SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

DOCUMENTO SOPORTE EN ADQUISICIONES EFECTUADAS A NO OBLIGADOS A FACTURAR (POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES)
REGIONAL CAUCA
CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS - CAUCA - SERVICIOS PRESTADOS A LA FORMACION
Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1
Resoluciòn DIAN Nº 13028034004117 autoriza desde 1 hasta 360,000 (Dic. 07 de 2020)

Código Regional	**19**
Código Centro	**930710**
Fecha Elaboración	**Diciembre de 2021**
Versión	**JUNIO 2021 - 3,21**
ID de Proceso	**95545-301350**
No. de documento	**324525**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	NOHORA LUCIA URBANO BONILLA	**C.C.**	34.318.926	**IP/Nº de contacto**	0
Correo electrónico contratista:	nlurbano@sena.edu.co				

Régimen del IVA:	NO RESPONSABLE	**Pertenece al régimen simple de tributación?**	NO	**Es declarante de renta?**	NO	**Es Pensionado?**	NO
Sus ingresos en el 2020 Superaron $49'849.000	NO	**Inducción SST**	SI	**Presta Servicios Excluidos de IVA ?**	NO		
Banco al cual consignar:	BANCO POPULAR	**Tipo de cta**	AHORROS	**Nº Cuenta**	230290406339		
Ha contratado o vinculado dos o más trabajadores asociados a su actividad para cumplir con el objeto de su contrato?	NO	**Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2021 supera los $ 119´806.000**	NO				

DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

Nº del contrato:	2715897/2021			**Nº Compromiso SIIF**	**95521**		
Valor Total del Contrato	$ 17.018.000	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 17.018.000	**1**	**Del**	**18/08/2021**	**Al**	**31/08/2021**	**$ 3.302.000,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 13.716.000		Legalización comisiones del periodo			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripciòn del servicio prestado)

Prestar los servicios personales de carácter temporal, para orientar formación profesional integral de manera presencial o virtual, en el programa de titulada presencial, conforme a las necesidades del centro de comercio y servicios - SENA Regional Cauca. Para el área de: Matemáticas

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.302.000		Tarifa de Retencion en la Fuente ART 383°	0,00%
			Retencion en la Fuente del Periodo	$ 0
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 0			
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 3.302.000**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.194.125**		**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

	Agosto	Julio
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**9423397643**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.320.800	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 165.100	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 211.400	$ 0
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL I	$ 6.900	$ 0
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	$ -	
Aportes voluntarios a cuentas AFC	$ -	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias $7.522.064	$ -	
Intereses Prestamo de Vivienda $ 3.630.800	$ -	
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -	
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -	
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -	
Dependientes hasta $ 1.161.856	$ -	
Salud hasta $ 580.928	$ -	
Renta Exenta 25% $ 8.713.920	$ 731.375	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Valor Base retención en la fuente	2.194.125,00	TARIFA
Valor Base retención en la fuente ICA	2.925.500,00	
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 - 300	5.851,00	0,200%
-	0,00	
-	0,00	
-	0,00	
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Descuentos de Libranza	0,00	
Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
VALOR A PAGAR	**$ 3.296.149,00**	

SON: TRES MILLONES DOSCIENTOS NOVENTA Y SEIS MIL CIENTO CUARENTA Y NUEVE PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Impartir acciones de formación profesional integral en el área de Tecnólogo en Gestión documental de la ficha: 2187280
en la COMPETENCIA: PROMOVER LA INTERACCIÓN IDÓNEA CONSIGO MISMO, CON LOS DEMÁS Y CON LA NATURALEZA EN LOS CONTEXTOS LABORAL Y SOCIAL
RESULTADO DE APRENDIZAJE:ASUMIR ACTITUDES CRÍTICAS , ARGUMENTATIVAS Y PROPOSITIVAS EN FUNCIÓN DE LA RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS DE CARÁCTE
Impartir acciones de formación profesional integral en el área de Gestión contable y financiera de la ficha 2069844
en la COMPETENCIA: ANALIZAR LOS RESULTADOS CONTABLES Y FINANCIEROS SEGÚN LOS CRITERIOS DE EVALUACIÓN ESTABLECIDOS POR LA ORGANIZACIÓN
RESULTADO DE APRENDIZAJE:VALIDAR LOS RESULTADOS FINANCIEROS CON RESPECTO AL PLAN ESTRATÉGICO Y A LAS POLÍTICAS ORGANIZACIONALES.

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 diligenciados.

NOHORA LUCIA URBANO BONILLA
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,

ADA LORENA CERON ROSERO
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

JOHN JAIRO MOTTA CALDERON
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 34318926		URBANO BONILLA NOHORA LUCIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CLL 7 NORTE #7-64	POPAYAN-CAUCA	8236345	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2021-08	2021-08	1000001515	9423397643	I	2021/09/07	2021/08/17	BANCO BOGOTA	0	$427,700

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,473,200	$235,800			$1,473,200	$184,200			$0	$0			$1,473,200	$7,700		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,473,200	$235,800			$1,473,200	$184,200			$0	$0			$1,473,200	$7,700		$0	$0
Ciudad: POPAYAN Depto: CAUCA (1 Afiliados)					$1,473,200	$235,800			$1,473,200	$184,200			$0	$0			$1,473,200	$7,700		$0	$0
1	CC 34318926	URBANO NOHORA	231001	29	$1,473,200	$235,800	EPS008	29	$1,473,200	$184,200		0	$0	$0	14-11	29	$1,473,200	$7,700	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$1,473,200	$235,800			$1,473,200	$184,200			$0	$0			$1,473,200	$7,700		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 34318926		URBANO BONILLA NOHORA LUCIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CLL 7 NORTE #7-64	POPAYAN-CAUCA	8236345	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2021-08	2021-08	1000001515	9423397643	I	2021/09/07	2021/08/17	BANCO BOGOTA	0	$427,700

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$235,800	$0	$0	$235,800
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	$235,800	$0	$0	$235,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$7,700	$0	$0	$7,700
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$7,700	$0	$0	$7,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$184,200	$0	$0	$184,200
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$184,200	$0	$0	$184,200
TOTAL				1	$427,700	$0	$0	$427,700

AGO 14 2021 16:54:35 RBMICT 9.31
EXITO POPAYAN PANAMERI
CRA 9 6-03
CORRESPONSAL
BANCO DE BOGOTA
C.UNICO: 0011175379 TER: 75379028
C.BANC: 0001
ID CAJERO: 0061777193
RECIBO: 010040 RRN: 024515
RECAUDO APRO: 216773
SERVICIO: 1506
FACTURA: 0000000000000009423397643
** PAGO FACTURA **
TRANSACCION EXITOSA
RECAUDO $ 427.700

BANCO DE BOGOTA es responsable por los servicios prestados por el CB. El CB no puede prestar servicios financieros por su cuenta.
Para reclamos comuníquese al:
01 8000518877
CONSERVE ESTA TIRILLA COMO SOPORTE.
FECHA PLANILLA: 2021/08
VALOR PLANILLA: $ 427.700
VALOR COMISION: $ 0
VALOR IVA: $ 0
PAGO APLICADO EN MM/DD: 08/17
*** CLIENTE ***

EXITO PANAMERICANA POPAYAN
COMPRA Y RECOGE Whatsapp 3054829046

176930 PILA APORTES LINEA 427.700
Factura: 9423397643
**** SUBTOTAL/TOTAL >>>> $ 427.700
EFECTIVO 430.000

FACTURAS APROBADAS
Fac.9423397643 Apro:216773 BANCO:0001
CAMBIO 2.300
DISCRIMINACION TARIFAS IVA

TARIFA	COMPRA	BASE/IMP.	IVA
=00%	427700	427700	0
TOTAL=	427700	427700	0

TIQUETE :0435 280148827
RES.DIAN# 18764001418854 DE30/JUL/2020
RANG.AUT.0435 280000001 al 289999999
TOTAL ARTICULOS COMPRADOS = 1
Almacenes Exito S.A. Nit 890.900.608-9
AUTORRETENEDOR RES.8825 DE 16/NOV/2016
PARA RECLAMOS LLAMAR AL 018000428800
RESPONSABLE DE IVA- GRAN CONTRIBUYENTE
Este tiquete puede tener
Bienes Exentos Dec 417 17-3-20

14/AGO/2021 16:54 0435 28 0037 7193

435-J2NCH

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14774668362

(415)7707212489984(8020) 000001477466836 2

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
3 4 3 1 8 9 2 6	5	Impuestos y Aduanas de Popayán	1 7	

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	34318926	2001 01 04

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Cauca 1 9	Popayán 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
URBANO	BONILLA	NOHORA	LUCIA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Cauca 1 9	Popayán 0 0 1

41. Dirección principal
CL 7 N 7 64

42. Correo electrónico NOHORA24@HOTMAIL.COM

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	8 2 3 6 3 4 5	3 1 6 7 3 3 1 0 3 2

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 1 3 0 9 0 2				2 3 1 1	0

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	4	9																								

49 - No responsable de IVA

Obligados 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 2021 - 08 - 01 / 13 : 01: 11

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 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016
Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada:

984. Nombre URBANO BONILLA NOHORA LUCIA
985. Cargo CONTRIBUYENTE

CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

CERTIFICADO MEDICO OCUPACIONAL DE APTITUD LABORAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR

FONIER ANTONIO LOPEZ PERLAZA

Nit: 16280030 -0

CALLE 16 AN 14-05 B MANCHANGARA - 3105496887 - POPAYAN

Codigo Atención:
HG0100005617

Fecha
20-02-2021 12:50:00 PM

Datos del Paciente

Identificacion:	Nombres y apellidos:	Edad:	Profesion:
34318926	URBANO BONILLA NOHORA LUCIA	38 Años	PROFESIONAL
Cargo actual o aspira:	**EPS:**	**ARL:**	**AFP:**
DOCENTE	COMPENSAR	POSITIVA	PORVENIR
Empresa Labora:	**Nit Empresa:**	**Evaluacion**	
		VALORACION OCUPACIONAL INGRESO SE APLICAR PROTOCOLO EN SITUACIÓN DE PANDEMIA POR CORONAVIRUS SARS COVI2-COVID 19- APLICANDO NORMATIVIDAD DEL MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL Y SALUD.	

Riesgos prioritarios del cargo

BIOLOGICOS	BIOMECANICOS	FISICOS	LOCATIVOS	MECANICOS	PSICOSOCIALES	QUIMICOS	RADIACIONES IONIZANTES	RADIACIONES NO IONIZANTES
✖	✔	✖	✔	✖	✔	✖	✖	✔

Examenes paraclinicos

NO SOLICITADOS

Restricciones

NO

Observaciones

VALORACIÓN OCUPACIONAL DE INGRESO, DEBERÁ TENER CONTROL, PESO, POSTURAL Y VISUAL, ADEMÁS EVALUACIÓN ANUAL POR MÉDICO DE SU EPS, SE RECOMIENDA BUENOS HABITOS SALUDABLES Y RUTINA DE EJERCICIOS.

Recomendaciones

1. AUTO CUIDADO: •HIGIENE POSTURAL •PAUSAS ACTIVAS 2 VECES AL DÍA 2. EVALUACIONES MÉDICAS PERIÓDICAS 3. MANTENER ESTILOS DE VIDA. 4. SE DEBE APLICAR PROTOCOLO PARA COVID 19 SEGÚN RESOLUCIÓN 000666 DE 24 ABRIL DE 2020 MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL SALUDABLES: •REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA POR LO MENOS 2 O 3 VECES POR SEMANA •DORMIR ADECUADAMENTE •ALIMENTACIÓN BALANCEADA INCLUIR A LOS PROGRAMAS O SISTEMAS DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA SEGÚN DIAGNÓSTICOS: SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA: BIOMECANICO, FÍSICO, LO VISUAL, AUDITIVO CADA (6) MESES; PSICOSOCIAL, OTROS , EVALUACIÓN ANUAL POR MÉDICO Y PERIÓDICA POR SG-SST. EL SST DEBE ESTAR VIGILANTE EN CONTROL DIETARIO

Concepto de aptitud

Concepto	SI	NO
Presenta Restriccion para el desempeño del cargo		✖
Presenta Restriccion para trabajo seguro en alturas	✔	
Presenta Restriccion para manipulacion de alimentos	✔	

Concepto	SI	NO
Presenta defecto o enfermedad aparente		✖
Presenta Alteracion o enfermedad que No limita la actividad	✔	
Presenta alteracion o enfermedad que limita o impide la actividad		✖

CON RESTRICCIONES

✔ SIN RESTRICCIONES

Firma del Profesional:

Profesional: LOPEZ PERLAZA FONIER ANTONIO
Especialidad: MEDICO OCUPACIONAL
T.P: 0
MEDICO

Firma del Trabajador o Paciente:

Nohora Lucia Urbano Bonilla

No 34318926 pas

Hace constar:

Que el Sr(a) NOHORA LUCIA URBANO BONILLA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 34318926 realizó el día 30/08/2021 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 NOHORA LUCIA URBANO BONILLA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 34318926 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.
5. Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST.
6. Informar oportunamente a los contratantes toda novedad derivada de mi contrato.

_____
Firma

Dependencia de Seguridad y Salud en el Trabajo – Secretaría General -

ARL sura

SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.
NIT: 890.903.790-5
Fecha de descarga: 06/08/2021 - 07:03:38
Código de verificación: 2021VI8C34318926360

Este formato será el documento que soportará el trámite de su afiliación a la ARL SURA, mientras se realizan los procesos internos correspondientes. Conserve la copia que le pertenece.
Inicio de cobertura: Si cumple con todos los requisitos legales, será al día siguiente de haber recibido la documentación en ARL SURA, en caso de haber programado un ingreso a futuro, la documentación deberá recibirse máximo un día antes de la fecha programada. Si se trata de un traslado de ARL, la fecha de inicio de cobertura se calculará de acuerdo a la normatividad vigente.

DATOS BÁSICOS DEL TRABAJADOR

Documento	Nombres y Apellidos	Fecha de nacimiento
CC34318926	NOHORA LUCIA URBANO BONILLA	23/09/1982
Sexo	**Correo electrónico**	**Teléfono**
F	nohora24@hotmail.com	8236345
EPS	**AFP**	**Ingreso mensual**
COMPENSAR ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD	COLFONDOS	1,524,000

INFORMACIÓN DEL CONTACTO

Documento	Nombres y Apellidos	Fecha de nacimiento
CC34615826	YINA YULIER HOYOS BONILLA	02/08/1984
Sexo	**Dirección**	**Municipio**
F	VALLE DEL CAUCA, SANTIAGO DE CALI, VI 0 # 0 CIUDADAD EL CASTILLO,TULIPANES CASA 170	SANTIAGO DE CALI
Departamento	**Teléfono**	**Celular**
VALLE DEL CAUCA		3204253003
Correo electrónico	**Vínculo con el trabajador**	
yiyuhobo@hotmail.com	Familiar	

INFORMACIÓN DE LA OCUPACIÓN U OFICIO DEL TRABAJADOR

Cód Ocupación	Ocupación	Clase de riesgo	Tasa de riesgo
2310	Profesores de educación superior, de universidad, institutos, tutores universitarios.	1	0.522

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

IDENTIFICACIÓN DE PELIGROS

PELIGROS FÍSICOS

Energía Mecánica

Presiones atmosféricas extremas	Vibración	Ruido *

Energía Térmica

Temperatura extrema por calor	Temperatura extrema por frío

Energía Electromagnética

Radiaciones ionizantes	Radiaciones no ionizantes

PELIGROS QUÍMICOS

Agregados moleculares

Aerosoles Líquidos: Nieblas	Aerosoles sólidos: Fibras, polvos y humo

Moleculares

Vapores	Gases: Orgánicos e inorgánicos

PELIGROS BIÓLOGICOS

Microorganismos

Virus *	Bacterias *	Rickettsias	Hongos

Artropodos

Crustaceos	Arácnidos *	Roedores *

Animales

Invertebrados: Parásitos, protozoos *	Vertebrados *	Vegetales: Musgos, helechos, semillas *

PELIGROS ERGONÓMICOS

Carga física

Estática	Dinámica

Diseño de puesto de trabajo

Planos de trabajo inadecuado	Espacios de trabajo inadecuado

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

PELIGROS PÚBLICOS

Hurto *	Manifestación *	Terrorismo	Extorsión y Boleteo	Secuestro	Transito *

PELIGROS FENÓMENOS NATURALES

Tormentas *	Erupción Volcánica	Avalanchas	Inundaciones	Terremotos *

PELIGROS DE SEGURIDAD

Físico - Químico

Incendio *	Explosión	Fugas de Productos Químicos	Reacciones Químicas

Eléctrico

Alta Tensión	Media Tensión	Baja Tensión	Equipos Eléctricos	Tableros Eléctricos	Instalaciones Eléctricas

Mecánico

Maquinas y Equipos	Herramientas	Mecánicos en Movimiento	Equipos y Líneas de Presión

Locativos

Trabajo en Alturas	Orden y Aseo	Disposición de Máquinas y Equipos	Instalaciones *

PELIGROS PSICOSOCIAL FACTORES DE RIESGO

Condiciones Intralaborales

Se maneja gran cantidad de información, es compleja y/o debe emplearse de manera simultánea (NO)	Se tiene responsabilidad por manejo de dinero, bienes, salud o seguridad de otras personas (NO)	El trabajo y las condiciones en que se realiza implica un gran esfuerzo físico y fatiga (NO)	Se expone a trato negativo del público y/o de compañeros de trabajo (SI)	La comunicación con otras personas es escasa y/o conflictiva (NO)

Las jornadas de trabajo son extensas, en horario nocturno y/o sin descanso (NO)	El tiempo para desarrollar el trabajo es insuficiente (NO)	Se cuenta con tiempo para realizar pausas durante la jornada diaria (SI)	**control** El trabajo impide el desarrollo de habilidades y conocimientos (NO)

Condiciones Extralaborales

El tiempo dedicado a la familia y el descanso es escaso o limitado (SI)	Las relaciones familiares son conflictivas y/o afectan el desarrollo del trabajo (NO)	La situación económica es complicada por bajos ingresos y/o deudas (NO)	El desplazamiento vivienda trabajo vivienda requiere mucho tiempo (SI)	**Control** El esfuerzo realizado no corresponde con el salario (NO)

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

CON ESTE FORMATO SE PERFECCIONA LA AFILIACIÓN AL SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES Y SE CONSTITUYE EN LA IDENTIFICACIÓN DE PELIGROS A LA CUAL USTED SE EXPONE EN LA OCUPACIÓN Y OFICIO QUE USTED REALIZA EN SU JORNADA LABORAL DIARIA EN TODOS SUS ASPECTOS POR LO DISPUESTO EN DECRETO 1563 DE 2016 Y DEMAS NORMAS QUE LOS MODIFICAN, ADICIONAN O COMPLEMENTAN.

Bajo la gravedad de juramento declaro que toda la información suministrada, o que llegue a suministrar, es verídica. En forma expresa autorizo a la administradora ARL SURA S.A, EPS SURA S.A., en adelante “Las compañías”, para que el correo de creación de clave sea remitido a la dirección de correo electrónico mencionada. Declaro y acepto que es mi responsabilidad la utilización de la clave asignada. Así mismo, me comprometo a informar o notificar oportunamente a “Las compañías” las novedades que se puedan presentar y que impliquen la necesidad de cancelar la clave otorgada. Exonero a “Las compañías” por el mal uso que pueda hacerse de la clave que se asigna, la cual es de carácter personal, confidencial, indelegable e intransferible.

TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Autorizo expresamente en nombre propio a Suramericana S.A. en calidad de responsable, así como sus filiales, subsidiarias y vinculadas económicamente en Colombia y el exterior, el tratamiento de mis (nuestros) datos personales, incluso datos biométricos y de salud que son datos sensibles, para los fines necesarios relacionados con la prestación del servicio contratado y para ser contactado para el ofrecimiento de productos, envío de información, ofertas comerciales, publicitarias (a necesidad, finalidad adicional tomada de la política), y para las demás finalidades contempladas en la Política de Privacidad disponible en: www.suramericana.com.co.

Para los productos de vida y salud, autorizo expresamente en nombre propio y en favor de los demás asegurados al responsable, para consultar y obtener copia de la historia clínica o datos clínicos, que son datos sensibles, con la finalidad de evaluar y suscribir las pólizas, así como gestionar los riesgos que puedan afectar la salud, bienestar y calidad de vida, y el desempeño ocupacional, aun después de fallecidos.

Lo anterior entendiendo que la autorización para el tratamiento de estos datos sensibles es facultativa. Como titular de la información tengo derecho a conocer, actualizar y rectificar mis datos personales, solicitar prueba de la autorización otorgada para el tratamiento, informarme sobre el uso que se ha dado a los mismos, revocar la autorización, solicitar la supresión de mis datos cuando sea procedente, acceder en forma gratuita a los mismas o interponer peticiones acerca del manejo de dichos datos a través del canal de contacto para ejercer los derechos: línea de Atención al 437 8888 desde Medellín, Bogotá y Cali o al 01 800051888 en el resto del país o a través del correo electrónico protecciondedatos@suramericana.com.co.

Para todos los efectos de afiliación y cobertura del Sistema General de Riesgos Laborales, el domicilio de ARL SURA es la ciudad de Medellín y la dirección es la Calle 49No. 63 - 55 Torre SURAMERICANA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Nohora d. Urbano

Firma del trabajador independiente voluntario

Firma del representante ARL SURA

ESTE FORMULARIO SÓLO SE ENTIENDE RECIBIDO SI CONTIENE EL SELLO DE ARL SURA

La afiliación será efectiva sólo si cumple con todos los requisitos notificados en el proceso de afiliación, de lo contrario no se perfeccionará la afiliación en ARL SURA de conformidad con las normas vigentes. Para verificar el estado de la afiliación, deberá ingresar a nuestro sitio web www.arlsura.com / Gestión administrativa/Afiliación de Independientes Voluntarios, 24 horas hábiles posteriores a la entrega de la información.

SI NO SE CUMPLEN LOS REQUISITOS LA DOCUMENTACIÓN SERÁ DESTRUIDA.

banco popular

CERTIFICACIÓN DE PRODUCTO

Ciudad,
POPAYAN

El Banco Popular, hace constar que el cliente URBANO BONILLA NOHORA LUCIA identificado con Cédula de Ciudadanía No. 34.318.926 , actualmente posee el siguiente producto radicado en la oficina 290 Popayan con las siguientes caracteristicas:

Tipo de Producto:	AHORRO HOGAR
Número:	230-290-40633-9
Fecha de Apertura:	20190423
Nombre Cuenta	URBANO BONILLA NOHORA LUCIA
Estado	ACTIVA

Esta constancia se expide con destino a A QUIEN LE CORRESPONDA
Elaborada en la oficina 290 POPAYAN el dia 17 del mes 08 del año 2021

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Atentamente,

290-OFICINA POPAYAN
ASISTENTE ADMINISTRATIVO

Sin firma autografa art. 10 decreto 836 de 1991.
BANCO POPULAR

Fogafín

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL

DECRETO 1082 DE 2015

CIUDAD DE EXPEDICIÓN	SUCURSAL	COD.SUC	NO.PÓLIZA	ANEXO
POPAYAN	**POPAYAN**	**40**	**40-44-101055504**	0

FECHA EXPEDICIÓN DÍA	MES	AÑO	VIGENCIA DESDE DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	VIGENCIA HASTA DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	TIPO MOVIMIENTO
04	**08**	**2021**	**04**	**08**	**2021**	**00:00**	**01**	**05**	**2022**	**23:59**	**EMISION ORIGINAL**

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZON SOCIAL	IDENTIFICACIÓN
URBANO BONILLA, NOHORA LUCIA	**CC: 34.318.926**

DIRECCIÓN:	CIUDAD:	TELÉFONO:
CL 7 N NRO. 7 - 64	POPAYAN, CAUCA	3167331032

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO / BENEFICIARIO:	IDENTIFICACIÓN
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA - REGIONAL CAUCA	**NIT: 899.999.034-1**

DIRECCIÓN:	CIUDAD:	TELÉFONO
CL 4 NRO. 2 - 80	POPAYAN, CAUCA	8245910

ADICIONAL:

OBJETO DEL SEGURO

CON SUJECIÓN A LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA QUE SE ANEXAN ECU010B, QUE FORMAN PARTE INTEGRANTE DE LA MISMA Y QUE EL ASEGURADO Y EL TOMADOR DECLARAN HABER RECIBIDO Y HASTA EL LÍMITE DE VALOR ASEGURADO SEÑALADO EN CADA AMPARO, SEGUROS DEL ESTADO S.A., GARANTIZA:

EL PAGO DE LOS PERJUICIOS CAUSADOS CON OCASION DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES ADQUIRIDAS EN DESARROLLO DEL CONTRATO CO1.PCCNTR.2715897 CUYO OBJETO ES: PRESTAR LOS SERVICIOS PERSONALES DE CARACTER TEMPORAL, PARA ORIENTAR FORMACION PROFESIONAL INTEGRAL DE MANERA PRESENCIAL O VIRTUAL, EN EL PROGRAMA DE TITULADA PRESENCIAL, CONFORME A LAS NECESIDADES DEL CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS - SENA REGIONAL CAUCA. PARA EL AREA DE: MATEMATICAS

AMPAROS

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS

AMPAROS	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	SUMA ASEG/ACTUAL
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	04/08/2021	01/05/2022	$1,701,800.00

ACLARACIONES

VALOR PRIMA NETA	GASTOS EXPEDICIÓN	IVA	TOTAL A PAGAR	VALOR ASEGURADO TOTAL	PLAN DE PAGO
$ ******15,000.00	$ *******8,000.00	$ *******4,370.00	$ ***********27,370.00	$ ********1,701,800.00	CONTADO

INTERMEDIARIO			DISTRIBUCION COASEGURO		
NOMBRE	CLAVE	% DE PART.	NOMBRE COMPAÑIA	% PART.	VALOR ASEGURADO
EDWIN ARMANDO DIAZ MAYORGA	40847	100.00			

QUEDA EXPRESAMENTE CONVENIDO QUE LAS OBLIGACIONES DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. SE REFIERE UNICAMENTE AL OBJETO Y OBSERVACIONES DE LA(S) GARANTIA(S) QUE SE ESPECIFICAN EN ESTE CUADRO.

NOTA: SEGUROS DE ESTADO S.A SE RESERVA EL DERECHO DE REVISAR Y HACER ACOMPAÑAMIENTO AL RIESGO ASUMIDO DURANTE LA VIGENCIA DE LA PRESENTE PÓLIZA, POR LO TANTO EL ASEGURADOR COMO EL TOMADOR, PRESTARAN SU COLABORACIÓN

PARA EFECTOS DE NOTIFICACIONES LA DIRECCIÓN DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. ES CALLE 4 NO. 9 - 31 - TELEFONO: 8242925 - POPAYAN

EL ESTADO S.A. - SEGUROS DEL EST
ESTADO S.A. SEGUROS DE VIDA DEL
EL ESTADO S.A. - SEGUROS DEL EST
ESTADO S.A. SEGUROS DE VIDA DEL
EL ESTADO S.A. - SEGUROS DEL EST

40-44-101055504

FIRMA AUTORIZADA: Humberto Mora - Vicepresidente Ejecutivo

Nohora Lucia Urbano Bonilla

FIRMA TOMADOR

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

El servicio público es de todos

Función Pública

INTEGRIDAD PÚBLICA

Función Pública hace constar que:

NOHORA LUCIA URBANO BONILLA

C.C 34.318.926

Participó y completó con éxito el curso virtual:

Integridad, transparencia y lucha contra la corrupción.

Con una duración de 20 horas.

Bogotá D.C., 06 de octubre 2021

Adriana Vargas Tamayo

Directora de Participación, Transparencia y Servicio al Ciudadano de la Función Pública

Código: 761169640000