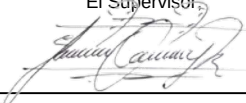


<div><div>SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE</div></div>	FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONAS NATURALES (RENTAS DE TRABAJO ARTICULO 103 ESTATUTO TRIBUTARIO) REGIONAL CHOCÓ CENTRO DE RECURSOS NATURALES, INDUSTRIA Y BIODIVERSIDAD-CHOCÓ Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1		Código Regional		27		
			Código Centro		952210		
			Fecha Elaboración		Setiembre de 2025		
			Versión		ENERO - 2.25		
			ID de Proceso		83183-116547		
DATOS DEL CONTRATISTA							
Nombres y apellidos:		KEVIN ELÍAS YURGAKY CORDOBA		Banco a consignar:		BANCOLOMBIA	
Cédula de Ciudadanía		1.077.479.059		Tipo de cuenta:		AHORROS	
Correo electrónico:		ingkevinelias@gmail.com		Número de Cuenta:		53691869454	
IP/N° de contacto:		0		Presta Servicios Excluidos de IVA:		NO	
Inducción SST:		SI		Pertenece al régimen simple de tributación:		NO	
Régimen del IVA:		NO RESPONSABLE		Es declarante de renta por el año gravable 2024		NO	
¿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							
N° del contrato:		8214058/2025	N° Compromiso SIIF		119725	Número de pagos durante la vigencia del contrato	5
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)		CONTRATACIÓN INSTRUCTORES-PRESTAR SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL DE TREINTA Y SIETE (37) INSTRUCTORES, PARA ORIENTAR, ACOMPAÑAR Y EVALUAR LOS PROCESOS DE FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL (FPI) DE LOS APRENDICES EN LOS PROGRAMAS DE OFERTA REG					
DATOS PERIODO DEL PAGO							
Del	29/08/2025	Al	31/08/2025	Saldo Anterior del Contrato:		\$ 22.046.473	
Número de pago	1			Valor Total del Contrato:		\$ 22.046.473	
Valor Bruto Pago:	\$ 533.382,00			Nuevo Saldo del Contrato:		\$ 21.513.091	
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO							
Ingresos por honorarios		\$ 533.382		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		\$ 533.382		Menos, Retefuente Otros Ingresos		\$ 0	
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE		\$ 90.082		TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO		\$ 0	
LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR							
		Agosto	Julio	Base retención en la fuente a titulo de RENTA		90.082,00	TARIFA
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS		-----	9488450871	Base retención en la fuente a titulo de ICA		127.582,00	
Ingreso Base de Cotización - IBC		\$ 1.423.500	\$ 0	Valor base IVA		0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud		\$ 178.000	\$ 0	IVA (Si es RESPONSABLE)		0,00	19%
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		\$ 227.800	\$ 0	Menos Retención en la Fuente		0,00	0,00%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		\$ -	\$ 0	Menos Retencion IVA		0,00	15%
ARL		\$ 7.500	\$ 0	Reteica - 8551 - QUIBDO		255,00	0,200%
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ -				0,00	0%
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ -				0,00	0%
Aportes ARL de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ -				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		\$ -		Pro Utch		8.001,00	1,500%
Intereses Prestamo de Vivienda		\$ -		Otras Retenciones		0,00	0,000%
Dependientes hasta		\$ -		Otras Retenciones		0,00	0,000%
Salud hasta		\$ 796.784	\$ -	Otras Retenciones		0,00	0,000%
Renta Exenta 25%		\$ 16.392.170	\$ 30.000			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		\$525.126,00	
SON: QUINIENTOS VEINTICINCO MIL CIENTO VEINTISEIS PESOS M/CTE							
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO							
Actualmente, se está llevando a cabo la planificación detallada de estrategias de enseñanza, aprendizaje y evaluación que se ajustan r							
Se ha establecido comunicación constante tanto con los aprendices como con la docente anterior, con el fin de realizar un empalme efec							
Se está programando cuidadosamente las actividades de enseñanza, aprendizaje y evaluación siguiendo estrictamente el currículo oficial							
Se ha mantenido comunicación constante y fluida con el supervisor del contrato para coordinar y organizar de manera eficiente el inici							
Durante los últimos 3 de ejecución del contrato de los días del mes de agosto no se realizó formación.							
Desde el comienzo de las clases se comenzará a reportarlas de manera puntual.							
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							
				KEVIN ELÍAS YURGAKY CORDOBA EL CONTRATISTA			
CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO							
En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí relacionado, CERTIFICO:				Autorizo el presente pago.			
1.- Que El Contratista cumplió a cabalidad las obligaciones contractuales pactadas;				El Supervisor,			
2.- Que El Contratista desarrolló las actividades descritas en el presente informe, dentro del periodo 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.				WILBER GIOVANNY QUEZADA HERRERA INSTRUCTOR G12			
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							
CARMEN STRELLA ARBOLEDA VELASQUEZ							
DIRECTOR REGIONAL CON FUNCIONES DE SUBDIRECTOR DE CENTRO							

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF	
CC 1077479059		YURGAKY CORDOBA KEVIN ELIAS	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Calle 18 # 21 - 46	QUIBDO-CHOCO	3138070115	Si	
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-07	2025-07	1669476051	9488450871	I	2025/08/15	2025/08/01	BANCOLOMBIA	0	\$469,000

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																						
EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte	
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$178,000			\$1,423,500	\$28,500			\$1,423,500	\$34,700		\$0	\$0	
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$178,000			\$1,423,500	\$28,500			\$1,423,500	\$34,700		\$0	\$0	
Ciudad: QUIBDO Depto: CHOCO (1 Afiliados)					\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$178,000			\$1,423,500	\$28,500			\$1,423,500	\$34,700		\$0	\$0	
1	CC	1077479059	YURGAKY KEVIN	25-14	30	\$1,423,500	\$227,800	EPS037	30	\$1,423,500	\$178,000	CCF29	30	\$1,423,500	\$28,500	14-23	30	\$1,423,500	\$34,700	30	\$0	\$0
Total Afiliados(1)					\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$178,000			\$1,423,500	\$28,500			\$1,423,500	\$34,700		\$0	\$0	

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1077479059		YURGAKY CORDOBA KEVIN ELIAS	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Calle 18 # 21 - 46	QUIBDO-CHOCO	3138070115	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago		Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor
2025-07	2025-07	1669476051		9488450871	I	2025/08/15	2025/08/01	BANCOLOMBIA	\$469,000

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$227,800	\$0	\$0	\$227,800	
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	\$227,800	\$0	\$0	\$227,800	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$34,700	\$0	\$0	\$34,700	
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	\$34,700	\$0	\$0	\$34,700	
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$28,500	\$0	\$0	\$28,500	
COMFACHOCÓ	CCF29	891,600,091	8	1	\$28,500	\$0	\$0	\$28,500	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$178,000	\$0	\$0	\$178,000	
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	\$178,000	\$0	\$0	\$178,000	
TOTAL				1	\$469,000	\$0	\$0	\$469,000	



Redactar

Recibidos939

Destacados

Postpuestos

Enviados

Borradores8

Más

Etiquetas

[Imap]/Drafts

Buscar correo



PSE - Transacción Aprobada  CUS 1669476051

Recibidos x



serviciopse@achcolombia.com.co

para mí



¡Hola, Kevin Elías Yurgaky Córdoba!

Estado de la Transacción:

Aprobada 

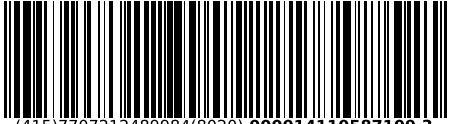
Los siguientes son los datos de tu transacción:

Valor: \$ 469.000

Empresa: APORTES EN LINEA

Descripción: Pago de la Planilla de aportes con clave:
0499450971



DIAN		Formulario del Registro Único Tributario				001	
2. Concepto 1 3 Actualización de oficio				4. Número de formulario 141105871093			
				 (415)7707212489984(8020) 000014110587109 3			
5. Número de Identificación Tributaria (NIT)		6. DV		12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico	
1 0 7 7 4 7 9 0 5 9		1		Impuestos y Aduanas de Quibdó		1 8	
IDENTIFICACIÓN							
24. Tipo de contribuyente		25. Tipo de documento		26. Número de Identificación			
Persona natural o sucesión ilíquida 2		Cédula de Ciudadanía 1 3		1 0 7 7 4 7 9 0 5 9			
Lugar de expedición		28. País		29. Departamento		30. Ciudad/Municipio	
COLOMBIA		1 6 9		Chocó 2 7		Quibdó 0 0 1	
31. Primer apellido		32. Segundo apellido		33. Primer nombre		34. Otros nombres	
YURGAKY		CORDOBA		KEVIN		ELÍAS	
35. Razón social							
36. Nombre comercial							
37. Sigla							
UBICACIÓN							
38. País		39. Departamento		40. Ciudad/Municipio			
COLOMBIA 1 6 9		Chocó 2 7		Quibdó 0 0 1			
41. Dirección principal							
BRR LAS MERCEDES SEC LA ISLA							
42. Correo electrónico ingkevinelias@gmail.com							
43. Código postal				44. Teléfono 1		45. Teléfono 2	
				3 1 1 6 8 3 0 3 1 4			
CLASIFICACIÓN							
Actividad económica				Ocupación			
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		52. Número establecimientos	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1 2	51. Código	
6 2 0 1	2 0 1 8 0 1 0 3					2 3 1 1	
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 ordinario							
22- Obligado a cumplir deberes formales a							
49 - No responsable de IVA							
Usuarios aduaneros				Exportadores			
54. Código				55. Forma 56. Tipo Servicio 1 2 3			
11 12 13 14 15 16 17 18 19 20				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.				Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.			
Firma del solicitante:				Firma autorizada:			
				984. Nombre ACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA			
				985. Cargo			



CERTIFICA QUE

El(La) Señor(a) KEVIN ELIAS YURGAKY CORDOBA identificado(a) con CC 1077479059 se encuentra afiliado a la EPS.

Fecha de Activación de Servicios: 01/05/2024

Estado de la Afiliación: Vigente

IPS: FUNDACION SANTA SOFIA DE ASIS QUIBDO

Categoría: A

La presente certificación se expide a solicitud del (de la) interesado(a) en Bogotá para QUIEN INTERESE, a los 26 días del mes 8 del año 2025.

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

ESTA CERTIFICACIÓN NO APLICA PARA SERVICIOS MÉDICOS. NO
VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,



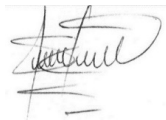
Gerencia de Afiliaciones

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **KEVIN ELIAS YURGAKY CORDOBA** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1077479059**, se encuentra afiliado/a desde **01/02/2018** 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 26 de agosto 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



GOLDEN SERVICES OUTSOURCING S.A.S

NIT: 900795746 - 1

Correos Quibdó: Ordenesgolden@hotmail.com.co, Contabilidadgso@hotmail.com.co - Celular: 3218675199

Correos Urabá: goldenservicessasuraba@gmail.com Celular: 3226814155

www.goldenservices.com.co



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 14.840

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL					
20 DÍA	08 MES	2025 AÑO	QUIBDÓ (CHOCÓ, COLOMBIA)	EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO ENFASIS OSTEOMUSCULAR					
Ciudad									
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE									
PACIENTES PARTICULARES				PACIENTES PARTICULARES					
Nombre de la empresa				Empresa en misión					
DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC, Cedula de Ciudadanía, CE, Cedula de Extranjería, TI, Tarjeta de Identidad, PT, Pasaporte)									
YURGAKY CORDOBA KEVIN ELIAS				Genero		Edad		Documento de Identificación	
Apellidos y Nombres				MASCULINO		26 AÑOS 11		CC	1077479059
				Teléfonos		MESES 19 DÍAS			
				3138070115		Tipo			
Carga									
INSTRUCTOR									
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL									
APTO (SIN PATOLOGÍAS EVIDENTES; CUMPLE CON LOS CRITERIOS MÉDICOS PARA EL CARGO)									
Observaciones: NO APLICA									
NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)									
N/A									
RESTRICCIONES LABORALES				TIPO		RECOMENDACIONES			
SIN RESTRICCIONES LABORALES				NO APLICA		NO APLICA			
El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:									
EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL				✓				PERFIL LIPIDICO	
AUDIOMETRIA				✓				OPTOMETRIA	
GLICEMIA				✓				EXAMEN DE LA VOZ	
RECOMENDACIONES MÉDICAS				RECOMENDACIONES OCUPACIONALES				HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO								HABITOS SALUDABLES	
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO								CONTROL DE PESO	
								ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA	
								HACER DEPORTE	
								DIETA BALANCEADA	
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES									
REALIZAR EL SEGUIMIENTO DEFINIDO EN EL PROGRAMA DE CONSERVACIÓN DE LA VOZ. IMPLEMENTAR LAS SIGUIENTES MEDIDAS DE PREVENCIÓN DE PATOLOGÍAS DE LA VOZ: AL COMENZAR LABOR HACER EJERCICIOS DE CALENTAMIENTO DE LA VOZ Y RESPIRATORIOS; TOMAR DE MANERA CONTINUA PEQUEÑOS SORBOS DE AGUA AL CLIMA MIENTRAS LABORA; POR NINGÚN MOTIVO DEBE CARRASPEAR O FUMAR O PERMANECER EN AMBIENTES CON FUMADORES; NO EXPONERSE A CAMBIOS BRUSCOS DE TEMPERATURA; NO CONSUMIR ALIMENTOS MUY CALIENTES O MUY FRIOS; USAR EL NIVEL DE VOZ MÁS BAJO POSIBLE Y POR NINGÚN MOTIVO GRITAR. PAUSAS ACTIVAS, CON ACTIVIDADES DE AL MENOS 5 MINUTOS CADA 2 HORAS. NO DEBE MOVILIZAR CARGAS DESDE EL PISO SUPERIORES A 25 KG SOBRE HOMBROS O ESPALDA. USAR SILLA ERGONÓMICA.									
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 antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.									
Médico				Aspirante o Trabajador					
Firma:				Firma:					
Nombre: CC: 16075143 - YANINSON SCOTT GOMEZ				Nombre: YURGAKY CORDOBA KEVIN ELIAS					
R. M.: 270029 L.S.O.: 5626				CC: 1077479059					

W109C1I14840



CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO CIRCULAR 3-2025-000017

CERTIFICA

Que, **KEVIN ELIAS YURGAKY CORDOBA** identificado con C.C. No. **1.077.479.059**, cumple con los documentos del perfil solicitados en la circular 3-2025-000017 Exámenes Pre Ocupacionales para contratos de prestación de servicios personales emitido por la Secretaria General.

CEDULA	NOMBRES COMPLETOS	TIPO DE CONTRATACION	EXAMENES PRE-EMPLEO	CUMPLE
1.077.479.059	KEVIN ELIAS YURGAKY CORDOBA	CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS	SI	SI

La presente certificación se expide en la ciudad de Quibdó, el 12 Septiembre de 2025, con vigencia hasta el 31/12/2025

FARITH CONSUELO MURILLO CASTAÑO

Médico SST

Dirección Despacho/Regional Chocó
Dirección Cra 1 #28-71, Ciudad Quibdó. - PBX 57 601 5461500



www.sena.edu.co