

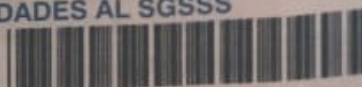
 SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE	FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONAS NATURALES (RENTAS DE TRABAJO ARTICULO 103 ESTATUTO TRIBUTARIO) REGIONAL VALLE CENTRO DE ELECTICIDAD Y AUTOMATIZACIÓN INDUSTRIAL-CEAI-VALLE Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1		Código Regional		76				
			Código Centro		922710				
			Fecha Elaboración		Marzo de 2025				
			Versión		ENERO - 2.25				
			ID de Proceso		36033-344214				
DATOS DEL CONTRATISTA									
Nombres y apellidos:		LUIS FERNANDO VALENCIA GARCIA		Banco a consignar:		BANCOLOMBIA			
Cédula de Ciudadanía		16.799.566		Tipo de cuenta:		AHORROS			
Correo electrónico:		lvalencia@sena.edu.co		Número de Cuenta:		75044154170			
IP/N° de contacto:				Presta Servicios Excluidos de IVA:		SI			
Inducción SST:		SI		Pertenece al régimen simple de tributación:		SI			
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						SI			
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									
N° del contrato:		7514626/2025	N° Compromiso SIIF		23925	Número de pagos durante la vigencia del contrato	11		
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)		PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES EN EL ACOMPAÑAMIENTO Y EN EL DESARROLLO DE LA FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL DEL PROGRAMA REGULAR, COMPLEMENTARIA Y VIRTUAL OFERTADOS POR EL CENTRO CEAI DE CONFORMIDAD CON LAS POLÍTICAS GUBERNAMENTALES, LOS LINEAMIENTO							
DATOS PERIODO DEL PAGO									
Del		19/02/2025	Al		28/02/2025	Saldo Anterior del Contrato:		\$ 46.761.695	
Número de pago		1				Valor Total del Contrato:		\$ 46.761.695	
Valor Bruto Pago:		\$ 1.839.804,00				Nuevo Saldo del Contrato:		\$ 44.921.891	
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO									
Ingresos por honorarios		\$ 1.839.804		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		\$ 1.839.804		Menos, Retefuente Otros Ingresos		\$ 0			
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE		\$ 931.524		TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO		\$ 0			
LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR									
		Febrero		Enero		Base retención en la fuente a titulo de RENTA		931.524,00	TARIFA
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS		-----		Decreto 1273 de		Base retención en la fuente a titulo de ICA		0,00	
Ingreso Base de Cotización - IBC		\$ 1.423.500		\$ 0		Valor base IVA		0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud		\$ 178.000		\$ 0		IVA (Si es RESPONSABLE)		0,00	19%
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		\$ 227.800		\$ 0		Menos Retención en la Fuente		0,00	0,00%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		\$ -		\$ 0		Menos Retencion IVA		0,00	0%
ARL		\$ 7.500		\$ 0		Reteica - 8299		0,00	0,000%
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ -						0,00	0,000%
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ -						0,00	0,000%
Aportes ARL de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ -						0,00	0,000%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias		\$ -						0,00	0,000%
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC		\$ -				Pro-UCEVA		9.199,00	0,500%
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias		\$ -				Universidad del Pacífico		0,00	0,500%
Intereses Prestamo de Vivienda		\$ -				Otras Retenciones		0,00	0,000%
Dependientes hasta		\$ 183.980				Otras Retenciones		0,00	0,000%
Salud hasta		\$ 796.784		\$ -		Otras Retenciones		0,00	0,000%
Renta Exenta 25%		\$ 36.062.775		\$ 311.000				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		\$1.830.605,00	
SON: UN MILLÓN OCHOCIENTOS TREINTA MIL SEISCIENTOS CINCO PESOS M/CTE									
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO									
Asistí a reunión de área con equipo ejecutor del área de informática									
Se realiza portafolio del instructor de las fichas asignadas									
Ejecuté actividades de acuerdo con programación de primer trimestre.									
Ejecuté actividades del proyecto formativo y planeación pedagógica de los programas ADS0 Ficha 3067594 y TPS2 Ficha 2999151y Ficha 3									
Asistí a jornada de Inducción Pedagógica en la Escuela Nacional de Instructores ENI									
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									
						LUIS FERNANDO VALENCIA GARCIA EL CONTRATISTA			
CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO									
En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí relacionado, CERTIFICO:						Autorizo el presente pago. El Supervisor,			
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.									
						NORA LILIANA DOSSMAN MARQUEZ COORDINADORA ACADÉMICA			
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 FANNY CLEMENCIA MONTENEGRO MAYA SUBDIRECTORA DE CENTRO G02(E)									

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

No. de Radicación

Fecha de Radicación

10/10/2015



167619315

(Lee las instrucciones que se encuentran al respaldo antes de diligenciar este formulario)

I. DATOS DEL TRÁMITE		2. Tipo de Afiliación		3. Régimen	
1. Tipo de Trámite		A. Individual		A. Contributivo	
A. Afiliación		B. Colectiva		B. Subordinado	
B. Reporte de Novedades		C. Institucional		Código	
4. Tipo de Afiliado		5. Tipo de Cotizante		(a registrar por la EPS)	
A. Cotizante		A. Dependiente		03	
B. Cabeza de Familia		B. Independiente			
C. Beneficiario		C. Pensionado			

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (Del cotizante o cabeza de familia)					
6. Apellidos y nombres		Primer Nombre		Segundo Nombre	
Primer Apellido		Segundo Apellido		Primer Nombre	
Valencia		García		Fernando	
7. Tipo de documento de identidad		8. Número del documento de identidad		9. Sexo	
CN TI CE CD		16-799-566		Femenino Masculino	
RC CC PA SC				Masculino	
				10. Fecha de nacimiento	
				24/01/99	

III. DATOS COMPLEMENTARIOS					
Datos Personales					
11. Etnia		12. Discapacidad		13. Puntaje SISBEN	
		Tipo F N M Condición T P		14. Grupo de población especial	
15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL		16. Administradora de Pensiones		17. Ingreso base de cotización - IBC	
		Ponerir		1'423.500	
18. Residencia					
Dirección					
Calle 4 # 22 - 99 apto 503 Ed. Marichales					
Teléfono Celular		Correo Electrónico		Teléfono Fijo	
3168755198		luisf.valencia@outlook.com			
Municipio / Distrito		Zona		Departamento	
Cali		Urbana Rural		Valle del Cauca	

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR					
Datos Básicos de Identificación del Cónyuge o compañero(a) permanente cotizante					
19. Apellidos y nombres		Primer Nombre		Segundo Nombre	
Primer Apellido		Segundo Apellido			
20. Tipo de documento de identidad		21. Número del documento de identidad		22. Sexo	
CN TI CE CD				Femenino Masculino	
RC CC PA SC					
				23. Fecha de nacimiento	
				DD MM AAAA	

Datos Básicos de Identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales					
24. Apellidos y nombres		Primer Nombre		Segundo Nombre	
Primer Apellido		Segundo Apellido			
B1					
B2					
B3					
B4					
B5					

Datos Complementarios					
25. Tipo de documento de identidad		26. Número del documento de identidad		27. Sexo	
B1				Femenino Masculino	
B2				Femenino Masculino	
B3				Femenino Masculino	
B4				Femenino Masculino	
B5				Femenino Masculino	

30. Etnia		31. Discapacidad		32. Datos de Residencia		33. Valor de la UPC del Afiliado Adicional (a registrar por la EPS)	
		Tipo Condición		Municipio/Distrito Zona		Departamento Teléfono Fijo y/o Celular	
B1		F N M T P		Urbana Rural			
B2		F N M T P		Urbana Rural			
B3		F N M T P		Urbana Rural			
B4		F N M T P		Urbana Rural			
B5		F N M T P		Urbana Rural			

Selección de la IPS Primaria					
34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS					
C					
B					
B					
B					

36. Tipo documento de identificación				37. Número del documento de identificación				38. Tipo de aportante o pagador de Pensiones (a registrar por la EPS)							
NIT	TI	CE	CC	PA	CD	CC	PA	CD	CC	PA	CD				
Correo Electrónico								Municipio / Distrito				Departamento			
Teléfono Fijo															
B. REPORTE DE NOVEDADES															
40. Tipo de Novedad															
☐ 1. Modificación de datos básicos de identificación. ☐ 2. Corrección de datos básicos de identificación. ☐ 3. Actualización del documento de identidad. ☐ 4. Actualización y corrección de datos complementarios. ☐ 5. Terminación de la inscripción en la EPS. ☐ 6. Reinscripción en la EPS. ☐ 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales. ☐ 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales. ☒ 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar. ☐ 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando. ☐ 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. ☐ 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. ☐ 13. Movilidad: ☐ A. Régimen Contributivo ☐ B. Régimen Subsidiado ☐ 14. Traslado: ☐ A. Mismo Régimen ☐ B. Diferente Régimen ☐ 15. Reporte de fallecimiento. ☐ 16. Reporte del trámite de protección al cesante. ☐ 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado. ☐ 18. Reporte de la calidad de Pensionado.															
VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD															
41. Datos básicos de identificación															
Primer Apellido				Segundo Apellido				Primer Nombre				Segundo Nombre			
Tipo de documento de identidad				Número del documento de identidad				Sexo				Fecha de nacimiento			
☐ CN ☐ TI ☐ CE ☐ CC ☐ PA ☐ SC								☐ Femenino ☐ Masculino				☐ D ☐ M ☐ M ☐ A ☐ A ☐ A ☐ A ☐ A ☐ A			
43. EPS anterior				44. Motivo de traslado				45. Caja de compensación Familiar o pagador de pensiones							
				Código											
VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES															
☐ 46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales. ☒ 47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción. ☒ 48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios. ☒ 49. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud. ☒ 50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales. ☒ 51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran. ☒ 52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013. ☒ 53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.															
VIII. FIRMAS															
54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario						55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institución o de oficio									
IX. ANEXOS															
☐ 56. Anexo copia del documento de identidad: CN RC TI CC PA CE CD SC Cantidad TOTAL ☐ 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente. ☐ 58. Copia del registro civil de matrimonio, o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital. ☐ 59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital. ☐ 60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor. ☐ 61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia. ☐ 62. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres. ☐ 63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud. ☐ 64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. ☐ 65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.															
X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL															
66. Identificación de la Entidad Territorial				67. Datos del SISBEN				68. Fecha de Radicación				69. Fecha de Validación			
Código del Municipio Código del Departamento				Número de ficha Puntaje Nivel				☐ D ☐ M ☐ M ☐ A ☐ A ☐ A ☐ A ☐ A ☐ A				☐ D ☐ M ☐ M ☐ A ☐ A ☐ A ☐ A ☐ A ☐ A			
70. Datos del funcionario que realiza la validación															
Primer Apellido				Segundo Apellido				Primer Nombre				Segundo Nombre			
Tipo de documento				Número de documento de identidad				71. Firma del Funcionario							
Observaciones:															
afiliación como cotizante independiente Recuerde que con la firma del formulario, el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el Capítulo VII del formulario.															
Doc. identificación y nombre del Ejecutivo Comercial															
1															
Sello de Radicación															
EPS Sanitas															
NIT. 800251440-6															
Sticker procesamiento															
3130000013															

Se certifica que VALENCIA GARCIA LUIS FERNANDO identificado(a) con CC 16799566 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social para LUIS FERNANDO VALENCIA GARCIA identificado(a) con CC 16799566

Clave Planilla	Clave Pago	Tipo Planilla	Fecha Pago	Riesgo	Código	Administradora	Concepto	Periodo	Días	Novedades																IBC	Tarifa	Cotización
										ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip		
9481710872	1267062953	I	2025-02-14	EPS	EPS005	SANITAS	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-02	30	X																\$1,423,500	12.5%	\$178,000
9481710872	1267062953	I	2025-02-14	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-02	30	X																\$1,423,500	16%	\$227,800
9481710872	1267062953	I	2025-02-14	AFP	230301	PORVENIR	FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL	2025-02	30	X																\$1,423,500		\$0
9481710872	1267062953	I	2025-02-14	AFP	230301	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	2025-02	30	X																\$1,423,500		\$0
9481710872	1267062953	I	2025-02-14	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN VOLUNTARIA EMPLEADOR	2025-02	30	X																\$0	0%	\$0
9481710872	1267062953	I	2025-02-14	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN VOLUNTARIA AFILADO	2025-02	30	X																\$0	0%	\$0
9481710872	1267062953	I	2025-02-14	ARL	14-11	ARL SURA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-02	30	X																\$1,423,500	0.522%	\$7,500

Este certificado se expide el día 2025-02-14 a las 03:51.

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL POS DE EPS SANITAS

La **EPS SANITAS** en desarrollo de su programa especial para la garantía y prestación del Plan Obligatorio de Salud denominado EPS **SANITAS**,

CERTIFICA

Que Luis Fernando Valencia Garcia, identificado(a) con CC número 16799566, está registrado(a) en el POS DE EPS SANITAS con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 16799566
NOMBRES Y APELLIDOS	Luis Fernando Valencia Garcia
TIPO DE AFILIADO	Titular
PARENTESCO	Titular
FECHA DE NACIMIENTO	24/01/1972
ESTADO DE LA AFILIACIÓN	0 Tiene Derecho A Cobertura Integral
CAUSA ESTADO DE AFILIACIÓN	10 - Cobertura Integral
FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS	20/03/2024
FECHA DE RETIRO LABORAL / EPS SANITAS	Activo(a)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SANITAS	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
SEMANAS COTIZADAS EN ÚLTIMO AÑO	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
RÉGIMEN	Contributivo
FECHA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN	16/02/2025
NIVEL SISBEN	No aplica
EMPLEADOR(ES)*	

CEDULA DE CIUDADANIA 16799566 LUIS FERNANDO VALENCIA
GARCIA Desde 16/02/2025 - Vigente CEDULA DE CIUDADANIA
16799566 Trabajador Independiente Desde 16/02/2025 - Vigente



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

**En su condición de administradora del
FONDO DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR**

NIT 800.144.331-3

CERTIFICA QUE:

LUIS FERNANDO VALENCIA GARCIA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **16.799.566**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir** y al **Fondo de Cesantías Porvenir**.

La presente certificación se expide el 5 de Febrero del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes



Tenga en cuenta:

Es fundamental que revise periódicamente su Historia Laboral, el capital ahorrado y las semanas que tiene registradas, si presenta inconsistencias, ingrese a www.porvenir.com.co y actualice su Historia Laboral.

DIAN		Formulario del Registro Único Tributario		001	
2. Concepto 02 Actualización				4. Número de formulario 141159570149	
5. Número de Identificación Tributaria (NIT)		6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
16799566		4	Impuestos de Cali		5
IDENTIFICACIÓN					
24. Tipo de contribuyente		25. Tipo de documento		26. Número de Identificación	
Persona natural o sucesión ilíquida 2		Cédula de Ciudadanía 13		16799566	
Lugar de expedición		28. País		29. Departamento	
COLOMBIA		169		Valle del Cauca 76	
30. Ciudad/Municipio		31. Primer apellido		32. Segundo apellido	
Cali 001		VALENCIA		GARCIA	
33. Primer nombre		34. Otros nombres		35. Razón social	
LUIS		FERNANDO			
36. Nombre comercial		37. Sigla			
UBICACIÓN					
38. País		39. Departamento		40. Ciudad/Municipio	
COLOMBIA 169		Valle del Cauca 76		Cali 001	
41. Dirección principal					
CL 4 B 35 19 AP 301 BRR SAN FERNANDO					
42. Correo electrónico lfer.valencia@gmail.com					
43. Código postal		44. Teléfono 1		45. Teléfono 2	
		3168755198		3006540436	
CLASIFICACIÓN					
Actividad económica				Ocupación	
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades	
46. Código 47. Fecha inicio actividad		48. Código 49. Fecha inicio actividad		50. Código 1 2	
8543 20190204		8559 20190204		8560	
51. Código 52. Número establecimientos					
Responsabilidades, Calidades y Atributos					
53. Código 5 4 9					
05- Impto. renta y compl. régimen ordinario					
49- No responsable de IVA					
Usuarios aduaneros					
Exportadores					
54. Código 55. Forma 56. Tipo Servicio 1 2 3					
57. Modo 58. CPC					
59. Anexos SI NO X					
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 VALENCIA GARCIA LUIS FERNANDO					
985. Cargo CONTRIBUYENTE					

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, **LUIS FERNANDO VALENCIA GARCIA** identificado con CC No. **16799566**, registra la siguiente información.

Datos de la Relación Laboral
Fecha de inicio de cobertura: 14/03/2025
Estado Afiliación: ACTIVO
Fecha de inicio de Contrato: 01/03/2025
Fecha fin de Contrato: 30/09/2025
Tipo Vinculación: TRABAJADOR INDEPENDIENTE 723
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 prórroga 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): 202501013689949.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 28 días del mes de marzo de 2025.

Cordialmente,

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

Positiva Compañía de Seguros S.A.
Nit. 860.011.153-6 | Línea Gratuita Nacional: (+57) 01-8000-111-170 - Teléfono: +57 (601) 330 7000

Defensor del Consumidor Financiero: Ana María Giraldo (Principal) - Pablo Valencia (Suplente) | defensorcliente@positiva.gov.co | Carrera 10 #97A - 13, Oficina 502.
Bogotá | +57 (601) 610 8164 | Lunes a Viernes 8:00 a. m. - 6:00 p. m. | El Defensor, resolverá las quejas o reclamos, actuará como Conciliador ante Positiva.
Más información <https://www.positiva.gov.co/web/guest/defensoria-del-consumidor>. Puedes interponer una queja ante Positiva, o el Defensor, o la SFC u otro organismo de autorregulación.

LA ASEGURADORA
DE TODOS LOS
COLOMBIANOS