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 GESTIÓN DE MERCADOS, LOGISTICA Y TECNOLOGIAS DE LA INFORMACIÓN- BTÁ D.C.

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

Código Regional	**11**
Código Centro	**930310**
Fecha Elaboración	**Setiembre de 2024**
Versión	**MARZO 2024 - 2,24**
ID de Proceso	**69003-056214**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	JANEY MILENA RAMOS SANCHEZ	**Banco a consignar:**	BANCOLOMBIA
Cédula de Ciudadanía	52.492.332	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	jmramos23@misena.edu.co	**Número de Cuenta:**	21316159190
IP/Nº de contacto:	1	**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 2023**	NO

¿Es pensionado o tiene otra situación sustentada normativamente para no estar obligado a cotizar pensión?	NO
Sus ingresos en el 2023 fueron iguales o superiores a $59.377.000	NO
Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2024 es igual o superior a $188.260.000 (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:	6712189/2024	**Nº Compromiso SIIF**	**81524**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	4

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	INSTRUCTOR:PRESTAR LOS SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL PARA ATENDER LOS PROCESOS DE FORMACIÓN TITULADA EN EL ÁREA TEMÁTICA DE COMERCIO Y VENTAS Y RED DE CONOCIMIENTO COMERCIO Y VENTAS EN LA MODALIDAD VIRTUAL, CUMPLIENDO LOS PROCESOS Y LINEA

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**03/09/2024 Al 30/09/2024**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 15.182.854
Número de pago	**1**	**Valor Total del Contrato:**	$ 15.182.854
Valor Bruto Pago:	**$ 4.167.842,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 11.015.012

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 4.167.842	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	**$ 4.167.842**	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.762.842**	**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		----------	**80100540**
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.667.137	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 208.400	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 266.800	$ 0
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0
ARL I		$ 8.800	$ 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		$ -	
Salud hasta	$ 753.040	$ -	
Renta Exenta 25%	$ 12.393.783	$ 921.000	
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	2.762.842,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	3.692.642,00	
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	35.671,00	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	**$4.132.171,00**	

SON: CUATRO MILLONES CIENTO TREINTA Y DOS MIL CIENTO SETENTA Y UN PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

1. Se desarrollo la programación académica predeterminada por la coordinación.
2. Se actualizó la fase de Ejecución de acuerdo a cronograma y se dio cumplimiento a la programación en el ambiente virtual de aprendizaje- ZAJUNA para las siguientes fichas: Técnico en venta de productos en Línea: 2977853-38 aprendices, 41.6 horas; 2977854-45 aprendices, 41.6 horas 2977855-48 aprendices, 41.6 horas 2977856, 45 aprendices, 41.6 horas.
3. Se reportaron juicios evaluativos para las fichas: 2977853-2977854-2977855-2977856
4. Se realizaron sesiones en línea de la fase ejecución y se verificó el libro de calificaciones para fichas: 2977853-2977854-2977855-2977856
5. Se realizaron reuniones de EEF de las fichas: 2977853-2977854-2977855-2977856

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

JANEY MILENA RAMOS SANCHEZ
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.
El Supervisor,

SILVIO ALBERTO GALINDO PARRA
INSTRUCTOR G20

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
MIREYA PARRA PINTO
SUBDIRECTORA DE CENTRO G02(E)

19/09/24 21:07:43 USUARIO: SIC - C.C. 52492332

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	52492332	JANEY MILENA RAMOS SANCHEZ	CRA 79 N 65 A 33	3172024	jmilenaramos@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-08	2024-08	I	09/09/2024	80100540	$466.700	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	201.000	0		0		0	0	0	0	201.000	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	257.300	0	0	0	0	0	0		257.300	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	8.400				8.400	0	0	8.400			84	8.400	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	201.000	201.000
Pensión	1	257.300	257.300
Riesgos Laborales	1	8.400	8.400
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	466.700	466.700

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	52492332	JANEY MILENA RAMOS SANCHEZ		CRA 79 N 65 A 33	3172024	jmilenaramos@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-08	2024-08	I	09/09/2024	80100540	$466.700	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estornudo	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	52492332	RAMOS SANCHEZ JANEY MILENA	59	0			N							X										230201	1.608.000	257.300	0	0	0	0	EPS008	1.608.000	201.000	14-23	1.608.000	1	8.400		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14916237795

(415)7707212489984(8020) 000001491623779 5

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
5 2 4 9 2 3 3 2	1	Impuestos de Bogotá 3 2	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	5 2 4 9 2 3 3 2	

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
RAMOS	SANCHEZ	JANEY	MILENA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

41. Dirección principal: CR 79 N 65 A 33

42. Correo electrónico: jmilenaramos@gmail.com

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

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
8 5 4 3	2 0 0 9 1 1 1 3	7 0 2 0	2 0 0 9 0 8 1 0	8 5 4 1 / 8 5 4 2		

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 61. Fecha 2023 - 05 - 24 / 17 : 34: 50

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.

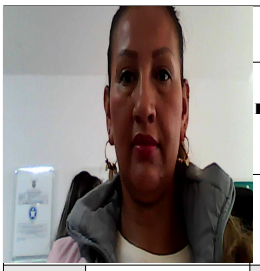
Firma autorizada:

984. Nombre RAMOS SANCHEZ JANEY MILENA

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

CONCEPTO



DEPARTAMENTO MEDICO	ZADA SALUD OCUPACIONAL SAS
	Carrera 64 # 97 - 63 **Telefono: 2530712**
	Nit No. 900.858.795-4
	CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL

Fecha	26/01/22	**Hora Llegada**	07:12:00	Hora salida	08:00	**Resolución No 12482 de 30/09/2015**

I- IDENTIFICACION

NOMBRE Y APELLIDOS					
JANEY MILENA RAMOS SANCHEZ					
N° DE DOCUMENTO	52942332	GENERO	FEMENINO	EDAD	43
EMPRESA	SENA	CARGO	INSTRUCTORA		

EXAMENES PARACLINICOS Y PRUEBAS SOLICITADAS

ENF OSTEOMSUCULAR	AUDIOMETRIA	OPTOMETRIA	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL
GLICEMIA/ CH	PERFIL LIPIDICO	TEST PSICOLOGICO	CARDIOVASCULAR

II-CONCEPTO

TIPO DE EXAMEN	INGRESO	SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

Enfermedad general	SI	Otros	NO	Cuales	

III- RECOMENDACIONES

BUENOS HABITOS DE HIGIENE POSTURAL, REALIZAR PAUSAS ACTIVAS, USO DE EPP, DIETA BAJA EN CARBOHIDRATOS, REALIZAR EJERCICIO, CONTROL PERIODICO POR FONOAUDIOLOGIA, PACIENTE AL MOMENTO PSICOLOGICA Y CARDIOVASCULARMENTE SANA, USAR MEDIAS DE COMPRESION DE BAJA INTENSIDAD, CONTROL ANUAL POR SALUD OCUPACIONAL.

IV – RESTRICCIONES

NINGUNA

La presente certificación se expide con base a la historia clínica ocupacional del trabajador, la cual tiene carácter confidencial y su manejo está regulado en la resolución 1995 del 99, Res. 2346 del 2007, Res. 1918 del 2009 y las demás normas complementarias.

Dra. Johana M. Acero A.
Médico
Esp. Salud Ocupacional
008-2014

52942332

FIRMA, REGISTRO Y SELLO DEL PROFESIONAL	FIRMA Y CEDULA DEL TRABAJADOR

ZADA SALUD OCUPACIONAL S.A.S
Especialistas en Salud Ocupacional
Nit: 900858795-4
Resolución No.12482 de 30/09/2015

DEPARTAMENTO LABORATORIO CLÍNICO

FECHA:	26/01/2022	**ENTIDAD:**	**SENA**
PACIENTE:	JANEY MILENA RAMOS	**GENERO:**	**FEMENINO**
IDENTIFICACIÓN:	C.C 52492332	**EDAD:**	**43**

BIOQUÍMICA

EXAMEN	RESULTADO	VALORES DE REFERENCIA
Glicemia en Ayunas *Método: Hexoquinasa*	84,00 mg/dL	70 – 100 mg/dL
Triglicéridos *Método: Colorimétrico*	141,50 mg/dL	Normal: Menor de 150 mg/dL Límite alto: 150 – 199 mg/dL Alto: 200 – 499 mg/dL
Colesterol Total *Método: Colorimétrico*	150,30 mg/dL	Aconsejable: Menor de 200 mg/dL Riesgo Moderado: 200 -239 mg/dL Alto: Mayor o igual a 240 mg/dL Muy alto: Mayor o igual a 500 mg/dL
Colesterol HDL	60,1 0mg/ dL	Normal: 40 – 60 mg/dL
Colesterol LDL	87,00 mg/ dL	Normal: <100 mg/dL

DEPARTAMENTO LABORATORIO CLÍNICO

Analizado por:

Laura Daniela Martinez Hernandez
Bacterióloga UCMC

DEPARTAMENTO LABORATORIO CLINICO	ZADA SALUD OCUPACIONAL SAS. Especialistas en Salud Ocupacional Nit No. 900.392.930-0				
Resolución No 12482 de 30/09/2015				**FECHA**	26/01/2022

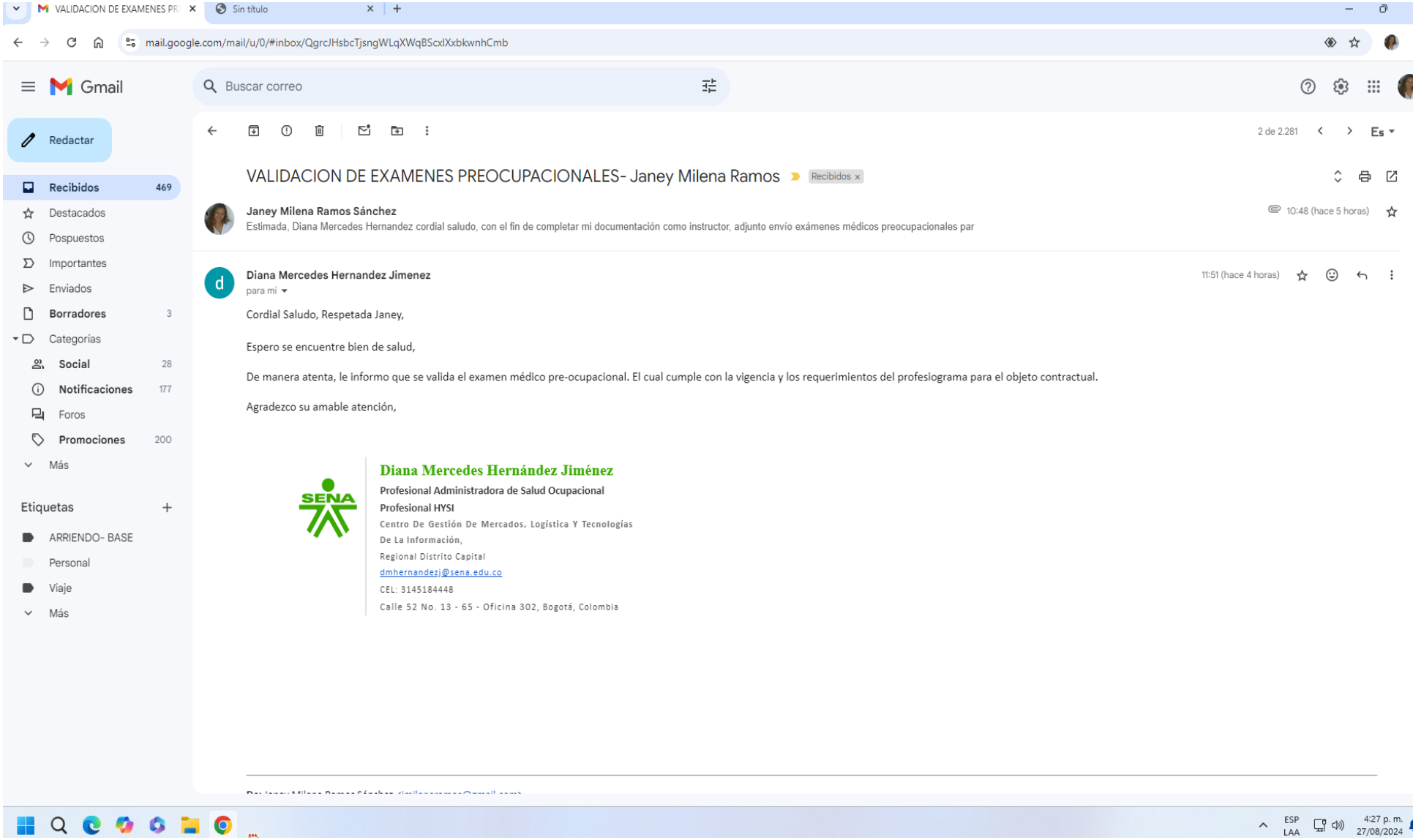
I- IDENTIFICACIÓN

APELLIDOS	RAMOS		**NOMBRES**	JANEY MILENA	
GÉNERO	F	**NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN**		52492332	**EDAD** 43
ENTIDAD	SENA			**EXÁMEN**	CUADRO HEMÁTICO

CUADRO HEMÁTICO

ESTUDIO	RESULTADO		VALOR DE REFERENCIA	FROTIS DE SANGRE PERIFERICO
PARÁMETRO ERITROCITARIO				
ERITROCITOS	5,88	x10^6 /uL	3.50-5.20	
HEMOGLOBINA	15,67	g/dl	12.0-16.0	
HEMATOCRITO	47	%	35.0-49.0	
VCM	80,00	fL	80.0-100.0	
HCM	26,67	pg	27.0-34.0	
CHCM	33,33	g/dl	31.0-37.0	
PARÁMETRO LEUCOCITARIO				
LEUCOCITOS	7,30	x10^3 /uL	4.0-12.0	
% NEUTRÓFILOS	62,00	**%**	50.0-70.0	
% LINFOCITOS	34,00	**%**	20.0-60.0	
% MONOCITOS	3,00	**%**	3.0-12.0	
% EOSINÓFILOS	1,00	**%**	0.5-5.0	
% BASÓFILOS	0,00	**%**	0.0-1.0	
% CAYADOS	0,00	**%**	0	
# NEUTRÓFILOS	4,53	x10^3 /uL	2.0-8.0	
# LINFOCITOS	2,48	x10^3 /uL	0.80-7.0	
# MONOCITOS	0,22	x10^3 /uL	0.12-1.20	
# EOSINÓFILOS	0,07	x10^3 /uL	0.02-0.80	
# BASÓFILOS	0,00	x10^3 /uL	0.0-0.10	
PARÁMETRO PLAQUETARIO				
PLAQUETAS	270,00	x10^3 /uL	150-450	
OBSERVACIONES	RESULTADO			

Analizado por:
Laura Daniela Martínez Hernández
Bacterióloga UCMC


VALIDACION DE EXAMENES PR
Sin título
mail.google.com/mail/u/0/#inbox/QgrcJHsbcTjsngWLqXWqBScxlXxbkwnhCmb
Gmail
Buscar correo
Redactar
Recibidos 469
Destacados
Pospuestos
Importantes
Enviados
Borradores 3
Categorías
Social 28
Notificaciones 177
Foros
Promociones 200
Más
Etiquetas
ARRIENDO- BASE
Personal
Viaje
Más
2 de 2.281
VALIDACION DE EXAMENES PREOCUPACIONALES- Janey Milena Ramos
Recibidos
Janey Milena Ramos Sánchez
Estimada, Diana Mercedes Hernandez cordial saludo, con el fin de completar mi documentación como instructor, adjunto envío exámenes médicos preocupacionales par
10:48 (hace 5 horas)
Diana Mercedes Hernandez Jimenez
para mí
11:51 (hace 4 horas)
Cordial Saludo, Respetada Janey,
Espero se encuentre bien de salud,
De manera atenta, le informo que se valida el examen médico pre-ocupacional. El cual cumple con la vigencia y los requerimientos del profesiograma para el objeto contractual.
Agradezco su amable atención,
Diana Mercedes Hernández Jiménez
Profesional Administradora de Salud Ocupacional
Profesional HYSI
Centro De Gestión De Mercados, Logística Y Tecnologías
De La Información,
Regional Distrito Capital
dmhernandezj@sena.edu.co
CEL: 3145184448
Calle 52 No. 13 - 65 - Oficina 302, Bogotá, Colombia
ESP
LAA
4:27 p. m.
27/08/2024

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

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, **JANEY MILENA RAMOS SANCHEZ** identificado con **CC** No. **52492332**, registra la siguiente información.

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA - NI. 899999034	**Fecha de inicio de cobertura:** 27/01/2024 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Fecha de inicio de Contrato:** 23/01/2024 **Fecha fin de Contrato:** 13/12/2024 **Tipo Vinculación:** TRABAJADOR INDEPENDIENTE **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 prorroga 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): 202401019575023.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 19 días del mes de septiembre de 2024.

Cordialmente,

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Positiva Compañía de Seguros S.A.
Nit: 860.011.153-6 · **Línea gratuita nacional:** 01-8000-111-170 **Teléfono:** (601) 330-7000
Defensor del Consumidor Financiero: Ana María Giraldo Rincón · defensordelcliente@positiva.gov.co
Carrera 11A No 96 - 51 Oficina 206 Bogotá. Teléfono: (601) 610 8164