Contratacion

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-CHOCÓ

Código Regional	27
Código Centro	952210
Fecha Elaboración	Marzo de 2020
Versión	FEBRERO 2020 - 2,20
ID de Proceso	85750-016311

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	ROSA MARIA PALACIOS RODRIGUEZ	C.C.	35.601.300	IP/N° de contacto	3204432595
Correo electrónico contratista:	rmpalacios0@misena.edu.co				
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:	BANCO POPULAR	Tipo de cta	AHORROS	N° Cuenta	210380390252
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:	1404886/2020			N° Compromiso SIIF	17920	
Valor Total del Contrato	$ 25.600.000	N ° Pago	Periodo objeto de pago			Valor Bruto Pago
Saldo Anterior del Contrato	$ 25.600.000	1	Del	02/03/2020	Al 31/03/2020	$ 2.986.666,00
Nuevo Saldo del Contrato	$ 22.613.334		Comisiones			$ 0,00

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 2.986.666		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	$ 2.986.666		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	$ 1.984.550		TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO	$ 0

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

	Marzo	Febrero
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS		4328703945
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.194.666	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 149.400	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 191.200	$ 0
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL	$ 6.300	$ 0
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	$ -	
Aportes voluntarios a cuentas AFC	$ -	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias $7.128.000	$ -	
Intereses Prestamo de Vivienda $ 3.560.700	$ -	
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 $ 1.139.424	$ -	
Salud hasta $ 569.712	$ -	
Renta Exenta 25% $ 8.545.680	$ 661.517	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

		TARIFA
Valor Base retención en la fuente	1.984.550,00	
Valor Base retención en la fuente ICA	2.646.066,00	
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 - 8551	5.292,00	0,200%
-	0,00	
-	0,00	
-	0,00	
Pro Utch	29.867,00	1,000%
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	$ 2.951.507,00	

SON: DOS MILLONES NOVECIENTOS CINCUENTA Y UN MIL QUINIENTOS SIETE PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Verificacion y Registro de los aprendices en la plataforma Sofia Plus
Reunion con los aprendices para concertar el horario de formacion
Acondicionar los elementos del proceso formativo (guía de aprendizaje)
Socialización a los aprendices sobre la importancia del curso EMPRENDIMIENTO INNIVADOR
Como estrategia de enseñanza, Realizare Taller proyecto de vida Teórico – Prácticos" relacionados con la
videos proyectados sobre diferentes temas del curso, socialización grupal por parte de los aprendices sobre la temática
Emprendimieto innovador
Solicitud de permiso en institucional educativa para desarrollar proceso de formacion

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.

Rosa M. Palacios R

ROSA MARIA PALACIOS RODRIGUEZ
EL CONTRATISTA

CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

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

Yilse A. Ruiz

YILSE ALEID RUIZ CARRILLO
INSTRUCTOR G13

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

REPUBLICA DE COLOMBIA
SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

FORMULARIO UNICO DE AFILIACION Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva eps
gente cuidando gente
NIT. 900.156.264-2

"Código Únicamente para dependientes y afiliaciones al Régimen Subsidiado"

01 B 13307872

0107253032

I. DATOS DEL TRÁMITE

Lea atentamente las instrucciones antes de diligenciar este formulario

1. TIPO DE TRÁMITE	2. TIPO DE AFILIACIÓN	3. RÉGIMEN
A. AFILIACIÓN [ ] B. REPORTE DE NOVEDADES [X]	A. Individual: a) Cotizante o cabeza de familia [ ] b) Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]	C. Contributivo [ ] S. Subsidiado [ ]

4. TIPO DE AFILIADO	5. TIPO DE COTIZANTE	CÓDIGO	FECHA DE LA SOLICITUD
CO Cotizante [ ] CF Cabeza de Familia [ ] BE Beneficiario [ ]	A. Dependiente [ ] B. Independiente [X] C. Pensionado [ ] D. Independiente por prestación de servicio [ ]	C2069	16 01 2020

A. AFILIACIÓN

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

6. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS				
PRIMER APELLIDO: Palacios	SEGUNDO APELLIDO: Rodriguez	PRIMER NOMBRE: Rosa	SEGUNDO NOMBRE: Maria	
7. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: [ ]	8. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 35601300	9. SEXO: F [X] M [ ]	10. FECHA NACIMIENTO: 18 10 1974	

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

11. ORIGEN ÉTNICO: Código [ ]	12. DISCAPACIDAD: Tipo [ ] Condición [ ]	13. PUNTAJE Y NIVEL DEL SISBEN	14. GRUPO DE POBLACIÓN ESPECIAL	15. ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
16. ADMINISTRADORA DE PENSIONES: Colfondos	17. INGRESO BASE DE COTIZACIÓN - IBC: 877803	18. UBICACIÓN O DIRECCIÓN DE RESIDENCIA: B/Medrano	LOCALIDAD / COMUNA	BARRIO: Sanfrancisco
CIUDAD / MUNICIPIO: Quibdo	DEPARTAMENTO: Choco	ZONA U. [ ] R. [ ]	TELÉFONO FIJO	
TELÉFONO MÓVIL: 3204432595	CORREO ELECTRÓNICO: xrpalacios Rodriguez@yahoo.es			CÓDIGO IPS: 585

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR Datos de identificación del beneficiario (Cónyuge o compañero (a) permanente del cotizante)

19. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS				
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	
20. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	21. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	22. SEXO F M	23. FECHA NACIMIENTO DÍA MES AÑO	CÓDIGO IPS

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

	24. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS DE LOS BENEFICIARIOS	25. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	26. NÚMERO DE IDENTIDAD	27. SEXO	28. FECHA DE NACIMIENTO	29. PARENTESCO	30. ETNIA	31. DISCAPACIDAD Tipo	31. DISCAPACIDAD Condición
1								F. [ ] N. [ ] M. [ ]	T. [ ] P. [ ]
2								F. [ ] N. [ ] M. [ ]	T. [ ] P. [ ]
3								F. [ ] N. [ ] M. [ ]	T. [ ] P. [ ]
4								F. [ ] N. [ ] M. [ ]	T. [ ] P. [ ]

	32. DATOS DE RESIDENCIA: Ciudad / Mpio.	Departamento	Zona	Teléfono Fijo	Teléfono Móvil	33. VALOR UPC AFILIADO ADICIONAL (Lo diligencia la EPS)	34. Nombre y código de la IPS	EXCEPCIÓN DEL TRASLADO: COBERTURA GEOGRÁFICA	UNIFICACIÓN GRUPO FAMILIAR	CUMPLIMIENTO TIEMPO POR CESIÓN	SERVICIO AVALADO POR SNS	NIVEL DE SISBÉN	GRUPO POBLACIONAL
1			R. [ ] U. [ ]									I. [ ] II. [ ]	
2			R. [ ] U. [ ]									I. [ ] II. [ ]	
3			R. [ ] U. [ ]									I. [ ] II. [ ]	
4			R. [ ] U. [ ]									I. [ ] II. [ ]	

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES Y/O INDEPENDIENTE POR PRESTACIÓN DE SERVICIO O DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

35. Nombre o Razón Social	36. Tipo documento de identidad	37. Número documento de identidad	DV	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones
Rosa Maria Palacios R	CC	35601300		

39. UBICACIÓN O DIRECCIÓN			
Choco Quibdo	Quibdo	3204432595	xrpalacios Rodriguez@yahoo
FECHA INICIO DE RELACIÓN LABORAL: 16 01 2020	CARGO	SALARIO	

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. TIPO DE NOVEDAD
1. MODIFICACIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN [ ]
2. CORRECCIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN [ ]
3. ACTUALIZACIÓN DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD [ ]
4. ACTUALIZACIÓN Y/O CORRECCIÓN DE DATOS COMPLEMENTARIOS [ ]
5. TERMINACIÓN DE LA INSCRIPCIÓN EN LA EPS [ ] Código [ ]
6. REINSCRIPCIÓN EN LA EPS [ ]
7. INCLUSIÓN 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 SEGUIR COTIZANDO [ ]
11. VINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS [ ]
12. DESVINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS [ ]
13. MOVILIDAD A) AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO [ ] B) AL RÉGIMEN SUBSIDIADO [ ]
14. TRASLADO A) MISMO RÉGIMEN [ ] 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 [ ]

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN: PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	SEXO F M	FECHA NACIMIENTO DÍA MES AÑO

42. FECHA (a partir de) DÍA MES AÑO	43. EPS ANTERIOR Código	44. EXCEPCIÓN DEL TRASLADO: COBERTURA GEOGRÁFICA [ ] UNIFICACIÓN GRUPO FAMILIAR [ ] CUMPLIMIENTO TIEMPO POR CESIÓN [ ] SERVICIO AVALADO POR SNS [ ]	45. CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR O PAGADOR DE PENSIONES

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

Declaración Juramentada de convivencia: Declaro que convivo con el(la) Señor(a) _____ identificado(a) con _____ No. _____ desde el día _____ del mes _____ del año _____ [ ]

46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales: Declaro bajo la gravedad de juramento que el(los) Beneficiario(s) reportado(s) dependen económicamente de mi. [ ]
47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción. [ ]
48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios. Anexo soporte de la Entidad [ ]
49. Declaración de no intermediación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud [ ]
50. 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 [ ]
51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran. [ ]
52. 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. [ ]
53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto. [ ]

VIII. FIRMAS

Rosa M. Palacios R
54. Firma del cotizante, cabeza de familia o beneficiario

55. Firma y sello del empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio y/o independiente por prestación de servicio

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad: CN [ ] RC [ ] TI [ ] CC [ ] PA [ ] CE [ ] CD [ ] SC [ ] PE [ ] Total [ ]
Cantidad: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente. [ ]
58. Copia del registro civil de matrimonio o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital. [ ]
59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital. [ ]
60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor. [ ]
61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia. [ ]
62. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres. [ ]
63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud. [ ]
64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. [ ]
65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio. [ ]

nueva eps

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial	67. Datos del SISBEN	68. Fecha de validación
Código del Municipio [ ] Código del departamento [ ]	Número de ficha [ ] Puntaje [ ] Nivel [ ]	DÍA MES AÑO

70. Datos del funcionario que realiza la validación

Tipo documento de identidad	Número del documento de identidad	71. Firma del funcionario
[ ]		

OBSERVACIONES:

COPA LTDA NIT 900.755.385
Cra 4 Calle 50 Esquina
RECIBIDO PARA ESTUDIO EN LA EPS
ASESOR DE CORRETAJE
CLAVE : C2069 16-01-2020
FECHA:

ANEXO SUPERSALUD

Colfondos
Pensiones y Cesantías
del grupo Scotiabank

COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) ROSA MARIA PALACIOS RODRIGUEZ identificado(a) con C.C No. 35.601.300, se encuentra afiliado(a) al Fondo Pensiones Obligatorias NIT 800.227.940-6.

Se expide la presente certificación a solicitud del afiliado(a) el día 16 de enero del 2020.

El presente certificado es emitido como un archivo PDF y contiene una firma digitalizada válida para todos sus efectos de conformidad con lo dispuesto en la Ley 527 de 1999.

Cualquier inquietud adicional no dude en escribirnos a través de nuestro portal transaccional www.colfondos.com.co opción contáctanos, o comuníquese con nuestro Contact Center a través de las siguientes líneas Bogotá 7484888, Barranquilla 386 9888, Bucaramanga 698 5888, Cali 489 9888, Cartagena 694 9888, Medellín 604 2888 y en el resto del país 604 2888.

Carolina Galvis C.

Carolina Galvis Castellanos
Directora de Cuentas y Recaudo
Colfondos S.A Pensiones y Cesantías

DIAN® Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

MUISCA Modelo Único de Ingresos, Servicio y Control Automatizado

001

2. Concepto 0 2 Actualización

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 14227011775

(415)7707212489984(8020) 000001422701177 5

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
3 5 6 0 1 3 0 0	1	Impuestos y Aduanas de Quibdó 1 8	

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 1 3	3 5 6 0 1 3 0 0	1 9 9 4 0 6 2 0

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
PALACIOS	RODRIGUEZ	ROSA	MARIA

35. Razón social:

36. Nombre comercial:

37. Sigla:

UBICACION

38. País:	39. Departamento:	40. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA 1 6 9	Chocó 2 7	Quibdó 0 0 1

41. Dirección principal: BRR JARDIN CL 23 20 56 SEC LOS LIRIOS

42. Correo electrónico:	43. Código postal	44. Teléfono 1:	45. Teléfono 2:
rpalaciosrodriguez@yahoo.es		6 7 2 3 9 0 8	3 2 0 4 4 3 2 5 9 5

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
8 5 5 1	2 0 0 7 0 1 1 5					2 3 2 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:	2 0																									

20- Obtención NIT

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 [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha: 2 0 1 6 0 1 2 2

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: LOZANO MURILLO ALMA LIGIA
985. Cargo: Gestor I

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Pacific Salud IPS
Tu Salud es Nuestro Compromiso

CONCEPTO DE APTITUD POR: EXAMEN DE INGRESO

Empresa Afiliadora: PARTICULAR

Nombre: **ROSA MARIA PALACIOS RODRIGUEZ** **No.** **CC 35601300**

Empresa Usuaria: PARTICULAR Fecha Nac. 18/10/1974 Sexo: F
Edad: 45 años Nro. Hijos: 0 Escolaridad: Posgrado
Estado civil: SOLTERA(O) Servicio Militar:
Dir: 27001 BRR SAN FRANCISCO DE MEDRANO C
Tel: 3204432595 -
Cargo a Desempeñar: AUXILIAR CONTABLE
Antiguedad en el cargo: **Antiguedad en la empresa:**
E.P.S.: LA NUEVA E.P.S **ARL:** **SIN ARL**

Fecha Atención **17/01/2020** Fecha Impresión 17/01/2020 Pag. 1

CONCEPTO DE APTITUD SIN RESTRICCIONES PARA DESEMPEÑAR EL CARGO

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

1. Utilizar protección auditiva tipo silicona en ambientes ruidosos tanto laborales como por fuera del trabajo.
2. La silla que se utilice siempre debe tener espaldar y debe permitir la adecuada postura del trabajador.
3. Implementar el programa de pausas activas, con actividades de al menos 5 minutos cada hora.
4. Utilizar una adecuada higiene postural y mecánica corporal para la realización de su trabajo.
5. Suministrar todos los elementos de protección personal requeridos para realizar su trabajo de manera segura.
6. Cuando trabaje con pantallas de video terminales, tenga en cuenta las siguientes recomendaciones: -Parpadee cada 5 segundos o cada vez que lo recuerde; -Aproximadamente cada 20 minutos de trabajo con el computador dirija su mirada a un punto lejano (6 metros); -Cada 3 horas de trabajo en computador, cierre los ojos suavemente e imagine una visión panorámica, como el mar, durante un minuto; -Sitúese siempre a por lo menos 40 cms. de la pantalla de videoterminal y evite reflejos molestos; -Procure que el puesto de trabajo tenga adecuadas condiciones de iluminación, acorde con las exigencias del oficio.
7. Implementar las actividades definidas en el programa de prevención del riesgo psicosocial.

SE REALIZA EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR SIN PATOLOGIAS
EJERICICO CARDIOVASCULAR 300 MIN SEMANALES
ESTILOS DE VIDA SALUDABLES
VALORACION OPTOMETRICA ANUAL
SE INDICAN PROGRAMAS DE PYP EN SU EPS
SE ENFATIZA EN PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL

Las Resoluciones 2346 del 11 de julio de 2007 y 1918 de Junio 5 de 2009 del Ministerio de la Protección Social (actualmente Ministerio de trabajo y de Salud y Protección Social), reglamentan la práctica y contenido de las evaluaciones médicas ocupacionales, con el objeto de determinar la aptitud para el trabajo a desempenar, acorde con los requerimientos definidos por el empleador en el perfil del cargo y establecer la existencia de restricciones o limitaciones del aspirante.
También establece que la empresa solo puede conocer el CERTIFICADO MEDICO LABORAL del aspirante. Los documentos completos de la Historia Clínica Ocupacional están sometidos a reserva profesional y quedan bajo nuestra guarda y custodia, según lo establecido en la Resolución 1918 de Junio 5 2009 y el trabajador puede obtener una copia de ellos cuando lo requiera, entendiendo que hacen parte integral de su historial médico.

CONSENTIMIENTO INFORMADO:
Previamente a este examen he sido informado por la empresa y el medico examinador de las exigencias de la Ley para el examen médico laboral, por consiguiente, certifico que he autorizado para que se me efectué, incluyendo los exámenes de laboratorio y ayudas para clínicas que estén establecidas para el cargo de Salud Ocupacional de la empresa, igualmente autorizo para que su contenido sirva para los diferentes sistemas de vigilancia epidemiológica que estén establecidos (Resolución 2346/07). El examinado autoriza para que a través del médico de la empresa, esta conozca el certificado médico ocupacional e igualmente la exposición anterior a riesgos ocupacionales.
CERTIFICACION DEL TRABAJADOR: Bajo la gravedad del juramento afirmo que la información que suministre es correcta y no he ocultado nada sobre mi historia de salud y/o ocupacional y me comprometo a atender las orientaciones y prescripciones del Medico Laboral y de Trabajo, los representantes del empleador, las autoridades de salud y efectuar todas las acciones para lograr el mantenimiento y mejor mi estado de salud.

17/01/2020
271034
Firma Medico Especialista
Profesional: GISELLY MORENO CUESTA Registro: RM - 271034

Rosa M. Palacios R.
Firma Trabajador, huella digital C.C.
Certifico que los datos suministrados son veridicos.

CONCEPTO DE APTITUD SIN RESTRICCIONES PARA DESEMPEÑAR EL CARGO

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

1. Utilizar protección auditiva tipo silicona en ambientes ruidosos tanto laborales como por fuera del trabajo....

RECOMENDACIONES GENERALES:

1. Asistir a la capacitación, participar en las actividades de entrenamiento y reentrenamiento programados por el empleador y aprobar satisfactoriamente las evaluaciones.
2. Cumplir todos los procedimientos establecidos.
3. Informar sobre cualquier condición de salud que le genere restricciones antes de realizar cualquier tipo de trabajo.
4. Utilizar las medidas de prevención y protección contra caídas.
5. No usar ni consumir estupefacientes o sustancias psicotrópicas durante el desarrollo de su actividad (DECRETO 1108 de 1994) o fuera de su trabajo.
6. El ejercicio regular al menos 5 veces a la semana en sesiones de media hora, mejora el estado general, por lo que le recomendamos mantener la práctica de actividad deportiva, acorde con su interés, estado físico y condiciones de salud. Esta recomendación no está relacionada con implicaciones para su trabajo habitual.

Anotación :

17/01/2020

271034

Firma Medico Especialista

Profesional: GISELLY MORENO CUESTA Registro: RM - 271034

Rosa M. Palacios R.

Firma Trabajador, huella digital C.C.

Certifico que los datos suministrados son veridicos.

PacificSalud IPS
Tu Salud es Nuestro Compromiso

EXAMEN OSTEO MUSCULAR

Empresa Afiliadora: PARTICULAR **No.** **CC 35601300**

Nombre: **ROSA MARIA PALACIOS RODRIGUEZ**

Empresa Usuaria: PARTICULAR Fecha Nac. 18/10/1974 Sexo: F
Edad: 45 años Nro. Hijos: 0 Escolaridad: Posgrado
Estado civil: SOLTERA(O) Servicio Militar:
Dir: 27001 BRR SAN FRANCISCO DE MEDRANO C
Tel: 3204432595 -
Cargo a Desempeñar: AUXILIAR CONTABLE

Fecha Impresión 17/01/2020 Pag. 1

HISTORIA OCUPACIONAL

MANIPULACION DE CARGAS: < 12 Kg

POSTURA HABITUAL: Sentado MOV. REPETITIVOS: No

ACTIVIDADES EXTRALABORALES

ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN	FRECUENCIA	DURACIÓN
CONTADORA	SENTADA DIGITA	6D	8 H

REVISION POR SISTEMAS

SINTOMAS	NO	SI	SINTOMAS	NO	SI	SINTOMAS	NO	SI
Cervicalgia	X		Artralgia	X		Tendinitis	X	
Dorsalgia	X		Parestesias	X		Limitación Funcional	X	
Lumbalgía	X		Edema	X		Inflamación	X	

COLUMNA VERTEBRAL

VISTA LATERAL: Vista lateral: Norm VISTA PA: Vista ap: Alineada

EXAMEN DE COLUMNA VERTEBRAL

	N	A
Palpación (Dolor o Espasmo)		X
Marcha Punta		X
Marcha Talón		X
Flexión Lateral		X
Rotación		X

EXAMEN DE ARTICULACIONES (Edema, Limitación, Inflamación, Dolor)

Dedos Manos Normal
Muñecas Normal
Codos Normal
Hombros Normal
Caderas Normal
Rodillas Normal
Tobillos Normal
Dedos pies Normal

BALANCE MUSCULAR

MUSCULO	R	F	MUSCULO	R	F	MUSCULO	R	F
Pectoral Mayor		4	Para Espinales		4	Ext. de caderas		4
Flexiones de Cadera		4	Isquitiabiales		4	Cuadriceps		4
Triceps Sural		4	Abdominales		4	Trapecios		4
			Ext. de caderas		4			

(R)etracción): L: Leve, M: Moderada, S: Severa

(F)uerza: 0-1 Incapaz de realizar movimiento, 2 Movimiento sin ninguna oposición, 3 puede vencer la acción de la gravedad, 4-5 Movimiento contra resistencia

PRUEBAS

LASSEGUE_____Negativa	PHALEN_____Negativa	CLASIFICACIÓN__Negativa
TINEL_____Negativa	SCHOBER_____Negativa	WELLS_____Negativa

DIAGNOSTICO

Sano osteomuscular_____Normal
Columna cervical_____Normal
Columna dorso-lumbar____Normal
Miembros superiores_____Normal
Miembros inferiores_____Normal
Sistema osteomuscular___Normal
Neurológico general_____Normal

GMC 271034

Firma Medico Especialista

Profesional: GISELLY MORENO CUESTA Registro: RM - 271034

Rosa M. Palacios R.

Firma Trabajador, huella digital C.C.

Certifico que los datos suministrados son veridicos.

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Hace constar:

Que el Sr(a) ROSA MARIA PALACIOS RODRIGUEZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 35601300 realizó el día 13/03/2020 la Capacitación Módulo 1 - Generalidades en Seguridad y Salud en el Trabajo de la entidad y aprobó la respectiva evaluación.

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

Diseñado por: Grupo Gestión de los Sistemas de Información - Oficina de Sistemas

Rosa Mª Palacios R.
CC 35601300 Q

POSITIVA

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

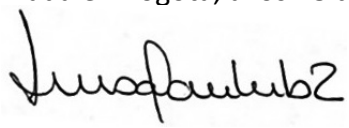
CERTIFICA

Verificada la base de datos del ramo de ARL de la compañía, se identificó que ROSA MARIA PALACIOS RODRIGUEZ, con Cédula Ciudadanía No. 35601300 contratista de la empresa SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA, con Nit No. 899999034, tiene un registro como Independiente desde el 29/02/2020 y fecha fin de contrato 26/10/2020 con riesgo 1 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): 202001012163991.

Dada en Bogotá, a los 28 días del mes de febrero de 2020



Luisa Marina Uribe Restrepo
Gerencia de Afiliaciones y Novedades.

banco popular

CERTIFICACIÓN DE PRODUCTO

Ciudad,
QUIBDO

El Banco Popular, hace constar que el cliente PALACIOS RODRIGUEZ ROSA MARIA identificado con Cédula de Ciudadanía No. 35.601.300 , actualmente posee el siguiente producto radicado en la oficina 380 Quibdo con las siguientes caracteristicas:

Tipo de Producto:	AHORRO PURO
Número:	210-380-39025-2
Fecha de Apertura:	20020311
Nombre Cuenta	PALACIOS RODRIGUEZ ROSA MARIA
Estado	ACTIVA

Esta constancia se expide con destino a SOLICITUD DEL TITULAR
Elaborada en la oficina 380 QUIBDO el dia 13 del mes 03 del año 2020

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Atentamente,

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

Fogafin

POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL

DECRETO 1082 DE 2015

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

CIUDAD DE EXPEDICIÓN	SUCURSAL	COD.SUC	NO.PÓLIZA	ANEXO
MEDELLIN	MEDELLIN	65	65-44-101181710	0

FECHA EXPEDICIÓN DÍA	MES	AÑO	VIGENCIA DESDE DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	VIGENCIA HASTA DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	TIPO MOVIMIENTO
27	02	2020	27	02	2020	00:00	26	02	2021	23:59	EMISION ORIGINAL

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZON SOCIAL	IDENTIFICACIÓN	TELÉFONO
PALACIOS RODRIGUEZ, ROSA MARIA	CC: 35.601.300	6736847

DIRECCIÓN: CALLE 23 NO. 20-56 CIUDAD: QUIBDO, CHOCO

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO / BENEFICIARIO:	IDENTIFICACIÓN	TELÉFONO
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA - REGIONAL CHOCO	NIT: 899.999.034-1	6723800

DIRECCIÓN: KR 1 A NRO. 28 - 71 OFC 108 CIUDAD: QUIBDO, CHOCO

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:

GRANTIZAR EL PAGO DE LOS PERJUICIOS DERIVADOS DEL INCUMPLIMIENTO DEL CONTRATO No. CO1.PCCNTR.1304886 RELACIONADO CON CONTRATAR LA PRESTACION DE SERVICIOS DE CARACTER TEMPORAL DE UN (1) INSTRUCTOR PARA ATENDER PROCESOS DE FORMACION EN LA MODALIDAD COMPLEMENTARIA PARA POBLACION DESPLAZADA EN EL PROGRAMA DE EMPRENDIMIENTO EN EL CRNIB

AMPAROS

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS

AMPAROS	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	SUMA ASEG/ACTUAL
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	27/02/2020	26/02/2021	$2,560,000.00

ACLARACIONES

VALOR PRIMA NETA	GASTOS EXPEDICIÓN	IVA	TOTAL A PAGAR	VALOR ASEGURADO TOTAL	PLAN DE PAGO
$ ******20,000.00	$ *******7,000.00	$ *******5,130.00	$ **********32,130.00	$ ********2,560,000.00	CONTADO

INTERMEDIARIO			DISTRIBUCION COASEGURO		
NOMBRE	CLAVE	% DE PART.	NOMBRE COMPAÑÍA	% PART.	VALOR ASEGURADO
LIBIA VASQUEZ Y CIA LTDA ASESORES D	4607	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.

PARA EFECTOS DE NOTIFICACIONES LA DIRECCIÓN DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. ES CALLE 53 NO 45-45 OFICINA 1006 - TELEFONO: 3695060 - MEDELLIN

65-44-101181710

FIRMA AUTORIZADA: Manuel Sarmiento - Vicepresidente de Fianzas

Rosa M. Palacios R.

FIRMA TOMADOR

USTED PUEDE CONSULTAR ESTA PÓLIZA EN WWW.SEGUROSDELESTADO.COM

OFICINA PRINCIPAL: CRA. 11 NO. 90-20 BOGOTA D.C. TELEFONO: 2186977

DLF004607C

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

PUNICA 01

RAMIREZ Impresores S.A.S PBX: 3110255 Nit. 860.350.626-1