# LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

# CERTIFICA QUE:

El usuario mencionado a continuación, registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales. La información aquí proporcionada es verídica y se registra conforme a los datos suministrados.

| **Datos del contratante** | | | |
|---|---|---|---|
| **Nombres y apellidos o Razón Social** | SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA | | |
| **Tipo de documento de identificación** | NIT | **Número de documento de identificación** | 899999034 |
| **Datos del contratista** | | | |
| **Tipo documento y número de identificación** | CC 98553917 | **Nombres y apellidos** | GABRIEL JAIME OSPINA SALAZAR |
| **Fecha inicio contrato** | 6/8/2025 | **Estado de Afiliación** | Activo |
| **Fecha fin contrato** | 11/12/2025 | **Tipo de vinculación** | Trabajador Independiente |
| **Fecha Inicio de cobertura** | 6/8/2025 | **Fecha Retiro** | SIN NOVEDAD |
| **Clase de riesgo** | 1 | | |

Esta certificación se expide a los 5 días del mes de agosto del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de Afiliaciones y Novedades

**POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.**