SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL CHOCÓ
CENTRO DE RECURSOS NATURALES, INDUSTRIA Y BIODIVERSIDAD - SERVICI

Código Regional	27
Código Centro	952210
Fecha Elaboración	Marzo de 2020
Versión	FEBRERO 2020 - 2,20
ID de Proceso	52435-463338

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista: Correo electrónico contratista:	LILY JHOANA VALOYES CAICEDO ljvaloyes@sena.edu.co	C.C.	1.077.429.018	IP/N° de contacto	44401
Régimen del IVA:	NO RESPONSABLE	Es declarante de renta?	NO	Es Pensionado?	NO
Sus ingresos en el 2019 Superaron $47.978.000	NO	Inducción SST	SI	Presta Servicios Excluidos de IVA ?	NO
Banco al cual consignar:	AV VILLAS	Tipo de cta	AHORROS	N° Cuenta	5300850051
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 2020 supera los $ 117.503.000			NO

DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° del contrato:	1393554/2020			N° Compromiso SIIF	14820	
Valor Total del Contrato	$ 23.896.000	N ° Pago	Periodo objeto de pago			Valor Bruto Pago
Saldo Anterior del Contrato	$ 23.896.000	1	Del	26/02/2020	Al 29/02/2020	$ 398.267,00
Nuevo Saldo del Contrato	$ 23.497.733		Comisiones		$ 0,00	

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 398.267	Tarifa de Retencion en la Fuente ART 383°		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	**$ 398.267**	Menos, Retefuente Otros Ingresos		$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 126.740**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**		**$ 0**

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

	Febrero	Enero			
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS	----------	**Dcto 1273/18**	Valor Base retención en la fuente	126.740,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 877.803	$ 0	Valor Base retención en la fuente ICA	147.967,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 109.800	$ 0	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 140.500	$ 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	$ 4.600	$ 0	Menos Retencion IVA	0,00	15%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	$ -		Reteica - 8551	296,00	0,200%
Aportes voluntarios a cuentas AFC	$ -		-	0,00	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias $7.128.000	$ -		-	0,00	
Intereses Prestamo de Vivienda $ 3.560.700	$ -		-	0,00	
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -		Pro Utch	3.983,00	1,000%
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Dependientes hasta $ 1.139.424	$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta $ 569.712	$ -				
Renta Exenta 25% $ 8.545.680	$ 42.247		Descuentos de Libranza	0,00	
Retención en la Fuente Contingente	$ -		Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
			VALOR A PAGAR	**$ 393.988,00**	

SON: TRESCIENTOS NOVENTA Y TRES MIL NOVECIENTOS OCHENTA Y OCHO PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Realice el alistamiento para el inicio de la formación complementaria en la IE Antonio Maria Clareth y en la IE José del Carmen Cuesta
Asistí a la Inducción sobre el manejo de alguna herramientas (Sofiaplus y ComprmISO) del sena

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.

Lily Jhoana Valoyes Caicedo

LILY JHOANA VALOYES CAICEDO
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 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.

Autorizo el presente pago.
El Supervisor,

HARRY EDUVAR MARTINEZ ASPRILLA
INSTRUCTOR

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

JUAN CARLOS BLANCO CORDOBA
DIRECTOR REGIONAL CON FUNCIONES DE SUBDIRECTOR DE CENTRO

SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva eps
gente cuidando gente
NIT. 900.156.264-2

digo Unicamente para dependientes y afiliaciones al Régimen Subsidiado"

* 0 1 B 1 3 5 7 1 1 9 3 *

* 0 1 0 7 5 1 6 3 5 3 *

DATOS DEL TRÁMITE

Lea atentamente las instrucciones antes de diligenciar este formulario

1. TIPO DE TRÁMITE: AFILIACION [ ] B. REPORTE DE NOVEDADES [4]
2. TIPO DE AFILIADO: A. Individual [ ] a) Cotizante o cabeza de familia [ ] b) Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]
3. RÉGIMEN: C. Contributivo [X] S. Subsidiado [ ]
4. TIPO DE AFILIADO: O Cotizante [ ] CF Cabeza de Familia [ ] BE Beneficiario [ ]
5. TIPO DE COTIZANTE: A Dependiente [ ] B Independiente [X] C Pensionado [ ] D Independiente por prestación de servicios [ ]
CÓDIGO: C2069
FECHA DE LA SOLICITUD: 18 02 2020

AFILIACION

DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)

APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS

PRIMER APELLIDO: Valoyes — SEGUNDO APELLIDO: Caicedo — PRIMER NOMBRE: Lily — SEGUNDO NOMBRE: Shoana

TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: CC [X] — 6. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1077429018 — 9. SEXO: F [X] M [ ] — 10. FECHA NACIMIENTO: 30 12 1986

DATOS COMPLEMENTARIOS

REGIMEN: Cónyuge [ ] Compañero(a) permanente [ ] — 12. DISCAPACIDAD: Tipo [ ] Condición [ ] — 13. PUNTAJE Y NIVEL DEL SISBEN — 14. GRUPO DE POBLACIÓN ESPECIAL — 15. ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES: Positiva

ADMINISTRADORA DE PENSIONES: Protección — 17. INGRESO BASE DE COTIZACION - IBC: 2'980'000 — 18. UBICACIÓN O DIRECCIÓN DE RESIDENCIA: cra 12 # 35 – 16 — LOCALIDAD / COMUNA — BARRIO: Los Vivos

CIUDAD / MUNICIPIO: Quibdo — DEPARTAMENTO: Choco — ZONA: U. [2] R. [ ] — TELEFONO FIJO: 6726998

TELEFONO MÓVIL: 3216391570 — CORREO ELECTRÓNICO: lilyshoana20@hotmail.com — CÓDIGO IPS: 5805

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR D: os de identificación del beneficiario (Cónyuge o compañero (a) permanente del cotizante)

APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS

PRIMER APELLIDO — SEGUNDO APELLIDO — PRIMER NOMBRE — SEGUNDO NOMBRE

TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD — 21. NUMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD — 22. SEXO — 23. FECHA NACIMIENTO — CODIGO

os básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

24. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS DE LOS BENEFICIARIOS	5. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	26. NUMERO DE IDENTIDAD	27. SEXO	28. FECHA DE NACIMIENTO	29. PARENTESCO	30. FIRMA	31. DISCAPACIDAD Tipo	Condición
							F N M T	P
							F N M T	P
							F N M T	P
							F N M T	P

7. DATOS DE RESIDENCIA

Ciudad / Mpio	Departamento	Zona	Teléfono Fijo	Teléfono Móvil	33. VALOR UPC AFILIADO ADICIONAL (Si aplica la EPS)	34. Nombre y código de la IPS	EXCEPCIÓN DEL TRASLADO: PARENTESCO COTIZANTE	LIMITACIÓN SIMULTÁNEA	CUMPLIMIENTO SEMANAS COTIZADAS	SEXO AFILIADO ADICIONAL	NIVEL DE SISBEN	IPS NACIONAL
		R. U.									I. II.	
		R. U.									I. II.	
		R. U.									I. II.	
		R. U.									I. II.	

TOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES Y/O INDEP DIENTE POR PRESTACIÓN DE SERVICIO O DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

Nombre o Razón Social: Lily Shoana Valoyes C. — 36. Tipo documento de identidad: CC [X] — 37. Número documento de identidad — DV — 38. Tipo de aportante o pagador de pensiones

UBICACIÓN O DIRECCIÓN: cra 12 # 35-16 — Quibdo — Choco — 6726998 — 3216391570 — CORREO ELECTRÓNICO: lilyshoana20@hotmail.com

FECHA INICIO DE RELACIÓN LABORAL: 18 02 2020 — CARGO: Independiente — SALARIO: 2'980'000

EPORTE DE NOVEDADES

TIPO DE NOVEDAD

- MODIFICACIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN [ ]
- CORRECCIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN [ ]
- ACTUALIZACIÓN DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD [ ]
- ACTUALIZACIÓN Y/O CORRECCIÓN DE DATOS COMPLEMENTARIOS [ ]
- ELIMINACIÓN DE LA INSCRIPCIÓN EN LA EPS [ ] Código [ ]
- INSCRIPCIÓN EN LA EPS [ ]
- EXCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES [ ]
- 8. EXCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES [ ]
- 9. INICIO DE RELACIÓN LABORAL O ADQUISICIÓN DE CONDICIONES PARA COTIZAR [ ]
- 10. TERMINACIÓN DE LA RELACIÓN LABORAL O PÉRDIDA DE LAS CONDICIONES PARA COTIZANDO [ ]
- 11. VINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLSUBSIDIO [ ]
- 12. DESVINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLSUBSIDIO [ ]
- 13. MOVILIDAD: A) AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO [ ] B) AL RÉGIMEN SUBSIDIADO [ ]
- 14. TRASLADO: A) MISMO REGIMEN [ ] B) DIFERENTE RÉGIMEN [ ]
- 15. REPORTE DE FALLECIMIENTO [ ]
- 16. REPORTE DEL TRÁMITE DE PROTECCIÓN AL CESANTE [ ]
- 17. REPORTE DE LA CALIDAD DE PREPENSIONADO [ ]
- 18. REPORTE DE LA CALIDAD DE PENSIONADO [ ]

STOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

ATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN

ER APELLIDO — SEGUNDO APELLIDO — PRIMER NOMBRE — SEGUNDO NOMBRE

DOCUMENTO DE IDENTIDAD — NÚMERO DE IDENTIDAD — SEXO — FECHA NACIMIENTO

FECHA (a partir de) — 41. EPS ANTERIOR Código — 44. EXCEPCIÓN DEL TRASLADO: CUOTA MODERADORA [ ] LIMITACIÓN TEMPORAL [ ] CUMPLIMIENTO SEMANAS [ ] — 45. CAJA DE COMPENSACIÓN F

COPA LTDA. NIT. 900.755.385
RECIBIDO PARA ESTUDIO EN LA EPS
ASESOR DE CORRETAJE
FECHA: 18 02 2020

ECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

Declaración: Asi mismo me comprometo, Declaro que conozco con todo, Declaro que la información suministrada

dias en el dia del mes

Declaración de dependientes menores de los beneficiarios y afiliados adicionales: Declaro que la veracidad de la información que declaro. Beneficiario(a) reportado(a) en esta novedad cumple con los

Declaración de no cotización de afiliado al Régimen Contributivo: Declaro no Trabajador

Declaración de existencia de vínculos de Salud y copia de esta: Autorizo de los documentos que acreditan Adjunto original en la Entidad

Declaración de no afiliación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios Afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud

Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales

Autorización para que la EPS reporte la información que de genera de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que lo requieran para el funcionamiento del

Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.

Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular [illegible] mencionado de ideas

IRMAS

Lily Shoana Valoyes Caicedo

54. Firma del cotizante, cabeza de familia o beneficiario — 55. Firma y sello del empleador, operador o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio o/o independiente por prestación de servicio

IEXOS

Anexo copia del documento de identidad: TI [ ] RC [ ] CC [ ] CE [ ] PA [ ] SC [ ] PE [ ] Cantidad [ ]

Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente

Copia del registro civil de nacimiento o de la Partida de bautismo, hoja de control

Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, cesación de efectos civiles de matrimonio religioso, nulidad del matrimonio civil o de la unión marital

Copia del certificado de defunción o acta de defunción del cónyuge

Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia

Documento en que conste la pérdida de la patria potestad

Copia de la autorización de hijastros por parte de la Superintendencia Nacional de Salud

Certificación de vinculación a una unidad administrativa especial militar, policial

Copia del acto administrativo o providencia de los supervisores nombrados

nueva eps
COPA LTDA. NIT 900.755.385
RECIBIDO PARA ESTUDIO EN LA EPS
ASESOR DE CORRETAJE
CLAVE: C2069
FECHA: 18 02 2020

TOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

ntificación de la Entidad Territorial

go del Municipio — Código del departamento — 67. ...tes del SISBEN — ...mero de ficha — Puntaje — Nivel — 68. Fecha de ...ificación — 69. Fecha de validación

...tos del funcionario que realiza la validación

Tipo documento de identidad — Número del document...e identidad — 71. Firma del funcionario

IVACIONES:

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.198.281

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **VALOYES CAICEDO LILY JHOANA** identificado(a) con **CC** número **1.077.429.018** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 01 de mayo de 2013 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO**.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 17 de febrero de 2020.

Cordialmente,

Laura Patricia Merchan Metaute
Equipo Gestión de Operaciones.

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**
Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**
www.proteccion.com

202002171226

ARUS®
Tecnología + Información + Conocimiento

SuAporte | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2020-03-03, 03:58:59 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 43495623

Periodo Cotización: enero de 2020 **Periodo Servicio:** enero de 2020

PAGADO 26/02/2020

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	LILY JHOANA VALOYES CAICEDO		
Documento	CC1077429018	**Dirección**	CL 27 #2 - 21
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	6723633
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	QUIBDO	**Departamento**	CHOCO
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	POSITIVA DE SEGUROS

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																	Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales					Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días ARP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 1077429018	LILY JHOANA VALOYES CAICEDO	59	00																	0	30	30	30	0	(230201) PROTECCION (ING + PROTECCION)	$ 877.803	$ 140.500	(EPS037) NUEVA EPS	$ 877.803	$ 109.800	1.044	$ 877.803	$ 9.200	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 259.500

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 877.803	$ 877.803	$ 877.803	$ 0	$ 140.500	$ 109.800	$ 9.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 259.500	$ 3.900	$ 263.400

Certifico que los aportes de seguridad social (salud, pensión y ARL) corresponden al periodo de Enero de 2020.

Att.: Lily Jhoana Valoyes Caicedo
C.C. 1077429018

ARUS, Línea Expertos en PILA: Barranquilla: 385 24 44 - Bogotá: 485 4485 - Bucaramanga: 697 87 27 - Cali: 485 9444 - Cartagena: 693 77 27 - Pereira: 340 13 27 - Manizales: 892 80 27 - Medellín: 604 2727 - Desde otras ciudades: 018000 51 99 77. Línea Ética: 018000 517806.

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

EXPERTOS en PILA

DIAN
Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

MUISCA
Modelo Unico de Ingresos, Servicio y Control Automatizado

001

2. Concepto 01 Inscripción

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14223294127

(415)7707212489984(8020) 000001422329412 7

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1077429018	6	Impuestos y Aduanas de Quibdó 18	

IDENTIFICACION

24. Tipo de contribuyente:	25. Tipo de documento:	26. Número de Identificación:	27. Fecha expedición:
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de ciudadanía 13	1077429018	2005 04 25

Lugar de expedición / 28. País:	29. Departamento:	30. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA 169	Chocó 27	Quibdó 001

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
VALOYES	CAICEDO	LILY	JHOANA

35. Razón social:

36. Nombre comercial: | 37. Sigla:

UBICACION

38. País:	39. Departamento:	40. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA 169	Chocó 27	Quibdó 001

41. Dirección principal: CR 11 35 16

42. Correo electrónico:	43. Código postal	44. Teléfono 1:	45. Teléfono 2:
		3216391570	

CLASIFICACION

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
8299	20130111 (Año Mes Día)		(Año Mes Día)				4222	

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código:	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
	12																									

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

12- Ventas régimen simplificado

Obligados aduaneros

54. Código:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	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 [X] NO [ ] | 60. No. de Folios: 2 | 61. Fecha: 2013 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: PEREA COSSIO DARWIN
985. Cargo: Gestor I

Fecha generación documento PDF: 20-02-2020 09:20:28PM



Dra. Tatiana Posada Zambrano
Su Salud en Buenas Manos

CONSULTORIO MEDICO DOCTORA TATIANA SOFIA POSADA ZAMBRANO
MEDICA ESPECIALISTA EN GERENCIA EN SALUD OCUPACIONAL
DIPLOMADO EN CALIFICACION DE LA PERDIDA DE LA CAPACIDAD LABORAL Y OCUPACIONAL
NIT. 39049753-1

CERTIFICADO DE APTITUD AL CARGO

Certificado No.:	**942511**	**Fecha y hora:**	17/02/2020 10:20:54
Fecha y hora del Exámen:	17/2/2020 10:00:00 (-05)	**Lugar del Exámen:**	quibdó
Tipo certificado:	Ingreso	**Énfasis en:**	Ostemuscular
Nombre Completo:	LILY JHOANA VALOYES CAICEDO	**Email:**	lilyjhoana20@hotmail.com
Tipo Documento:	CC	**No. de Identificacion:**	1077429018
Genero:	Femenino	**Fecha de Nacimiento:**	30/12/1986 (33 años de edad)
Empresa:	SENA CHOCÓ	**Cargo:**	INSTRUCTORA
Lateralidad:	Diestro		

CONCEPTO DE APTITUD

Concepto Medico:	Apto	**¿Se recomienda Valoracion por la EPS?:**	NO
Limitaciones o Restricciones:	ninguno	**Concepto de aptitud apoyado en profesiograma o perfil para el cargo:**	NO
Recomendaciones médicas laborales:	Uso de elementos de protección personal de acuerdo a la exposicion laboral, Pausas activas para manos y espalda, Utilizar una adecuada higiene postura y mecanica corporal para la realizacion de su trabajo	**Recomendaciones médica para el área del trabajo:**	Uso de señales y normas de seguridad, Curso de manejo de la voz y el estrés
Valoracion por Especialista(s):	ninguno	**Recomendacion a la Patologia preexistente:**	ninguno
Observaciones:	• sin alteraciones osteomusculares		

EXÁMENES DE LABORATORIOS Y PARACLÍNICOS PRÁCTICADOS:

La presente certificación se expide con base en la historia clínica del trabajador, la cual tiene un carácter confidencial.

Tatiana S. Posada Zambrano
Medica Esp. Gerencia en Salud Ocupacional
Licencia Salud Ocupacional: 27-120
Fundación Universitaria del Área Andina

FIRMA MEDICO OCUPACIONAL

Lily Jhoana Valoyes

Nombre: lily jhoana valoyes caicedo
Motivo: Certificado de Aptitud al Cargo
Fecha: 17/02/2020 10:26:35 a. m. (UTC-05:00)
Ubicación: CALLE 30 #3-19 BARRIO CRISTO REY

FIRMA ASPIRANTE AL CARGO
C.C. 1077429018

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Hace constar:

Que el Sr(a) LILY JHOANA VALOYES CAICEDO Identificado(a) con cédula de ciudadania 1077429018 realizó el día 26/02/2020 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, Titulo 4, Capitulo 6, Articulo 2.2.4.6.11., Parágrafo 2.

Compromiso SST:

Yo LILY JHOANA VALOYES CAICEDO Identificado(a) con cédula de ciudadania 1077429018 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.

Lily Jhoana Valoyes C.

Firma

Dependencia de Seguridad y Salud en el Trabajo – Secretaria General - SENA

POSITIVA
Compañía de Seguros S.A.
N.I.T 860.011.153-6

CERTIFICA

Verificada la base de datos del ramo de ARL de la compañía, se identificó que LILY JHOANA VALOYES CAICEDO, con Cédula Ciudadanía No. 1077429018 contratista de la empresa SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA, con Nit No. 899999034, tiene un registro como Independiente desde el 26/02/2020 y fecha fin de contrato 20/11/2020 con riesgo 2 y a la fecha se encuentra AFILIADO.

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 deberá realizar una nueva afiliación, para continuar con la cobertura en nuestra ARL.

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web: www.positivaenlinea.gov.co y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202001012111467.

Dada en Bogotá, a los 25 días del mes de febrero de 2020

Luisa Marina Uribe Restrepo
Gerencia de Afiliaciones y Novedades.

Impreso por Internet el 25/02/2020 11:25:25 a. m.
ISCDC: 25/02/2020 11:25:25 a. m.

Banco AV Villas
NIT. 860.035.827-5

BANCO COMERCIAL "AV VILLAS"

NIT 860035827 - 5

CRA. 13 No. 27-47 P-24 BOGOTA D.C.

C E R T I F I C A :

Que LILY JHOANA VALOYES CAICEDO identificado con el documento No. 1.077.429.018

posee en la oficina QUIBDO (530) una cuenta de ahorros

No. 530850051 desde el 17 de Abril de 2013

Se expide la presente a solicitud del interesado a los 17 días del mes de Febrero de 2020

Atentamente,

OFICINA 530-QUIBDO VISADO Banco AV Villas

Gerente Oficina Quibdo

Esta certificación tiene un costo de $ 10.350,00 , el cual será debitado de su cuenta y se verá reflejado en el extracto de la misma .

CAP-IM1-119-V1

F-06-403-1

CONFIANZA
Swiss Re Corporate Solutions
NIT: 860.070.374-9

GARANTIA UNICA DE SEGUROS DE CUMPLIMIENTO EN FAVOR DE ENTIDADES ESTATALES

Decreto 1082 de 2015

PÓLIZA 23 GU060811
CERTIFICADO 23 GU083954

CÓDIGO REFERENCIA PAGO: 2360083954

SUCURSAL: 23. PEREIRA **USUARIO:** ASPRILLJ **TIP CERTIFICADO:** Nuevo **FECHA** DD 25 MM 02 AAAA 2020

TOMADOR/GARANTIZADO:	VALOYES CAICEDO LILY JHOANA	**C.C. O NIT:**	1077429018 6
DIRECCIÓN:	CR 12 BIS 3516	**CIUDAD:**	QUIBDO
E-MAIL:	LILIJHOANA20@HOTMAIL.COM	**TELÉFONO:**	3216391570
ASEGURADO:	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA	**C.C. O NIT:**	899999034 1
DIRECCIÓN:	CL 22 11 E 05 VIA A ORIENTE	**CIUDAD:** PASTO	**TEL.** 7304656
BENEFICIARIO:	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA	**C.C. O NIT:**	899999034 1
DIRECCIÓN:	CL 22 11 E 05 VIA A ORIENTE	**CIUDAD:** PASTO	**TEL.** 7304656

VIGENCIA			**VALOR ASEGURADO EN** PESOS		
	DD MM AAAA	DD MM AAAA	**ANTERIOR**	**ESTA MODIFICACIÓN**	**NUEVA**
DESDE	20 02 2020	**HASTA** 20 02 2021			2,389,600.00

INTERMEDIARIO		**COASEGURO**				**PRIMA**		
%	**NOMBRE**	**COMPAÑIA**	**%**			**TRM** 3,431.60	**MONEDA**	**VALORES**
100.00	AGENCIA DE SEGUROS FMA					**PRIMA**	PESOS	20,000.00
						CARGOS DE EMISIÓN	PESOS	7,000.00
						IVA	PESOS	5,130.00
						TOTAL		**32,130.00**

AMPAROS	**VIGENCIA**		**VALOR ASEGURADO ANTERIOR EN PESOS**	**VALOR ASEGURADO NUEVO EN PESOS**	**VALOR PRIMA EN PESOS**	**DEDUCIBLE**	
	Desde	**Hasta**				**%**	**Mínimo**
CUMPLIMIENTO DE CONTRATO	20-02-2020	20-02-2021	0.00	2,389,600.00	20,000.00	0.00	0.00

OBJETO DE LA GARANTÍA:
AMPARAR EL PAGO DE LOS PERJUICIOS DERIVADOS DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES DE MEDIO CONTENIDAS EN CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS No. C01.PCCNTR.1393554 DE 2020 DE FECHA 20-FEB-2020 CUYO OBJETO ES: CONTRATAR LA PRESTACION DE SERVICIOS DE CARACTER TEMPORAL DE UN (1) INSTRUCTOR PARA ATENDER PROCESOS DE FORMACION EN LA MODALIDAD COMPLEMENTARIA EN EL AREA AMBIENTAL EN EL CENTRO DE RECURSOS NATURALES DE INDUSTRIA Y BIODIVERSIDAD.

ESTA POLIZA SE EXPIDE EN CONSIDERACION A LAS DECLARACIONES HECHAS POR EL TOMADOR EN CUALQUIER DOCUMENTO APORTADO PARA LA EXPEDICION, LOS CUALES FORMAN PARTE INTEGRANTE DE ESTA POLIZA.
LAS CARÁTULAS ENVIADAS VÍA MAIL TIENEN FIRMA AUTORIZADA Y UN CERTIFICADO DIGITAL, CUALQUIER ALTERACIÓN A SU CONTENIDO ACARREARÁ LAS SANCIONES ESTIPULADAS EN LA LEY.
CON LA FIRMA Y/O EL RECIBO A SATISFACCIÓN DE LA PRESENTE PÓLIZA, DECLARO DE MANERA EXPRESA EN MI CALIDAD DE TOMADOR, QUE CONOCÍ DE MANERA ANTICIPADA EL CLAUSULADO Y ME FUERON EXPLICADOS SUFICIENTEMENTE LOS EFECTOS Y ALCANCE DE LAS CONDICIONES GENERALES, DE LA COBERTURA, DE LAS EXCLUSIONES Y DE LAS GARANTÍAS DE LA MISMA. TAMBIÉN ME INFORMARON QUE PUEDO CONSULTAR TODOS LOS CONDICIONADOS DE MANERA PREVIA Y PERMANENTEMENTE EN LA PÁGINA WEB WWW. CONFIANZA.COM.CO. Y RECIBIR EXPLICACIONES DE LOS MISMOS CON MI INTERMEDIARIO DE SEGUROS ASÍ COMO EN CUALQUIERA DE LAS OFICINAS Y SUCURSALES DE CONFIANZA. S.A EN TODO EL PAÍS.
VER NOTA EN LOS CASOS EN QUE EL VALOR ASEGURADO SEA EXPRESADO EN MONEDA EXTRANJERA, CON FUNDAMENTO EN LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 2.31.2.1.1 DEL DECRETO 2555 DE 2010, LOS PAGOS DE LA PRIMA SÓLO SE PODRÁN REALIZAR MEDIANTE TRANSFERENCIA ELECTRONICA O CHEQUE, SUJETANDOSE INTEGRALMENTE A LAS DISPOSICIONES VIGENTES EN MATERIA CAMBIARIA, SEGÚN LO SEÑALADO POR EL ARTICULO 2.31.2.1.4 DEL MISMO ORDENAMIENTO, EL VALOR DE LA PRIMA NETA SE HARA EFECTIVO A LA TASA REPRESENTATIVA DEL MERCADO EN EL DIA DE SU PAGO, EL VALOR DEL IVA Y LOS GASTOS SE LIQUIDARÁN A LA TASA REPRESENTATIVA DEL MERCADO VIGENTE EN LA FECHA DE EXPEDICION.
SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES-I.V.A.-REGIMEN COMUN-AGENTES DE RETENCIÓN, RESPONSABLES DE INDUSTRIA Y COMERCIO EN BOGOTA, D.C
SI ESTA PÓLIZA SE CONSTITUYE MEDIANTE UN INTERMEDIARIO, LA PRIMA DE ESTA PÓLIZA INCLUYE EL VALOR DE LA COMISIÓN QUE CORRESPONDE AL INTERMEDIARIO DE SEGUROS. EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS PUEDE RECIBIR REMUNERACIÓN ADICIONAL DEL ASEGURADOR BASADO EN ESTA PÓLIZA. DICHA REMUNERACIÓN ES CONFORME CON LAS LEYES Y REGULACIONES APLICABLES.
LA PRESENTACION DE ESTA POLIZA ANTE EL ASEGURADO, EN MI CALIDAD DE TOMADOR IMPLICA MI ACEPTACION Y AUTORIZACION PARA QUE EN EL EVENTO EN QUE INCUMPLA LAS OBLIGACIONES QUE EMANAN DEL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO, MI NOMBRE Y LAS CIRCUNSTANCIAS Y CARACTERISTICAS DE MI INCUMPLIMIENTO, SEAN REPORTADAS A LAS CENTRALES DE DATOS EXISTENTES EN EL PAIS.
LA PRESENTE GARANTIA NO EXPIRARA POR FALTA DE PAGO DE LA PRIMA DE LA POLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDA CON FUNDAMENTO EN ELLA O POR REVOCACION UNILATERAL POR PARTE DEL TOMADOR O DE LA COMPAÑIA, DE CONFORMIDAD CON LO PREVISTO EN EL NUMERAL 19 DEL ARTICULO 25 DE LA LEY 80 DE 1993.
AUTORIZACIÓN DATOS PERSONALES: DE MANERA EXPRESA MANIFIESTO Y ACEPTO QUE EN MI CALIDAD DE: I) TOMADOR Y/O, II) ASEGURADO Y/O BENEFICIARIO, QUE EL HECHO DE TOMAR, ACEPTAR Y/O RECIBIR LA PRESENTE PÓLIZA EN LAS CALIDADES ANTES MENCIONADAS, CONSTITUYE UNA CONDUCTA INEQUÍVOCA DE LA CUAL SE CONCLUYE MI AUTORIZACIÓN EXPRESA PARA EL TRATAMIENTO DE MIS DATOS PERSONALES POR PARTE DE CONFIANZA S.A, INCLUIDOS LOS SENSIBLES, ASÍ COMO MI AUTORIZACIÓN PARA LA TRANSFERENCIA Y TRANSMISIÓN NACIONAL E INTERNACIONAL DE MIS DATOS, POR LAS PERSONAS, PARA LAS FINALIDADES Y EN LOS TÉRMINOS QUE ME FUERON INFORMADOS EN EL AVISO DE PRIVACIDAD PUBLICADO EN WWW.CONFIANZA.COM.CO Y CONFORME CON EL MANUAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES PUBLICADO EN EL MISMO PORTAL.
EL PRESENTE CONTRATO SE RIGE POR LAS CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES INCLUIDAS EN LA FORMA SU-OD-05-07 ADJUNTA.

RES. DIAN NO. 18762014067728 16/04/2019 NUMERACION AUTORIZADA DEL SEG: 000001 AL 100000 NUMERACION HABILITADA DE SEG: 080860 AL 100000 CODIGO ACTIVIDAD 6511

Lily Jhoana Valoyes C.
TOMADOR

(415)7709998911901(8020)2360083954

COMPAÑIA ASEGURADORA DE FIANZAS S.A. FIRMA AUTORIZADA

SU-FO-01-02

DOCUMENTO FIRMADO DIGITALMENTE - PRIMERA COPIA - GARANTIZADO