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 BOYACÁ**

**CENTRO DE GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y FORTALECIMIENTO EMPRESARIAL-BOYACÁ**

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

| | |
|---|---|
| **Código Regional** | **15** |
| **Código Centro** | **930510** |
| **Fecha Elaboración** | **Marzo de 2026** |
| **Versión** | **ENERO - 1,26** |
| **ID de Proceso** | **94861-830678** |

## DATOS DEL CONTRATISTA

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Nombres y apellidos:** | ROBINSON RODRIGUEZ UZGAME | **Banco a consignar:** | ITAÚ CORPBANCA COLOMBIA |
| **Cédula de Ciudadanía** | 7.161.058 | **Tipo de cuenta:** | AHORROS |
| **Correo electrónico:** | uzgame69@gmail.com | **Número de Cuenta:** | 291211046 |
| **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 2025** | SI |

| | |
|---|---|
| **¿Es pensionado o tiene otra situación sustentada normativamente para no estar obligado a cotizar pensión?** | NO |
| **Sus ingresos en el 2025 fueron iguales o superiores a $69.718.600** | SI |
| **Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2026 es igual o superior a $209.496.000 (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:** | 9106626/2026 | **Nº Compromiso SIIF** | **29526** | **Número de pagos durante la vigencia del contrato** | 10 |

| | |
|---|---|
| **OBJETO CONTRACTUAL:** (Descripciòn del servicio prestado) | INSTRUCTORES - SERVICIOS PERSONALES EN LA EJECUCIÓN DE LA FORMACIÓN PROFESIOPrestar los servicios personales en la ejecución de la formación profesional integral desarrollando actividades de planeación, orientación y evaluación en los programas de Formación titulada y/o complementaria en modalidad presencial y/o virtual que se imparte en el Centro de |

## DATOS PERIODO DEL PAGO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Del** | **02/03/2026** | **Al** | **31/03/2026** | **Saldo Anterior del Contrato:** | $ 44.374.555 |
| **Número de pago** | **1** | | | **Valor Total del Contrato:** | $ 44.374.555 |
| **Valor Bruto Pago:** | | | **$ 4.579.580,00** | **Nuevo Saldo del Contrato:** | $ 39.794.975 |

## RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

| | | | |
|---|---|---|---|
| Ingresos por honorarios | $ 4.579.580 | Ninguno | 0,00% |
| Ingresos por comisiones | $ 0 | Retencion en la Fuente del Periodo | $ 0 |
| **TOTAL INGRESOS DEL PERIODO** | **$ 4.579.580** | | $ 0 |
| **BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE** | **$ 2.692.922** | **TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO** | **$ 0** |

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

| | | Marzo | Febrero | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS** | | ---------- | **36769061** | Base retención en la fuente a titulo de RENTA | 2.692.922,00 | TARIFA |
| **Ingreso Base de Cotización - IBC** | | $ 1.831.832 | $ 0 | Base retención en la fuente a titulo de ICA | 4.579.580,00 | |
| Aporte obligatorio a seguridad social salud | | $ 229.000 | $ 0 | Valor base IVA | 0,00 | |
| Aporte obligatorio a seguridad social Pensión | | $ 293.100 | $ 0 | IVA (Si es RESPONSABLE) | 0,00 | 19% |
| Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional | | $ - | $ 0 | Menos Retención en la Fuente | 0,00 | 0,00% |
| ARL I | | $ 9.600 | $ 0 | Menos Retencion IVA | 0,00 | 15% |
| | | $ | | Reteica - 8299 - TUNJA | 45.796,00 | 1,000% |
| | | $ | | - | 0,00 | 0% |
| | | $ | | - | 0,00 | 0% |
| | | $ | | - | 0,00 | 0% |
| Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias | | $ - | | - | 0,00 | 0% |
| Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC | | $ - | | Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias | | $ - | | Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Intereses Prestamo de Vivienda | | $ - | | Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Dependientes hasta | | $ 457.958 | | Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Salud hasta | $ 837.984 | $ - | | Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Renta Exenta 25% | $ 34.479.550 | $ 897.000 | | | 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** | **$4.533.784,00** | |

**SON: CUATRO MILLONES QUINIENTOS TREINTA Y TRES MIL SETECIENTOS OCHENTA Y CUATRO PESOS M/CTE**

## ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

PLANEE LAS ACCIONES, ORIENTE EL PROCESO Y REVISIÒN DE EVIDENCIAS DE LA FICHA:3424946 DEL PROGRAMA CUIDADO BASICO DE PERSONAS CON DEPEN
DENCIA FUNCIONAL CON LA COMPETENCIA: CUIDADO BASICO Y LOS RAP`S; 1. PREPARAR EL ENTORNO PARA EL CUIDADO DE LA PERSONA CON DEPENDENCIA
FUNCIONAL SEGÚN CONDICIONES SOCIOCULTURALES, CONDICIONES DEL AMBIENTE Y PROTOCOLOS ESTABLECIDOS, CON LA AA: ASISTIR EN LAS ACTIVIDADES
BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA. HORAS = 46, E IGUALMENTE SE PLANEE ACCIONES, ORIENTE EL PROCESO Y REVISIÒN DE EVIDENCIAS DE GRUPO CON
FICHA 3457078: DEL PROGRAMA PROMOTOR DE SALUD CON LA COMPETENCIA: INDUCCIÒN Y LOS RAP`S: 1. IDENTIFICAR LA DINÁMICA ORGANIZACIONAL DEL
SENA Y EL ROL DE LA FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL DE ACUERDO CON SU PROYECTO DE VIDA Y EL DESARROLLO PROFESIONAL. HORAS = 40.
FICHA 3457078: DEL PROGRAMA PROMOTOR DE SALUD CON LA COMPETENCIA: PRIMEROS AUXILIOS Y LOS RAP`S: 1. RECONOCER EL MARCO NORMATIVO DEL
PRIMER RESPONDIENTE Y DE LOS PRIMEROS AUXILIOS PSICOLÓGICOS DE ACUERDO CON LINEAMIENTOS VIGENTES, RAP`S: 2. ASEGURAR EL ESCENARIO
DE EMERGENCIA Y/O URGENCIA TENIENDO EN CUENTA SITUACIÓN, RECURSOS DISPONIBLES Y PROTOCOLOS ESTABLECIDOS. HORAS = 82, TOTAL MES = 168

**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

Robinson Rodriguez Uzgame
C.C. 7'161.058 Tunja.

**ROBINSON RODRIGUEZ UZGAME**
**EL CONTRATISTA**

## CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aqui 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,

Claudia H. Becerra B.
Firmado digitalmente por Claudia Hersilia Becerra Barranza
Fecha: 2026.04.22 09:08:27 -05'00'

**CLAUDIA HERSILIA BECERRA BARANZA**
**INSTRUCTOR G19**

**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**
**ROCIO DEL MAR RODRIGUEZ PARRA**
**SUBDIRECTORA DE CENTRO G02(E)**

ASOPAGOS s.a.

Certificación de Pago

Se certifica que la empresa , identificada con CC-7161058 sucursal 0, canceló los aportes de seguridad social y parafiscales de la siguiente manera:

| REFERENCIA POR TIPO DE PLANILLA | | CÓDIGO ENTIDAD | NIT | NOMBRE ADMINISTRADORA | Nro. AFILIADOS | DÍAS MORA | COTIZACIÓN | INTERES | VALOR TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Período pensión:** | 2026-02 | 25-14 | 900336004 | COLPENSIONES | 1 | 4 | 304.000 | 800 | 304.800 |
| **Período salud:** | 2026-02 | EPS005 | 800251440 | SANITAS | 1 | 4 | 237.500 | 700 | 238.200 |
| **Planilla Nro.:** | 36769061 Tipo I | 14-23 | 860011153 | POSITIVA | 1 | 4 | 10.000 | 100 | 10.100 |
| **Clase de aportante:** | I | CCF10 | 891800213 | COMFABOY | 1 | 4 | 11.400 | 100 | 11.500 |
| **Fecha transacción:** | 2026-03-16 | PASENA | 899999034 | SENA | 0 | 4 | 0 | 0 | 0 |
| **Banco:** | BANCO DAVIVIENDA S.A. | PAICBF | 899999239 | ICBF | 0 | 4 | 0 | 0 | 0 |
| **Transacción:** | 146990099 | PAESAP | 899999054 | ESAP | 0 | 4 | 0 | 0 | 0 |
| | | PAMIED | 899999001 | MINEDU | 0 | 4 | 0 | 0 | 0 |
| | | | | **GRAN TOTAL** | | | | | $ 564.600 |

PAGADO

# LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

## CERTIFICA QUE:

ROBINSON RODRIGUEZ UZGAME identificado con CC. 7161058 registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales:

| INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE | |
|---|---|
| **Nombres y/o Razón** | SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA |
| **Tipo y Numero de Documento** | NI - 899999034 |

| INFORMACIÓN RELACIÓN LABORAL | | | |
|---|---|---|---|
| **Fecha de inicio de cobertura** | 2026/03/02 | **Fecha inicio contrato** | 2026/01/31 |
| **Tipo de vinculación** | Independiente con Contrato | **Fecha de fin contrato** | 2026/12/12 |
| **Riesgo** | 1 | **Código actividad económica** | 1855101 - FORMACION ACADEMICA NO FORMAL, INCLUYE LA EDUCACION QUE SE OFRECE CON EL OBJETO DE |
| **Estado afiliación** | Activo | | |
| **Fecha retiro** | | **Estado del contrato** | Activo |

Esta certificación se expide a los 17 días del mes de marzo del 2026.

Tenga en cuenta que, una vez finalice la fecha de terminación del contrato, el sistema aplicará automáticamente el retiro. Si tiene un nuevo contrato o prórroga, registre la novedad en www.positivaenlinea.gov.co para mantener la cobertura.

Para verificar la autenticidad de este certificado, escanea el código QR incluido o visita nuestra página web. Selecciona la opción "Validar certificados de afiliación" e ingresa el siguiente código: **CC17032026R7161058R13852960.** Este código es válido por un mes.

Cordialmente,

Gerencia de afiliaciones y novedades ARL
**POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS**

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

**001**

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141232568557

(415)7707212489984(8020) 000014123256855 7

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

## IDENTIFICACIÓN

| 24. Tipo de contribuyente | 25. Tipo de documento | 26. Número de identificación | |
|---|---|---|---|
| Persona natural o sucesión illquida 2 | Cédula de Ciudadanía 1 3 | 7 1 6 1 0 5 8 | |

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

| 31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| RODRIGUEZ | UZGAME | ROBINSON | |

35. Razón social

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

## UBICACIÓN

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

41. Dirección principal
CL 4 3 58 MZ 8 CA 248 BRR COOSERVICIOS

42. Correo electrónico uzgame69@yahoo.com

| 43. Código postal | 44. Teléfono 1 | 45. Teléfono 2 |
|---|---|---|
| | 3 2 0 3 0 3 1 3 2 5 | 3 1 0 3 3 2 2 7 7 6 |

## 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 |
| 8 5 5 1 | 2 0 2 6 0 1 2 9 | 8 6 9 2 | 2 0 1 7 0 9 0 1 | 0 0 1 0 | 8 6 9 9 | | 2 2 2 6 | |

### Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código 5

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

### Usuarios aduaneros

54. Código

### 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 60. No. de Folios:

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

985. Cargo

BORRADOR DOCUMENTO SIN COSTO

Fecha generación documento PDF: 29-01-2026 10:42:12AM

Banco Davivienda S.A.

# CERTIFICADO

**TUNJA, BOYACA,** **26/03/2026**
COLOMBIA,
**A quien interese**

Por medio de la presente hacemos constar que **el señor ROBINSON RODRIGUEZ UZGAME** con **Cédula de Ciudadanía** número **7161058**

Posee en el banco Davivienda:

**CUENTA DE AHORROS DAMAS**

| | |
|---|---|
| Número | **0550488455121068** |
| Fecha de apertura | **08/09/2025** |

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

**DOCTOR HOUSE H.S.E I.P.S S.A.S**
**NIT 900.593.507-0**
Cra.10 No 27-04 Barrio Maldonado - Tunja
Cel. 3187125458 - 3208578054
semesisodos@gmail.com - semesiso2013@gmai.com
www.doctorhouseips.com



# CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

**N° 58.626**

| FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN | | | | TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL |
|---|---|---|---|---|
| 08 DÍA | 01 MES | 2026 AÑO | TUNJA (BOYACÁ, COLOMBIA) Ciudad | EVALUACION MEDICA DE PRE-INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR |

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

| Nombre de la empresa | Empresa en misión |
|---|---|
| IOLAVORANDO S.A.S | E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA |

CIIU (Actividad Económica) del empleador: **SIN REGISTRAR**

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

| Apellidos y Nombres | Género | Edad | Documento de Identificación | |
|---|---|---|---|---|
| RODRIGUEZ UZGAME ROBINSON | MASCULINO | 56 AÑOS 8 MESES 4 DÍAS | CC (Tipo) | 7161058 (Número) |

Cargo: **ENFERMERO (A) PROFESIONAL**

| EPS | AFP | ARL |
|---|---|---|
| SANITAS | COLPENSIONES | SEGUROS BOLIVAR |

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

**CUMPLE CRITERIOS OCUPACIONALES**

Observaciones: *NO APLICA*

| N/A | NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos) |
|---|---|

| RESTRICCIONES LABORALES | TIPO | RECOMENDACIONES |
|---|---|---|
| SIN RESTRICCIONES LABORALES | NO APLICA | NO APLICA |

**El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:**

| | | | |
|---|---|---|---|
| EVALUACIÓN MEDICO OCUPACIONAL PRE-INGRESO | ✓ | EXAMEN DE VISIOMETRIA OCUPACIONAL | ✓ |
| EXAMEN OSTEOMUSCULAR | ✓ | EXAMEN DE ESPIROMETRIA OCUPACIONAL | ✓ |

| RECOMENDACIONES MÉDICAS | RECOMENDACIONES OCUPACIONALES | HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES |
|---|---|---|
| USAR CORRECCIÓN VISUAL | USO DE EPP | |
| | PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL | |

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

**Médico**

**Firma:**

**Nombre:** CC: 1049639664 - AURA CECILIA ROBERTO

**R. M.:** 1049639664 **L.S.O.:** 0501

**Código de Seguridad**
D641J1P58626

**Aspirante o Trabajador**

**Firma:**

**Nombre:** RODRIGUEZ UZGAME ROBINSON

**CC:** 7161058



SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

## Hace constar:

Que el Sr(a) ROBINSON RODRIGUEZ UZGAME Identificado(a) con cédula de ciudadanía 7161058 realizó el día 26/03/2026 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 ROBINSON RODRIGUEZ UZGAME Identificado(a) con cédula de ciudadanía 7161058 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 -

**SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA**

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

Agencia Pública DE EMPLEO

# Hace constar:

Que el Sr(a) ROBINSON RODRIGUEZ UZGAME Identificado(a) con cédula de ciudadanía 7161058 el día 26/03/2026 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