neurocirugía ☐ Ortopedia ☐ Oftalmología ☐ Optometría ☐ Cirugía ☐ Nutricionista ☐ Medicina interna ☐ Dermatología ☐ Neumología ☐	**Ingresar sistema vigilancia epidemiológica:** SVE Osteomuscular ☐ SVE Conservación auditiva ☐ SVE Conservación visual ☐ SVE Prevención riesgo cardiovascular: Hipertensión arterial ☐ Diabetes ☐ Dislipidemia ☐ Sobrepeso y Obesidad ☐ SVE Conservación Respiratoria ☐	**Especificas:** Actividad física diaria ■ Dieta Balanceada ■ Estilo vida Saludable ■ Pausas Activas ■ Uso EPP ■

Exámenes Realizados: EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL OSTEOMUSCULAR, AUDIOMETRIA, VISIOMETRIA, TEST PSICOLOGICO, ELECTROCARDIOGRAMA

Laboratorios Realizados: HEMOGRAMA, PERFIL LIPIDICO, CUADRO HEMÁTICO

Sospecha de: Secuela accidente de trabajo SI __,NO_X_ Enfermedad profesional SI__ NO_X_ Enfermedad común agravada por el trabajo SI__NO_X_
Si al examen de egreso encuentra una presunta enfermedad profesional o secuela de eventos profesionales (no diagosticados) ocurridos durante el tiempo en que la persona laboró en la empresa, el empleador elaborará y presentará el correspondiente reporte(furet) a las respectivas entidades (ARP-EPS).

Hacemos constar que hemos realizado examen médico ocupacional al trabajador y de acuerdo a la resolución 2346 de 2007 y la resolución 1918 de 2009, la custodia y reserva de la historia clínica ocupacional y, en general, los documentos, exámenes o valoraciones clínicas o paraclínicos que allí reposan son estrictamente confidenciales y será responsabilidad de nuestra institución. Esta estará disponible para los fines legales pertinentes.

Cyndy J. Contreras Pino
Médico Especialista en
Seguridad y Salud en el trabajo
Resolución: 4683 R.M 70274-13

FIRMA Y SELLO MEDICO ESP. SS.OO.
RM. 700274-1
Lic. SS.OO.: 4683

FIRMA DEL TRABAJADOR

LABORATORIO CLINICO NEWTON

NIT: 22.473.667-1

Fecha: 18/01/2023 SEDE: Principal

Paciente: GYNA PATRICIA TORRES ORTIZ **Recepción:** 16355 **Sala:** N/A
Edad: 39 A **Sexo:** F **Identificación:** 55234456. **Fecha rcp:** 18/01/2023 9:56:27
Teléfonos: **Médico :** No Asignado
Empresa: salud ocupacional - sideso

		Resultado	Valores de referencia
Hematologia			
1	**HEMOGRAMA TIPO I**		
	A - ERITROGRAMA-		
	Hemoglobina	13.0 gr/dl	11.0 a 15.0 gr/dl
	hematocrito	39 %	34 a 42 %
	Eritrocitos	4300000 /mm³	4000 a 5000 /mm³
	promedio de volumen corpuscular (PVC)	90.6 um³	80 a 97 um³
	promedio de Hemoglobina Corpuscular (PHC)	30.2 pg	26.5 a 33.5 pg
	Promedio de Concentración de la Hemoglobina (PCHC)	33.3 gr/dl	31 a 38 gr/dl
	B - LEUCOGRAMA -		
	Recuento de Leucocitos	7500 /mm³	5.0 a 10.0 /mm³
	P.N. Neutrofilos	59 %	43 a 65 %
	P.N. Eosinofilos	1 %	1 a 5 %
	Linfocitos	39 %	30 a 40 %
	Monocitos	1 %	3 a 6 %
Quimica			
2	Colesterol total sérico	159 mg/dl	100 a 200 mg/dl
3	Glucosa sanguínea	80 mg/dl	70 a 100 mg/dl
4	Trigliceridos sérico	100 mg/dl	60 a 150 mg/dl

LABORATORIO CLINICO NEWTON
REGISTRO. BACTERIOLOGO Nº 1047

RESULTADOS EVALUACION PSICOSOCIAL - EMOCIONAL

El análisis de los resultados que se presentan a continuación se realizó de manera sintética, teniendo en cuenta los resultados de las técnicas de selección y evaluación (entrevistas, pruebas de conocimiento, aptitudes, de personalidad y fobias). De esta manera se presenta un análisis del evaluado y una descripción de sus fortalezas y debilidades considerando el futuro desempeño y proyección en la Organización. La información aquí contenida es estrictamente confidencial.

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nombres y Apellidos	: GYNA PATRICIA TORRES ORTIZ
Cédula	: 55.234.456
Edad	: 38
Fecha de Nacimiento	: 21 DE OCTUBRE DE 1984
Estado Civil	: CASADA
Nivel académico	: PROFESIONAL
Empresa	: SENA
Cargo en evaluación	: INSTRUCTOR
Fecha	: 18-01-22
Ciudad	: BARRANQUILLA

2. ASPECTOS RELEVANTES EN LA ENTREVISTA

La evaluada es casada y es la menor de tres hermanos.

RESULTADOS EVALUACION PSICOSOCIAL - EMOCIONAL

3. ANALISIS DE RESULTADOS

Durante la entrevista se mostró atenta, cordial, amable,

Es práctica en la ejecución de su labor. Demuestra respeto por las normas establecidas por la organización.

Es comprometida.

No se evidencian síntomas depresivos, psicóticos, antecedentes psiquiátricos personales, ni otras patologías incapacitantes tales como convulsiones, adicciones o estrés postraumático.

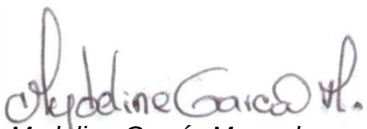
En el ítem H que mide la reactividad del sistema nervioso con base a la tendencia en la persona capaz de funcionar bajo altos niveles de estrés, ignoran las señales que indiquen peligros externos, obtuvo un puntaje dentro de la media.

En la entrevista el evaluado destaca de su fortaleza ser creativa.

De igual manera comenta que su debilidad es ser un poco insegura.

4. CONCLUSION

De acuerdo con las pruebas psicotécnicas, entrevista realizada y perfil del cargo se infiere que el señor(a) GYNA PATRICIA TORRES ORTIZ, presenta un adecuado nivel de desempeño para el cargo.



Mydeline García Mercado
Psicóloga. T.P. 113916.

SERVICIO INTEGRAL DE ESPECIALISTAS
EN SALUD OCUPACIONAL S.A.S.
LSO: 517- 2017 NIT: 802.007.728-4
Carrera 58 No. 70- 129 Consultorio 105 Tel: 3356776
Móviles: 300 5425060 - 3014089391
E-mail: sidesobarranquilla@gmail.com
Barranquilla - Colombia

VISIOMETRÍA OCUPACIONAL

SERVICIO INTEGRAL DE ESPECIALISTAS EN SALUD OCUPACIONAL
Cra 58 No.70-129 Telefax: 3687760 -Cel: 300 5425060
e-mail: sidesobarranquilla@gmail.com
Barranquilla – Colombia

Fecha:	18	01	23

Ingreso	Periodo	Retiro

INFORMACIÓN GENERAL

Código:	Sonia	C.C.	55 234 456	Edad:	28	Sexo:	X	M				
Nombres:	Gyna	Apellidos:	Toro	Ortiz								
Fecha de Nacimiento:		Lugar:				Procedencia:						
Dirección Residencia:						Teléfono:						
Estado Civil:	S	C	UL	V	SE	Estudios:	P	S	T	Tecnol	U	PO
Profesión:		Fecha ingreso:				Sección:						
Cargo actual:		Tiempo en el Cargo:										
Factor(s) de Riesgo:												
Se le suministran EPP Si ( ) No (X)	Los usa? Si ( ) No ( )	Lo Capacitaron? Si ( ) No ( )										

SIN LENTES		CON LENTES	
VISIÓN LEJANA (20 PIES)	VISIÓN CERCANA (20 PIES)	VISIÓN LEJANA (20 PIES)	VISIÓN CERCANA (14 PIES)
AV. O.D. 20/30	O.D. 20/30	O.D. _____	O.D. _____
O.I. 20/30	O.I. 20/20	O.I. _____	O.I. _____
A.O. 20/30	A.O. 20/30	A.O. _____	A.O. _____

PROFUNDIDAD SI X NO _____

COLOR: O.D. SI X NO _____
O.I. SI X NO _____

FORIA I
SI _____ NO _____

FORIA II
SI _____ NO _____

CAMPO VISUAL.
O.D. SI _____ NO _____ 85 _____ 70 _____ 55 _____ 45 _____
O.I. SI _____ NO _____ 85 _____ 70 _____ 55 _____ 45 _____

ANTECEDENTES PERSONALES

USA ANTEOJOS SI _____ NO / DURANTE QUE TIEMPO? _____

USA LENTES DE CONTACTO SI _____ NO X DURANTE QUE TIEMPO? _____

DEFECTO DE REFRACCIÓN. DE CERCA _____ DE LEJOS _____

CIRUGIAS: SI _____ NO X CUAL? _____

ACCIDENTES EN LOS OJOS: _____

FECHA ULTIMO EXAMEN DE AGUDEZA VISUAL _____

ANTECEDENTES FAMILIARES

PROBLEMAS DE VISIÓN SI _____ NO X
USAN ANTEOJOS SI _____ NO X PARENTESCO _____
USAN LENTES DE CONTACTO SI _____ NO X

EXAMEN FÍSICO

ESTRABISMO _____ NISTAGMOS _____ PTOSIS PALPERAL _____

OBSERVACIONES, RESULTADOS Y RECOMENDACIONES

Emétropes.

Gyna Toro O. CC 55.234.456
Firma y CC del Examinado

Cyndi J. Contreras Pino
Médico Especialista en Seguridad y Salud en el Trabajo
R.M. 4683 R.M. 75-14-13
Firma Profesional y Lic.

Powered by CamScanner

AUDIOMETRÍA OCUPACIONAL

SERVICIO INTEGRAL DE ESPECIALISTAS EN SALUD OCUPACIONAL

Cra 58 No.70-129 Telefax: 3356776 - Cel. 300 5425060
e-mail: sidesobarranquilla@gmail.com
Barranquilla – Colombia

Fecha:	18	01	23

Ingreso	Periodo	Retiro
X		

1. INFORMACIÓN GENERAL

Código:													
Nombres:	Jester Manuel		C.C.			Edad:	39	Sexo:	F	X M			
Fecha de Nacimiento:						Apellidos:	Navas Escorcia						
Dirección Residencia:						Lugar:		Procedencia:					
Estado Civil:	S	C	UL	V	SE	Estudios:	P	S	T	Tecnol	U	PO	
Profesión:						Fecha ingreso:		Sección:					
Cargo actual:						Tiempo en el Cargo:							
Factor(s) de Riesgo:													

Se le suministran EPP Si ( ) No (X) Los usa? Si ( ) No ( ) Lo Capacitaron? Si ( ) No ( )

Antecedentes de exposición a ruido industrial: SI_____ NO__X__

Duración Exposición (años)

Servicio Militar:

Pasatiempo relacionados con ruido: SI_____ NO__X__ CUAL:_____

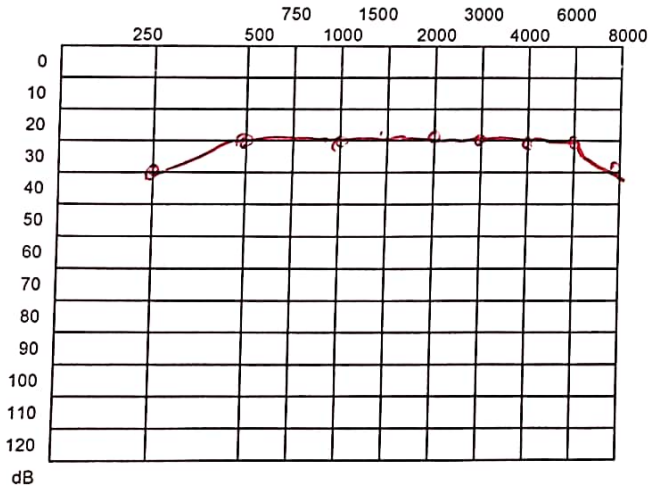
Antecedentes Otológicos: SI_____ NO__X__

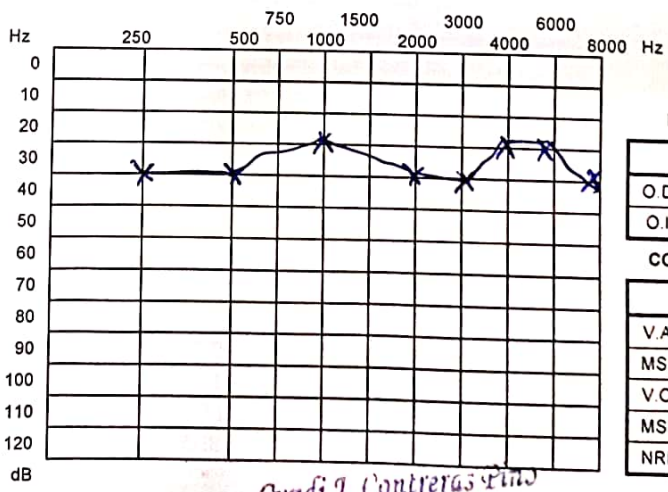
Hipoacusia ( ) Acufenos ( )
Acufenos ( ) Otalgia ( )
Otorrea ( ) Vértigo ( )
Mareos ( ) Otros:_____

Observaciones:_____

DX:
O.D. Normal **O.I.** Normal

AUDIOMETRIA:





PROMEDIOS

	V.A.
O.D.	0
O.I.	X

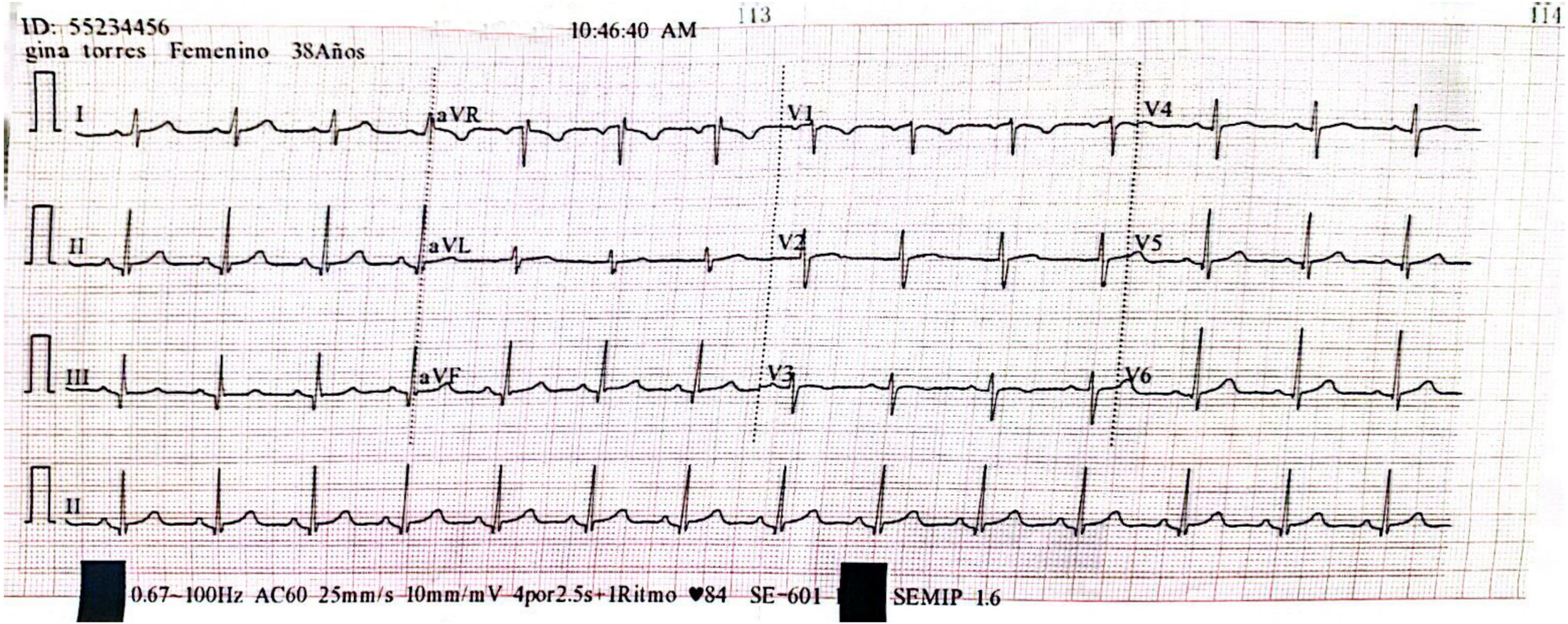
CONVENCIONES

	O.D.	O.I.
V.A.	0	X
MSK	Δ	□
V.O.	<	>
MSK	[	]
NRE	↘	↙

Jester Navas E
Firma y CC del Examinado 7247607

Cyndi J. Contreras Pino
Médico Especialista en Seguridad y Salud en el Trabajo
Resolución 4683 R.M 70274-13
Firma Médico Esp. S.O - Lic.

Powered by CamScanner


ID: 55234456
10:46:40 AM
gina torres Femenino 38Años
I
aVR
V1
V4
II
aVL
V2
V5
III
aVF
V3
V6
II
0.67~100Hz AC60 25mm/s 10mm/mV 4por2.5s+1Ritmo ♥84 SE-601
SEMIP 1.6

Certificado
Bancario

Viernes, 24 de enero de 2025

Señor(a)
SENA

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que GYNA PATRICIA TORRES ORTIZ identificado(a) con CC 55234456, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA DE AHORROS	76952265292	2009/08/14	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: (57-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (57-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (57-5) 361 88 88 - Cali - Local: (57-2) 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.

Juan Camilo Moreno Gómez
Gerente Estrategia Canal Telefónico

Bancolombia

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
BANCOLOMBIA S.A. Establecimiento Bancario.

Hacienda

POSITIVA COMPAÑIA 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, **GYNA PATRICIA TORRES ORTIZ** identificado con **CC** No. **55234456**, registra la siguiente información.

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA - NI. 899999034	**Fecha de inicio de cobertura:** 12/02/2025 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Fecha de inicio de Contrato:** 10/02/2025 **Fecha fin de Contrato:** 23/12/2025 **Tipo Vinculación:** TRABAJADOR INDEPENDIENTE **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): 202501012691112.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 19 días del mes de febrero de 2025.

Cordialmente,

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
APO_13_2_2_FR01 v_09
MIS_4_1_3_FR15 v_010