Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
PALACIOS	RODRIGUEZ	ROSA MARIA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 35´601.300

SEXO: F (X) M ( )

NACIONALIDAD: COL. (X) EXTRANJERO ( ) PAÍS: _____

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NÚMERO _____ D.M _____

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA PAÍS DÍA 18 MES 10 AÑO 1974

DEPTO CHOCÓ

MUNICIPIO QUIBDÓ

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

B/ SAN FRANCISCO DE MEDRANO

PAÍS COLOMBIA DEPTO CHOCÓ

MUNICIPIO QUIBDÓ

TELÉFONO 3204432595 EMAIL rpalaciosrodriguez@yahoo.es

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

MARQUE CON UNA X EL ÚLTIMO GRADO APROBADO (LOS GRADOS DE 1o. A 6o. DE BACHILLERATO EQUIVALEN A LOS GRADOS 6o. A 11o. DE EDUCACIÓN BÁSICA SECUNDARIA Y MEDIA)

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO: BACHILLER PEDAGOGICO
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	11	MES 12 AÑO 1994
				X				X		X	

EDUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:

TC (TÉCNICA), **TL** (TECNOLÓGICA), **TE** (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA), **UN** (UNIVERSITARIA),

ES (ESPECIALIZACIÓN), **MG** (MAESTRÍA O MAGISTER), **DOC** (DOCTORADO O PHD),

RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ÉSTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY).

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO SI	GRADUADO NO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN MES	TERMINACIÓN AÑO	No. DE TARJETA PROFESIONAL
UN	10	X		ADMINISTRADORA DE EMPRESA	12	2001	
ES	2	X		GESTION PÚBLICA	06	2011	
CS	60 HRS	X		LAS TIC	03	2009	
CS	40 HRS	X		BLACKBOARD 9.1	04	2011	
CS	40 HRS	X		INDUCION PROCESOS PEDAGOGICOS	07	2011	

ESPECÍFIQUE LOS IDIOMAS DIFERENTES AL ESPAÑOL QUE: HABLA, LEE, ESCRIBE DE FORMA, REGULAR (R), BIEN (B) O MUY BIEN (MB)

IDIOMA	LO HABLA R	LO HABLA B	LO HABLA MB	LO LEE R	LO LEE B	LO LEE MB	LO ESCRIBE R	LO ESCRIBE B	LO ESCRIBE MB
INGLES									

VALIDADO SNA SIGEP

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

3 EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL.

EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	DÍA MES AÑO	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
UNIVERSIDAD TECNOLOGICA DEL CHOCÓ	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
CHOCÓ	QUIBDÓ	www.utch.edu.co

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
6726565	DÍA 15 MES 01 AÑO 2018	DÍA 10 MES 06 AÑO 2018

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
DOCENTE	EDUCACION	Cra 22 # 188 – 10b N. Medrano

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
SENA	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
CHOCÓ	LLORO Y CERTEGUI	www.sena.edu.com.co

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
6723800	DÍA 20 MES 02 AÑO 2017	DÍA 30 MES 07 AÑO 2017

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
INSTRUCTORA	EDUCACION	CRA 1 # 28 -71

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
SENA	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
CHOCÓ	LLORO Y CERTEGUI	www.sena.edu.com.co

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
6723800	DÍA 11 MES 02 AÑO 2015	DÍA 10 MES 09 AÑO 2015

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
INSTRUCTORA	EDUCACION	CRA 1 # 28 -71

SENA VALIDACIÓN

NOTA: SI REQUIERE ADICIONAR MAS EXPERIENCIA LABORAL, IMPRIMA NUEVAMENTE ESTA HOJA .

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

3 EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL.

EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE				
EMPRESA O ENTIDAD		*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*	
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*		*FECHA DE RETIRO*	
	DÍA MES AÑO		DÍA MES AÑO	
CARGO O CONTRATO ACTUAL	*DEPENDENCIA*		*DIRECCIÓN*	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR				
EMPRESA O ENTIDAD		*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
SENA		X		COLOMBIA
DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*	
CHOCÓ	LOS BAUDO		www.sena.edu.com.co	
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*		*FECHA DE RETIRO*	
6723800	DÍA 01 MES 02 AÑO 2014		DÍA 30 MES 08 AÑO 2014	
CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*		*DIRECCIÓN*	
INSTRUCTORA	EDUCACION		CRA 1 # 28 -71	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR				
EMPRESA O ENTIDAD		*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
SENA		X		COLOMBIA
DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*	
CHOCÓ	BAUDO		www.sena.edu.com.co	
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*		*FECHA DE RETIRO*	
6723800	DÍA 19 MES 02 AÑO 2013		DÍA 18 MES 10 AÑO 2013	
CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*		*DIRECCIÓN*	
INSTRUCTORA	EDUCACION		CRA 1 # 28 -71	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR				
EMPRESA O ENTIDAD		*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
SENA		X		COLOMBIA
DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*	
CHOCÓ	BAUDO		www.sena.edu.com.co	
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*		*FECHA DE RETIRO*	
6723800	DÍA 22 MES 02 AÑO 2012		DÍA 04 MES 06 AÑO 2012	
CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*		*DIRECCIÓN*	
INSTRUCTORA	EDUCACION		CRA 1 # 28 -71	

SENA VERIFICACIÓN SEGURA

NOTA: SI REQUIERE ADICIONAR MAS EXPERIENCIA LABORAL, IMPRIMA NUEVAMENTE ESTA HOJA.

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

3 EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL.

EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
	DÍA MES AÑO	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO ACTUAL	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
MUNICIPIO DE RIO QUITO	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
CHOCÓ	RIO QUITO	

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
3145918718	DÍA 15 MES 06 AÑO 2005	DÍA 15 MES 01 AÑO 2008

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
SECRETARIA EJECUTIVA	SECRETARIA DE GOBIERNO	RIO QUITO - CHOCÓ

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
SENA	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
CHOCÓ	QUIBDÓ	www.sena.edu.com.co

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
6723800	DÍA 06 MES 09 AÑO 2004	DÍA 18 MES 12 AÑO 2004

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
INSTRUCTORA	EDUCACION	CRA 1 # 28 -71

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
	DÍA MES AÑO	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*

NOTA: SI REQUIERE ADICIONAR MAS EXPERIENCIA LABORAL, IMPRIMA NUEVAMENTE ESTA HOJA.

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

INDIQUE EL TIEMPO TOTAL DE SU EXPERIENCIA LABORAL EN NÚMERO DE AÑOS Y MESES.

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO		
EMPLEADO SECTOR PRIVADO	5	5
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		
TOTAL TIEMPO DE EXPERIENCIA	5	5

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI ◯ NO ◯ ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOMPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS EMPLEOS PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA.

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MI ANOTADOS EN EL PRESENTE FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95).

Rosa Mª Palacios R.

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

SENA CALIDAD SUPERIOR

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN AQUÍ SUMINISTRADA HA SIDO CONSTATADA FRENTE A LOS DOCUMENTOS QUE HAN SIDO PRESENTADOS COMO SOPORTE.

Diana E. Chaves

Quibdó, 20-01-2020

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

El futuro es de todos | Gobierno de Colombia

FORMULARIO ÚNICO
DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONÓMICA PRIVADA
PERSONA NATURAL
(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA
DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO NACIONAL DE ESTADÍSTICA

Periodo a declarar

Desde	Hasta
01-01-2019	31-12-2019

I. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, PALACIOS RODRIGUEZ ROSA MARIA

IDENTIFICADO CON: C.C. • C.E. OTRO No. 35601300 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN :**

DIRECCIÓN	TELÉFONOS
Carrera 9 nro 22-210	3204432595

MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAÍS
QUIBDÓ	Chocó	Colombia

Y TENIENDO COMO PARIENTES EN PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD (PADRES E HIJOS) A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	PARENTESCO
CORDOBA PALACIOS ANGEL GABRIEL	TI 1078456606	Hijo (a)
CORDOBA PALACIOS MAURIN YURISSA	TI 996081206135	Hijo (a)
RODRIGUEZ DE PALACIOS ENEIDA	CC 26259776	Madre

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 122, INCISO 3o., DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA Y EN LOS ARTÍCULOS 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995, **PARA TOMAR POSESIÓN** • , **PARA RETIRARME** , **PARA ACTUALIZACIÓN** , **PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE** , QUE LOS ÚNICOS BIENES Y RENTAS QUE POSEO A LA FECHA, EN FORMA PERSONAL O POR INTERPUESTA PERSONA, SON LOS QUE RELACIONO A CONTINUACIÓN:

a) Los ingresos y rentas que obtuve en el "último" año gravable fueron:

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	10,000,000
CESANTÍAS E INTERESES DE CESANTÍAS	0
GASTOS DE REPRESENTACIÓN	0
ARRIENDOS	
HONORARIOS	0
OTROS INGRESOS Y RENTAS	0
TOTAL	10,000,000

b) Las cuentas corrientes y de ahorro que poseo en Colombia y en el exterior son:

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NÚMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
BANCO POPULAR	AHORRO	21038039025-2		25,000

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACIÓN DEL BIEN	VALOR

d) Las acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son :

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR

1.2 DE PARTICIPACIÓN EN JUNTAS, CONSEJOS, CORPORACIONES, SOCIEDADES Y ASOCIACIONES

a) En la actualidad participo como miembro de las siguientes juntas y consejos directivos:

ENTIDAD O INSTITUCIÓN	CALIDAD DE MIEMBRO

b) A la fecha soy socio de las siguientes corporaciones, sociedades y/o asociaciones:

CORPORACIÓN, SOCIEDAD O ASOCIACIÓN	CALIDAD DE SOCIO

c) En la actualidad: SI NO tengo sociedad conyugal o de hecho vigente, con:

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CÓNYUGE	DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. C.E. OTRO	N°

2. ACTIVIDAD ECONÓMICA PRIVADA

Las actividades económicas de carácter privado, adicionales a las declaradas anteriormente, que he venido desarrollando de forma ocasional o permanente son las siguientes:

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACIÓN

3. FIRMA

Rosa M. Palacios R.
FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO

Quibdó - 17 - 01 - 2020
CIUDAD Y FECHA

SENA VALIDADO SIGEP

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 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

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

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN 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 133078 72

0107253032

I. DATOS DEL TRÁMITE

Lea atentamente las instrucciones antes de diligenciar este formulario

1. TIPO DE TRÁMITE: A. AFILIACIÓN [ ] B. REPORTE DE NOVEDADES [X]
2. TIPO DE AFILIACIÓN: 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: CO Cotizante [ ] CF Cabeza de Familia [ ] BE Beneficiario [ ]
5. TIPO DE COTIZANTE: A. Dependiente [ ] B. Independiente [ ] C. Pensionado [X] D. Independiente por prestación de servicio [ ]
CÓDIGO: C2069
FECHA DE LA SOLICITUD: 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: Jesus SEGUNDO NOMBRE: David
7. TIPO DE IDENTIFICACIÓN: RC [ ] TI [ ] CC [X] CE [ ] PA [ ] CD [ ] SC [ ] PE [ ]
8. NÚMERO DE IDENTIDAD: 35601300
9. SEXO: F [X] M [ ]
10. FECHA NACIMIENTO: DÍA 06 MES 05 AÑO 1990

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

11. ORIGEN ETNICO: Código [ ]
12. DISCAPACIDAD: Tipo F [ ] N [ ] M [ ] Condición T [ ] P [ ]
13. PUNTAJE Y NIVEL DEL SISBEN
14. GRUPO DE POBLACIÓN ESPECIAL
15. ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
16. ADMINISTRADORA DE PENSIONES: Colpensiones
17. INGRESO BASE DE COTIZACIÓN - IBC: 877 803
18. UBICACIÓN O DIRECCIÓN DE RESIDENCIA: Mz 1 Casa 3
LOCALIDAD / COMUNA
BARRIO: Jardines
CIUDAD / MUNICIPIO: Quibdo
DEPARTAMENTO: Choco
ZONA U. [ ] R. [ ]
TELÉFONO FIJO: 6717780
TELÉFONO MÓVIL: 3206132595
CORREO ELECTRÓNICO: (Palacios.rodriguez@eyahoo.es)
CÓDIGO IPS: 5895

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 DE IDENTIFICACIÓN: TI [ ] CC [ ] CE [ ] PA [ ] CD [ ] PE [ ]
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 DE IDENTIDAD	26. NÚMERO DE IDENTIDAD	27. SEXO F	27. SEXO M	28. FECHA DE NACIMIENTO DÍA	MES	AÑO	29. PARENTESCO	30. ETNIA	31. DISCAPACIDAD Tipo	31. DISCAPACIDAD Condición
1		CN RC TI CC CE PA CD SC PE									F. N. M.	T. P.
2		CN RC TI CC CE PA CD SC PE									F. N. M.	T. P.
3		CN RC TI CC CE PA CD SC PE									F. N. M.	T. P.
4		CN RC TI CC CE PA CD SC PE									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: Ana Maria Palacios Blanco
36. Tipo documento de identidad: CC [X] CE [ ] PA [ ] CD [ ] NI [ ] PE [ ]
37. Número documento de identidad: 35601300
DV
38. Tipo de aportante o pagador de pensiones
39. UBICACIÓN O DIRECCIÓN: CIUDAD / MUNICIPIO: Quibdo DEPARTAMENTO: Choco TELÉFONO FIJO: 6717780 TELÉFONO MÓVIL: 3206132595 CORREO ELECTRÓNICO: (Palacios.rodriguez@eyahoo.es)
FECHA INICIO DE RELACIÓN LABORAL: 16 / 01 / 2020
CARGO: Vendedora
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: RC [ ] TI [ ] CC [ ] CE [ ] PA [ ] CD [ ] SC [ ] PE [ ]
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

54. Firma de cotizante, cabeza de familia o beneficiario: Ana Ma Palacios R
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 [ ] Cantidad: Total
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 mismos. [ ]
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
Código del Municipio | Código del departamento
67. Datos del SISBÉN
Número de ficha | Puntaje | Nivel
68. Cond. de afiliación
69. Fecha de validación: DÍA | MES | AÑO

COPA LTDA. NIT 900.755.385
RECIBIDO PARA ESTUDIO EN LA EPS
ASESOR DE CORRETAJE
CLAVE : C2069
FECHA: 16 / 01 / 2020

70. Datos del funcionario que realiza la validación
Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre
Tipo documento de identidad | Número del documento de identidad
71. Firma del funcionario

OBSERVACIONES:

PROHIBIDO SU COMERCIALIZACIÓN

FORMAS E IMPRESOS S.A. NIT 800.175.457-5 TEL. 429 2010

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

LA COORDINADORA DEL CAMPO ESPECIFICO DEL PROGRAMA DE EDUCACIÓN INFANTIL DE LA UNIVERSIDAD TECNOLOGICA DEL CHOCO

HACE CONSTAR:

Que la profesora ROSA MARIA PALACIOS RODRIGUEZ, identificada con la cédula de ciudadanía número 35.601.300 de Quibdó, prestó sus servicios como docente en este programa, orientando las asignaturas EMPRENDIMIENTO EDUCATIVO Y DESARROLLO DE LA CREATIVIDAD, durante el primer semestre académico de 2018.

La presente constancia se expide a solicitud de la interesada.

Quibdó, 4 de febrero de 2019

SONIA MARÍA PALACIOS PALACIOS
Coordinadora Campo Específico
Programa Educación Infantil UTCH

Universidad Tecnologica del Chocó Diego Luis Córdoba
Nit. 891680089-4
Cra. 22 No. 18B-10 B. Nicolás Medrano - Ciudadela Universitaria
Conm. (+574) 6726565, Línea gratuita: 01 8000 938824
E-mail: contactenos@utch.edu.co Página Web: www.utch.edu.co
Quibdó, Chocó (Colombia)

SENA
Regional Chocó

No:2-2017-001831

EL SUBDIRECTOR DEL CENTRO DE RECURSOS NATURALES, INDUSTRIA Y BIODIVERSIDAD DEL CHOCÓ

CERTIFICA:

Que la señora **ROSA MARIA PALACIOS RODRIGUEZ,** identificada con cedula de ciudadanía número 35.601.300 de Quibdó, suscribió con el Servicio Nacional de Aprendizaje – SENA el siguiente Contrato de prestación de servicios personales regulado por la Ley 80 de 1993 (Estatuto General de Contratación de la Administración Pública) modificada por la Ley 1150 de 2007, y sus normas reglamentarias:

Contrato:	**297 del 15 de febrero de 2017**
Objeto:	Contratar la prestación de servicios de un instructor para atender los procesos de formación en la modalidad complementaria del programa Atención a Población Desplazada y Victimas del Conflicto armado en el programa de: Economía solidaria y Cooperativismo, en el Centro de Recursos Naturales Industria y Biodiversidad de la Regional Chocó.
Fecha de inicio:	Veinte (20) de febrero de Dos mil Diecisiete (2017)
Término de Ejecución:	El término inicial pactado fue de SEIS (6) MESES, contados a partir de la fecha de inicio del contrato, sin exceder del 30 de julio de 2017.
Cesión:	No ha sido cedido
Estado actual:	Terminado.
Valor:	El valor del contrato para todos los efectos legales y fiscales fue de máximo DIECISEIS MILLONES DOSCIENTOS SEIS MIL SEISICENTOS SETENTA Y OCHO PESOS MCTE ($16.206.678). Con una asignación mensual de DOS MILLONES SETECIENTOS UN MIL CIENTO TRECE PESOS MCTE ($2.701.113).

Que de conformidad con las certificaciones emitidas por el supervisor, el objeto del contrato se encuentra en ejecución.

Se expide en la ciudad de Quibdó, a los 18 ABR 2017 a solicitud del interesado, de acuerdo con la información registrada en el sistema Onbase del SENA mediante No.1-2017-001161 con NIS 2017-01-085426.

Carlos Andres Vargas Garcia
Director Regional con Funciones de Subdirector
Del Centro de Recursos Naturales Industria y
Biodiversidad del Chocó

VoBo. C.R.N.I.B
Reviso: Carlos Andres Vargas Garcia
Cargo: Director Regional con Funciones de Subdirector de Centro, cavargas@sena.edu.co

Elaboro: Cleyson Jamir Hinestroza Romaña
Cargo: Contratista Grupo de Apoyo Administrativo Mixto – Gestión Documental, chinestroza@sena.edu.co
IP: 44513

Certificado No SC-CER339661
Certificado No GP-CER339660

27-9522

No:2-2015-003810
18/12/2015 11:27:26

Quibdó a los,

EL SUBDIRECTOR DEL CENTRO DE RECURSOS NATURALES, INDUSTRIA Y BIODIVERSIDAD DEL CHOCÓ,

CERTIFICA:

Que la señora ***ROSA MARIA PALACIOS RODRIGUEZ,*** *identificada con cedula de ciudadanía número 35.601.300 de Quibdó, suscribió con el Servicio Nacional de Aprendizaje – SENA el siguiente contrato de Prestación de Servicios Personales regulado por la Ley 80 de 1993 (Estatuto General de Contratación de la Administración Pública) modificada por la Ley 1150 de 2007, y sus normas reglamentarias*

No. Contrato:	**27-000167 del 04 de Febrero de 2015**
Objeto:	*Prestar servicios profesionales de carácter temporal como instructor de emprendimiento y apoyo a la gestión del emprendimiento rural, para crear y fortalecer unidades productivas rurales sostenibles en el campo empresarial (Gestión de Proyectos, Asociatividad, administración, gestión financiera, Comercialización ventas etc.) y demás de su competencia , realizando acciones de formación y acompañamiento a unidades productivas para el desarrollo empresarial rural, en el marco de los lineamientos del Programa Jóvenes Rurales Emprendedores (JRE)*
Fecha de inicio:	*Once (11) de febrero de Dos mil Quince (2015)*
Término de Ejecución:	*El término inicial pactado fue de OCHO (8) MESES contados a partir de la fecha de inicio del contrato, sin exceder del DIEZ (10) de DICIEMBRE de 2015*
Cesión:	*No fue cedido*
Valor:	*El valor del contrato para todos los efectos legales y Fiscales fue de VEINTIOCHO MILLONES OCHOCIENTOS MIL PESOS MCTE ($28.800.000,oo)*

Que de conformidad con las certificaciones emitidas por el supervisor, el objeto del contrato se ejecutó cumpliendo con las obligaciones contractuales.

Se expide en la ciudad de Quibdó, a solicitud del interesado, de acuerdo con la información registrada en el sistema Onbase del SENA mediante No. 1-2015-003142 con NIS 2015-05-064552

Carlos Andres Vargas García
Director Regional con Funciones de Subdirector
Del Centro de Recursos Naturales Industria y
Biodiversidad del Chocó

Proyecto: Cleyson Jamir Hinestroza Romaña
Cargo: Contratista Grupo de Apoyo Administrativo Mixto – Archivo

Reviso: Kelly Karina Niño Serna
Cargo: Profesional Grado 01 – Líder Área de Contratación

ISO 9001 icontec Certificado N SC-CER3396
IQNet Certificado N CO-SC-CER33
NTCGP 1000 icontec Certificado N GP-CER3396

27-9522 001961

Quibdó 03 SEP 2014

LA SUBDIRECTORA DEL CENTRO DE RECURSOS NATURALES, INDUSTRIA Y BIODIVERSIDAD DEL CHOCÓ,

CERTIFICA:

Que la señora ***ROSA MARIA PALACIOS RODRIGUEZ****, identificada con cedula de ciudadanía número 35.601.300 de Quibdó, suscribió con el Servicio Nacional de Aprendizaje – SENA el siguiente Contrato de Prestación de Servicios Personales regulado por la Ley 80 de 1993 (Estatuto General de Contratación de la Administración Pública) modificada por la Ley 1150 de 2007, y sus normas reglamentarias:*

No. Del Contrato:	***27-000274 del 22 de enero de 2014***
Objeto:	*Prestación de servicios profesionales de carácter temporal como instructor del área de comercialización para crear y fortalecer unidades productivas rurales sostenibles mediante acciones de formación y fortalecimiento en el marco del programa jóvenes rurales emprendedores.*
Fecha de inicio:	*Primero (1) de febrero de Dos mil Catorce (2014)*
Término de Ejecución:	*El término inicial pactado fue de SIETE (7) MESES contados a partir de la fecha de inicio del contrato, mediante sin exceder del Treinta (30) de agosto de 2014.*
Cesión:	*No fue cedido*
Valor:	*El valor del contrato para todos los efectos legales y Fiscales es VEINTITRES MILLONES SETEICIENTOS SETENTA Y OCHOMIL QUINIENTOS OCHENTA PESOS MCTE ($23.778.580,oo).*

Que de conformidad con las certificaciones emitidas por el supervisor, el objeto del contrato se ejecutó cumpliendo con las obligaciones contractuales.

Se expide en la ciudad de Quibdó, a los 03 SEP 2014 *a solicitud del interesado, de acuerdo con la información registrada en el sistema Onbase del SENA mediante No. 1-2014-001922 con NIS 2014-05-040016.*

María Luisa Parra Murillo
Subdirectora Centro de Recursos Naturales
Industria y Biodiversidad del Chocó

VALIDACIÓN SENA SGE

Reviso, proyecto y Elaboro
Mara Suanir Martinez Mena Oficinista Grado 6 – Dirección V°B°

27-10 0 0 2 2 1 6

Quibdó, a los 0 6 NOV 2013

LA SUBDIRECTORA DEL CENTRO DE RECURSOS NATURALES, INDUSTRIA Y BIODIVERSIDAD DEL CHOCÓ,

CERTIFICA:

Que el señor ROSA MARIA PALACIOS RODRIGUEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía número 35601300 de Quibdó suscribió con el Servicio Nacional de Aprendizaje – SENA el siguiente contrato de Prestación de Servicios Personales regulado por la Ley 80 de 1993 (Estatuto General de Contratación de la Administración Pública) modificada por la Ley 1150 de 2007, y sus normas reglamentarias:

No. Del Contrato: ***27-000203 del 2/14/2013***

Objeto:	*Prestar los servicios profesionales de carácter temporal para apoyar e implementar planes de negocios Básicos de Comercialización de los proyectos productivos, garantizando su ejecución con el instructor técnico de las unidades productivas y crear redes de comercialización.*
Fecha de inicio:	*2013/02/19*
Término de Ejecución:	*El término inicial pactado es de OCHO (8) MESES contados a partir de la fecha de inicio del contrato, sin exceder del DIECIOCHO (18) de Octubre de 2013.*
Cesión:	*No ha sido cedido*
Valor:	*El valor del contrato para todos los efectos legales y Fiscales fue de VEINTICUATRO MILLONES SEISCIENTOS TREINTA Y SIETE MIL SEISCIENTOS PESOS MCTE ($24.637.600,oo)*

Que de conformidad con las certificaciones emitidas por el supervisor, el objeto del contrato se ejecutó cumpliendo con las obligaciones contractuales.

Se expide en la ciudad de Quibdó, a solicitud del interesado, de acuerdo con la información registrada en el sistema Onbase del SENA mediante oficio No. 003557 del 30 de Octubre de 2013.

María Luisa Parra Murillo
Subdirectora
Centro de Recursos Naturales
Industria y Biodiversidad

V°B°	Reviso	Elaboro
Maria Luisa Parra Murillo	*Maria Luisa Parra Murillo*	*Mara Suanir Martinez Mena*

SENA
CHOCÓ

27-21

Quibdó, 22 de agosto de 2012

LA PROFESIONAL DE RELACIONES LABORALES DEL SENA REGIONAL CHOCO

CERTIFICA:

Que ROSA MARIA PALACIOS RQDRIGUEZ , identificada con cedula de ciudadanía número 35.601.300 de Quibdó, presto sus servicios a esta entidad mediante Ordenes de prestación de servicios, como Profesional Docente desde el 22 febrero al 4 de julio de 2012.

Esta certificación se expide a solicitud de la interesado.

LEOPOLDINA CORDOBA CORDOBA

SENA VALIDACION SIGEP

SENA
CHOCÓ

27-21

Quibdó, 18 de Enero de 2013

LA PROFESIONAL DE RELACIONES LABORALES DEL SENA REGIONAL CHOCO

CERTIFICA:

Qué ROSA MARIA PALACIOS RODRIGUEZ, identificada con cedula de ciudadanía número 35.601.300 de QUIBDO prestó sus servicios a esta entidad, mediante orden de prestación de servicio, como profesional docente, en el área de mercadeo y comercialización desde el 10 de septiembre hasta el 14 diciembre de 2012.

Esta certificación se expide a solicitud de la interesada.

LEOPOLDINA CORDOBA CORDOBA

VALIDACIÓN SENA SIGEP

SENA: Conocimiento y Emprendimiento para todos los Colombianos

Ministerio de la Protección Social
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE
Carrera 1ª 28-71 conmutador: 6723800 Ext 44429
Quibdó - Chocó

SENA
CHOCÓ

21-

Quibdó. 31 de marzo de 2005

LA COORDINADORA DEL GRUPO DE RECURSOS HUMANOS DEL SENA REGIONAL CHOCO

HACE CONSTAR:

Que la señora ROSA MARIA PALCIOS RODRIGUZ. identificada con cedula de ciudadanía numero 35.601.300 de Quibdo. presto sus servicios a esta entidad a través de ordenes de prestación de servicios, como Profesional Docente. desde el 6 de septiembre hasta el 18 de diciembre de 2004.

Esta constancia se expide a solicitud de la interesada.

LEOPOLDINA CORDOBA CORDOBA

SENA VALIDADO SIGEL

República de Colombia
Departamento del Chocó – Municipio Río Quito
SECRETARIA GENERAL Y DE GOBIERNO
Nit 818000899-1

EL SUSCRITO SECRETARIO GENERAL Y DE GOBIERNO

CERTIFICA:

Que revisado el archivo central del Municipio de encontró que la señora **ROSA MARIA PALACIOS RODRIGUEZ**, Identificada con cedula de ciudadanía Nro. 35.601.300 de Quibdó, se desempeñó en esta Administración Municipal, en el cargo de Secretaria Ejecutiva desde el 15 de junio de 2005 hasta el 15 de enero de 2008

Que, la señora **ROSA MARIA PALACIOS RODRIGUEZ**, desempeño las siguientes funciones como secretaria ejecutiva

1. Participar en la organización de programas, proyectos y actividades administrativas del Despacho, garantizando la correcta aplicación de normas y procedimientos vigentes sobre la materia.
2. Llevar la agenda de compromisos diarios en el Despacho, recordar oportunamente las citas, reuniones y compromisos programados y organizar la atención al público de acuerdo a las órdenes impartidas por el inmediato superior
3. Organizar y mantener actualizado el archivo interno de la dependencia, recibir, tramitar, distribuir, clasificar, radicar y archivar la correspondencia, peticiones, contratos, y demás actuaciones administrativas, dar el trámite pertinente y registrar todos los actos administrativos que se llevan a cabo en el Despacho, en los libros radicadores correspondientes
4. Elaborar, digitar o sistematizar los documentos, cartas, oficios, memorandos, circulares, resoluciones, decretos, certificaciones, informes, comunicaciones, actos administrativos y demás documentos que le sean asignados por el superior inmediato
5. Tomar apuntes, proyectar las respuestas de la correspondencia que le sea asignada, y efectuar el envío de los documentos, oficios, informes, comunicaciones y actos administrativos que le sean confiados.
6. Revisar, clasificar y controlar documentos, datos y elementos relacionados con los asuntos de competencia de la dependencia
7. Coordinar el suministro de elementos e insumos que se requieran en la dependencia y llevar control periódico de las necesidades de papelería, útiles y demás elementos de trabajo.
8. Establecer las comunicaciones telefónicas internas o externas que le sean solicitadas por el inmediato superior
9. Atender a usuarios internos y externos, funcionarios y público en general y proporcionar la información y orientación necesaria, de acuerdo a las directrices recibidas y procedimientos establecidos.
10. Mantener discreción y reserva sobre los asuntos confidenciales tramitados en el Despacho y los que conozca por razón de sus funciones
11. Tramitar las solicitudes de suministro de elementos e insumos que se requieran en la dependencia y llevar control periódico de las necesidades de papelería, útiles y demás elementos de trabajo.
12. Responder por el buen uso y mantenimiento de los bienes muebles y elementos a su cargo y custodiar los textos y documentos que se manejen en la dependencia asignada
13. Custodiar y responder por los muebles, equipos y demás elementos utilizados para el desempeño de su labor
14. Las demás funciones que le sean asignadas por la autoridad competente de acuerdo a la naturaleza del cargo y las necesidades del servicio para el logro de la misión institucional.

La presente se certificación se expide en Paimadó – Municipio del Río Quito, a solicitud del interesado a los 26 días del mes de diciembre de 2019.

JOSE REQUILIO CABRERA GAMBOA
Secretario General y de Gobierno

Elaboro	José Requilio Cabrera Gamboa	Secretario General y de Gobierno

Paimadó - Cabecera Municipal
Teléfonos: 314 591 8718 - 3218126050
www. rioquito- choco.gov.co
alcalde@rioquito-choco.gov.co
contactenos@rioquito-choco.gov.co
notificacionjudicial@rioquito-choco.gov.co
Punto de información: Paimado Río Quito

Un gobierno para tod@s

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



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

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

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.