# 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 empleador | | | |
|---|---|---|---|
| **Nombres y apellidos o Razón Social** | INDEPENDIENTE VOLUNTARIO (DECRETO 1563/16) | | |
| **Tipo de documento de identificación** | NI | **Número de documento de identificación** | 899999998 |
| **Datos del trabajador** | | | |
| **Tipo documento y número de identificación** | CC 40993936 | **Nombres y apellidos** | SANDRA MILENA LICONA FONTALVO |
| **Fecha de afiliación** | 2023-12-16 | **Estado de afiliación** | **Activo** |
| **Fecha de inicio cobertura** | 2023-12-16 | **Tipo de vinculación** | Independiente |
| **Clase de riesgo** | 1 | **Fecha de retiro** | |

Esta certificación se expide a los 14 días del mes de agosto del 2025.

Cordialmente,

**Gerencia de afiliaciones y novedades**