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 DISTRITO CAPITAL**

**CENTRO DE TECNOLOGIAS PARA LA CONSTRUCCIÓN Y LA MADERA- BTÁ D.C.**

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

| | |
|---|---|
| **Código Regional** | **11** |
| **Código Centro** | **920910** |
| **Fecha Elaboración** | **Setiembre de 2025** |
| **Versión** | **ENERO - 2.25** |
| **ID de Proceso** | **78427-807085** |

## DATOS DEL CONTRATISTA

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Nombres y apellidos:** | PAULA ANDREA LIZCANO MUÑOZ | **Banco a consignar:** | BANCOLOMBIA |
| **Cédula de Ciudadanía** | 40.188.778 | **Tipo de cuenta:** | AHORROS |
| **Correo electrónico:** | palizcano@sena.edu.co | **Número de Cuenta:** | 20485726001 |
| **IP/Nº de contacto:** | | **Presta Servicios Excluidos de IVA:** | SI |
| **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:** | 8318535/2025 | **Nº Compromiso SIIF** | **198725** | **Número de pagos durante la vigencia del contrato** | 4 |

| | |
|---|---|
| **OBJETO CONTRACTUAL:** (Descripciòn del servicio prestado) | SERVICIOS PERSONALES: PRESTAR SERVICIOS PARA APOYAR EL MONITOREO, GESTIÓN Y FORTALECIMIENTO DE LOS SISTEMAS DE GESTIÓN AMBIENTAL (ISO 14001) Y DE EFICIENCIA ENERGÉTICA (ISO 50001) COMO DINAMIZADOR AMBIENTAL Y ENERGÉTICO MC, EN LOS CENTROS DE TECNOLOG |

## DATOS PERIODO DEL PAGO

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Del** | **15/09/2025 Al 30/09/2025** | **Saldo Anterior del Contrato:** | $ 16.826.398 |
| **Número de pago** | **1** | **Valor Total del Contrato:** | $ 16.826.398 |
| **Valor Bruto Pago:** | **$ 3.183.373,00** | **Nuevo Saldo del Contrato:** | $ 13.643.025 |

## RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

| | | | |
|---|---|---|---|
| Ingresos por honorarios | $ 3.183.373 | 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** | **$ 3.183.373** | Menos, Retefuente Otros Ingresos | $ 0 |
| **BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE** | **$ 1.854.736** | **TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO** | **$ 0** |

## LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR

| | | Setiembre | Agosto |
|---|---|---|---|
| **Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS** | | ---------- | **0** |
| **Ingreso Base de Cotización - IBC** | | $ 1.376.050 | $ 0 |
| Aporte obligatorio a seguridad social salud | | $ 172.100 | $ 0 |
| Aporte obligatorio a seguridad social Pensión | | $ 220.200 | $ 0 |
| Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional | | $ - | $ 0 |
| ARL | V | $ - | $ 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 | | $ 318.337 | |
| Salud hasta | $ 796.784 | $ - | |
| Renta Exenta 25% | $ 13.113.736 | $ 618.000 | |
| 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 | 1.854.736,00 | TARIFA |
| Base retención en la fuente a titulo de ICA | 2.791.073,00 | |
| 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 - BOGOTÁ | 26.962,00 | 0,966% |
| - | 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** | **$3.156.411,00** | |

**SON: TRES MILLONES CIENTO CINCUENTA Y SEIS MIL CUATROCIENTOS ONCE PESOS M/CTE**

## ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Participé en reunión empresarial en el auditorio CTT, sobre la logística del evento "1 Feria de Motocicletas" a realizarse el 26/09/20

Participé en reunión con las profesionales SIGA para programar la jornada de orden y limpieza

Adelanté revisión sobre las gestiones para la obtención del acta o informe de clausura del pozo ante la CAR

Revisé el informe de gestión por cumplimiento de autorización de aprovechamiento forestal

Participé en la planeación y ejecución de las actividades correspondientes al mes SIGA.

Adelante la actualización del Plan de Gestión integral de residuos sólidos de la Sede San Antonio.

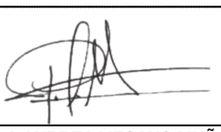
Apoyé la organización, separación y recolección de residuos de la sede San Antonio con la empresa LIME.

Realice inspección y reconocimiento del CTT para identificar focos de roedores

El día 17/09/2025 se realizó reunión preparatoria visita copasst con las profesionales SST de CTT y CTCM, área admon y Subdirectores

**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



**PAULA ANDREA LIZCANO MUÑOZ**
**EL CONTRATISTA**

## CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

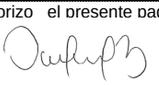
En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí relacionado, CERTIFICO:

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.



**DIANA PAOLA ZAQUE FERNANDEZ**
**TECNICO G02**

**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**
**CARLOS ARTURO SALGAR RAMÍREZ**
**SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)**

26/09/25 14:03:57 USUARIO: SIC - C.C. 40188778

# 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 Paula Andrea Lizcano Muñoz, identificado(a) con CC número 40188778, está registrado(a) en el POS DE EPS SANITAS con la siguiente información:

| | |
|---|---|
| TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN | CC 40188778 |
| NOMBRES Y APELLIDOS | Paula Andrea Lizcano Muñoz |
| TIPO DE AFILIADO | Titular |
| PARENTESCO | Titular |
| FECHA DE NACIMIENTO | 06/10/1981 |
| ESTADO DE LA AFILIACIÓN | 0 Tiene Derecho A Cobertura Integral |
| CAUSA ESTADO DE AFILIACIÓN | 10 - Cobertura Integral |
| FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS | 01/07/2018 |
| FECHA DE RETIRO LABORAL / EPS SANITAS | Activo(a) |
| SEMANAS COTIZADAS EN EPS SANITAS | 113 semanas |
| SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS | Sin semanas reportadas en EPS SANITAS |
| SEMANAS COTIZADAS EN ÚLTIMO AÑO | 47 semanas |
| RÉGIMEN | Contributivo |
| FECHA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN | 01/07/2018 |
| NIVEL SISBEN | No aplica |
| EMPLEADOR(ES)* | |

CEDULA DE CIUDADANIA 40188778 Trabajador Independiente Desde 01/07/2025 - Vigente N.I.T. 860050146 INGECONTROL S A Desde 04/02/2025 Hasta 29/06/2025CEDULA DE CIUDADANIA 40188778 Trabajador Independiente Desde 10/01/2025 Hasta 31/01/2025CEDULA DE CIUDADANIA 40188778 PAULA ANDREA LIZCANO MUÑOZ Desde 01/01/2023 Hasta 01/12/2024

Generado por interfaces 06/09/2025

**ESTE DOCUMENTO "NO ES VÁLIDO" PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, NI PARA TRASLADOS.**

DIAN

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14975925621

(415)7707212489984(8020) 000001497592562 1

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 4 0 1 8 8 7 7 8 | 4 | Impuestos y Aduanas de Villavicencio 2 2 | |

## IDENTIFICACIÓN

| 24. Tipo de contribuyente | 25. Tipo de documento | 26. Número de Identificación | |
|---|---|---|---|
| Persona natural o sucesión ilíquida 2 | Cédula de Ciudadanía 1 3 | 4 0 1 8 8 7 7 8 | |

| Lugar de expedición / 28. País | 29. Departamento | 30. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Meta 5 0 | Villavicencio 0 0 1 |

| 31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| LIZCANO | MUÑOZ | PAULA | ANDREA |

35. Razón social

| 36. Nombre comercial | 37. Sigla |
|---|---|
| | |

## UBICACIÓN

| 38. País | 39. Departamento | 40. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Meta 5 0 | Villavicencio 0 0 1 |

41. Dirección principal: CR 35 A 5 A SUR 125 AP 502 TO 2 BRR ROSA BLANCA

42. Correo electrónico: inglizcano@hotmail.com

| 43. Código postal | 44. Teléfono 1 | 45. Teléfono 2 |
|---|---|---|
| 1 1 0 0 1 | 3 1 0 3 4 3 7 6 9 9 | 3 1 0 7 0 7 4 3 3 8 |

## 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 | 51. Código | 52. Número establecimientos |
| 7 4 9 0 | 2 0 0 5 1 0 2 5 | | | | | |

## 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 | 5 | 2 | 2 | 4 | 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

22- Obligado a cumplir deberes formales a

49 - No responsable de IVA

| 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 [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 LIZCANO MUÑOZ PAULA ANDREA

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

**SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA**

**MANUAL DE DISCAPACIDAD Y SU POLÍTICA EN EL SENA**

Agencia Pública DE EMPLEO

# Hace constar:

Que el Sr(a) PAULA ANDREA LIZCANO MUÑOZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 40188778 el día 18/09/2025 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

## Hace constar:

Que el Sr(a) PAULA ANDREA LIZCANO MUÑOZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 40188778 realizó el día 18/09/2025 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 PAULA ANDREA LIZCANO MUÑOZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 40188778 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 -

**FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS**

VILLAVICENCIO, 15 de Setiembre del 2025

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE (SENA)
VILLAVICENCIO

Asunto: Información de dependientes para efectos de hacer uso del beneficio tributario de deducible de la base gravable de retención en la fuente.

Bajo la gravedad del juramento, en mi calidad de contratista de prestación de servicios personales y en cumplimiento de lo previsto por el parágrafo segundo del artículo 387 del Estatuto Tributario y el artículo 1.2.4.1.18. del Decreto 1625 de 2016, informo que las personas relacionadas a continuación, tiene(n) la calidad de dependiente a mi cargo:

| | | | |
|---|---|---|---|
| **TI** | **1048082157** | **Benjamin Cabarcas Lizcano** | **Hijo(a)** |

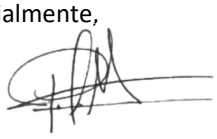
Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años.

Solicito se tome nota de la situación de dependencia que informo en la presente comunicación, para efecto del beneficio de deducible de la base gravable sujeta a retención en la fuente del 10% de mis ingresos laborales brutos, hasta un tope de 32 UVT mensuales, que me asiste en virtud de la normatividad arriba citada.

Igualmente, con mi firma declaro: que NINGUNA PERSONA ha solicitado disminución de su base gravable por concepto de dependientes, por las mismas personas arriba relacionadas.

Cordialmente,



PAULA ANDREA LIZCANO MUÑOZ
C.C. 40188778

**INTEGRAR SALUD Y SEGURIDAD S.A.S.**
**No. Identificación** 901200839-9
**Dirección:** CALLE 15 N° 37L 10 ET 8 B. ESPERANZA
**Telefono:** 6668018-3176678051
**Email:** recepcion1@integrarips.com

**CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL con enfasis en ANEXO PARA TRABAJO EN ALTURAS,ANEXO OSTEOMUSCULAR,ENFASIS BRIGADISTAS**

## Información General



| | | | |
|---|---|---|---|
| Fecha Impresión: | VILLAVICENCIO - 2025/01/10 | Nro Ingreso: | 20240921020129 |
| Paciente: | PAULA ANDREA LIZCANO MUÑOZ | CC: | 40188778 |
| Edad: | 42 años | Nombre Cliente: | SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE |
| Género: | Femenino | Tipo Evaluación: | Periodico |
| Cargo: | CONTRATISTA | | |
| Origen: | SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE | Destino: | SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE |
| Fecha Salida: | 2024-09-21 11:57:32 | Fecha Atención: | 2024-09-21 09:23:36 |

## Pruebas de Apoyo Diagnóstico

| PARACLINICOS | LABORATORIO CLINICO | COMPLEMENTARIOS | VACUNAS |
|---|---|---|---|
| AUDIOMETRIA | DROGAS DE ABUSO 5 SUSTANCIAS | ELECTROCARDIOGRAMA DE RITMO O DE SUPERFICIE SOD | |
| OPTOMETRIA | GLUCOSA EN SUERO, LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA | VALORACION POR ESPIROMETRIA | |
| | PERFIL LIPIDICO | | |

## Certificacion de Aptitud

| | |
|---|---|
| CONCEPTO - EXAMEN PERIODICO: | SATISFACTORIO |
| OBSERVACIONES AL CONCEPTO: | SIN OBSERVACIÓN |
| ENFASIS - ANEXO PARA TRABAJO EN ALTURAS: | Apto para trabajar en alturas<br>**Nota:** Segun RESOLUCION 4272 DE 2021 expedida por el Ministerio de trabajo, en la cual se establece los requisitos minimos seguridad para el desarrollo de trabajo en alturas. |
| ENFASIS - ANEXO OSTEOMUSCULAR: | Definicion de caso para el SVE desordenes Osteomusculares<br>**CASO DESCARTADO** |
| ENFASIS - ENFASIS BRIGADISTAS: | El trabajador cumple con las condiciones fisicas para realizar labores de brigadista. |

## Recomendaciones Generales

- ☐ Examen Periodico Ocupacional
- ☐ Pausas Activas
- ☐ Higiene Postural
- ☐ Realizacion Pruebas Complementarias
- ☐ Uso de E.P.I.
- ☐ Remitir a EPS
- ☐ Continuar Manejo Medico

## Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

## Recomendaciones Específicas

**Tipo Limitación:** ninguna

**Observación:** CONTINUAR USO DE CORRECCIÓN OPTICA PARA VISION CERCANA (USO DE PC, CELULAR,LECTURA). HABITOS DE VIDA SALUDABLE, CONSUMO DE FRUTAS Y VERDURAS PARA BAJAR DE PESO. EVITAR CONSUMO DE ALIMENTOS RICOS EN GRASA, HARINAS Y AZUCARES. REALIZAR ACTIVIDAD FISICA MINIMO 1 HORA DIARIA TRES VECES POR SEMANA.

**Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado (a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y verídicas. Se me informo también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraída del consentimiento informado y política de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclínicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presento y diligencio el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de INTEGRAR SALUD Y SEGURIDAD S.A.S.. Comprendí las explicaciones y recomendaciones suministradas por el médico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informo que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.**

Profesional Ocupacional: RUBEN IVAN MARTINEZ LOBO 0
Registro M.D: 688591999
Licencia S.O: 7407-21

Firma del Paciente: PAULA ANDREA LIZCANO MUÑOZ
Identificacion: CC. - 40188778

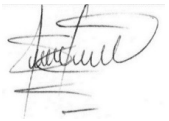
Todos los derechos reservados - www.innovasoftcol.com

**LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES**

**CERTIFICA QUE**

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **PAULA ANDREA LIZCANO MUÑOZ** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **40188778,** se encuentra afiliado/a desde **13/06/2007** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 22 de septiembre de 2025.



**Rosa Mercedes Nino Amaya**
**Dirección de Afiliaciones**

**Nota:** Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

**REPÚBLICA DE COLOMBIA**

ORGANIZACIÓN ELECTORAL
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCIÓN NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

NUIP 1.048.082.157

# REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 55391584

*55391584*

**Datos de la oficina de registro - Clase de oficina**

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 03 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código CZL

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía

NOTARIA 3 BARRANQUILLA - COLOMBIA - ATLANTICO - BARRANQUILLA

**Datos del inscrito**

| Primer Apellido | Segundo Apellido |
|---|---|
| CABARCAS | LIZCANO |

Nombre(s): BENJAMIN

| Fecha de nacimiento | Sexo (en letras) | Grupo sanguíneo | Factor RH |
|---|---|---|---|
| Año 2015 Mes SEP Día 24 | MASCULINO | O | POSITIVO |

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección): COLOMBIA ATLANTICO BARRANQUILLA

| Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos | Número certificado de nacido vivo |
|---|---|
| CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO | 52510996-6 |

**Datos de la madre**

Apellidos y nombres completos: LIZCANO MUÑOZ PAULA ANDREA

| Documento de identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| CC 40.188.778 | COLOMBIA |

**Datos del padre**

Apellidos y nombres completos: CABARCAS MOVILLA EDGARDO RAFAEL

| Documento de identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| CC 72.250.026 | COLOMBIA |

**Datos del declarante**

Apellidos y nombres completos: CABARCAS MOVILLA EDGARDO RAFAEL

| Documento de identificación (Clase y número) | Firma |
|---|---|
| CC 72.250.026 | |

**Datos primer testigo**

Apellidos y nombres completos:

| Documento de identificación (Clase y número) | Firma |
|---|---|
| | |

**Datos segundo testigo**

Apellidos y nombres completos:

| Documento de identificación (Clase y número) | Firma |
|---|---|
| | |

| Fecha de inscripción | Nombre y firma del funcionario que autoriza |
|---|---|
| Año 2015 Mes OCT Día 02 | MARTHA LUZ ROJAS ZAMBRANO NOTARIA<br>Nombre y firma |

| Reconocimiento paterno | Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento |
|---|---|
| Firma | Nombre y firma |

**ESPACIO PARA NOTAS**

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

**MARTHA LUZ ROJAS ZAMBRANO**

**Notario Tercero Encargado del Círculo de Barranquilla.**

NOTARIA 3 BARRANQUILLA

CERTIFICA:

Que el presente registro es fiel y auténtica copia de su original que aparece inscrito a folio No. _____ Indicativo Serial 55391584 de esta Notaria.

Expedido para acreditar parentesco en Barranquilla 02 OCT 15

Este registro no tiene fecha de vencimiento. Artículo 2º Decreto 2189 de 1993.

FIRMA NOTARIO

Scanned by CamScanner

Powered by CamScanner

Hacienda

POSITIVA COMPAÑÍA 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, **PAULA ANDREA LIZCANO MUÑOZ,** identificado con **CC** No. **40188778**, registra la siguiente información.

| Datos del Contratante | Datos de la Relación Laboral |
|---|---|
| SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA – NI. 899999034 | **Fecha de inicio de cobertura:** 10/09/2025<br>**Estado Afiliación:** ACTIVO<br>**Fecha de inicio de Contrato:** 10/09/2025<br>**Fecha fin de Contrato:** 31/12/2025<br>**Tipo Vinculación:** TRABAJADOR INDEPENDIENTE<br>**Clase de Riesgo:** 5 |

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 para continuar con la cobertura.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 11 días del mes de septiembre de 2025.

Cordialmente,

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