

 SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE	FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES REGIONAL CHOCÓ		Código Regional	27
			Código Centro	952210
			Fecha Elaboración	Septiembre de 2020
			Versión	AGOSTO 2020 - 5,20
CENTRO DE RECURSOS NATURALES, INDUSTRIA Y BIODIVERSIDAD - SERVICIO			ID de Proceso	90447-669930
DATOS DEL CONTRATISTA				
Nombres y apellidos contratista: YESSY LORENA PALACIOS ARRIAGA		C.C. 1.077.440.025	IP/N° de contacto 3146653039	
Correo electrónico contratista: ylpalacios5@misena.edu.co				
Régimen del IVA: ☐ NO RESPONSABLE		Pertenece al régimen simple de tributación? ☐ NO		Es declarante de renta? ☐ NO
		Es Pensionado? ☐ NO		
Sus ingresos en el 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 530939680	
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		
Tiene contratos de prestación de servicios con otras Entidades Públicas: N/A				
Se acogió para el mes anterior, al pago parcial del aporte al Sistema General de Pensiones según el Art. 3 del Decreto N° 558: N/A				
Se acogió para el mes objeto de cobro, al pago parcial del aporte al Sistema General de Pensiones según el Art. 3 del Decreto N° 558: N/A				
DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO				
N° del contrato: 1809215/2020	N° Compromiso SIIF 66920			
Valor Total del Contrato \$ 11.206.400	N° Pago 1	Periodo objeto de pago		Valor Bruto Pago \$ 2.636.800,00
Saldo Anterior del Contrato \$ 11.206.400		Del 07/09/2020	Al 30/09/2020	
Nuevo Saldo del Contrato \$ 8.569.600		Comisiones \$ 0,00		
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO				
Ingresos por honorarios \$ 2.636.800	Tarifa de Retención en la Fuente ART 383°		0,00%	
Ingresos por comisiones \$ 0	Retención en la Fuente del Periodo		\$ 0	
Ingresos de otros meses cobrados en el mes \$ 0				
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO \$ 2.636.800	Menos, Rete Fuente Otros Ingresos		\$ 0	
BASE PARA RETENCIÓN EN LA FUENTE \$ 1.752.075	TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO		\$ 0	
LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR				
	Septiembre	Agosto		
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS	7762146621			
Ingreso Base de Cotización - IBC \$ 1.054.720	\$ 0		Valor Base retención en la fuente 1.752.075,00	TARIFA
Aporte obligatorio a seguridad social salud \$ 131.900	\$ 0		Valor Base retención en la fuente ICA 2.336.100,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión \$ 168.800	\$ 0		Valor base IVA 0,00	
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional \$ -	\$ 0		IVA (Si es RESPONSABLE) 0,00	19%
ARL \$ 5.600	\$ 0		Menos Retención en la Fuente 0,00	0,00%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias \$ -			Menos Retención IVA 0,00	15%
Aportes voluntarios a cuentas AFC \$ -			Reteica - 8551 4.672,00	0,200%
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias \$7.128.000 \$ -			Pro Utch 26.368,00	1,000%
Intereses Prestamo de Vivienda \$ 3.560.700	\$ -		Otras Retenciones 0,00	0,000%
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes \$ -			Otras Retenciones 0,00	0,000%
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 \$ -			Descuentos de Libranza 0,00	
Dependientes hasta \$ 1.139.424	\$ -		Descuentos de embargo (Si tiene) 0,00	
Salud hasta \$ 569.712	\$ -		VALOR A PAGAR \$ 2.605.760,00	
Renta Exenta 25% \$ 8.545.680	\$ 584.025			
Retención en la Fuente Contingente \$ -	\$ -			
SON: DOS MILLONES SEISCIENTOS CINCO MIL SETECIENTOS SESENTA PESOS M/CTE				
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO				
proceso de articulación con los instructores de cada programa e inducción a los aprendices. Clase magistral en el ambiente de aprendizaje (zoom,meet,whatsapp,E-mail) Los aprendices de manera virtual enviaron evidencias realizando talleres,dialogos y exposiciones sobre una temática Juicos evaluativos calificados en plataforma del resultado de aprendizaje				
CON NUMERO DE ADICCION DE PLANILLA 7765350661				
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.			YESSY LORENA PALACIOS ARRIAGA EL CONTRATISTA	
CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO				
En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aqui relacionado, CERTIFICO:			Autorizo el presente pago. El Supervisor,	
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.			MARÍA ISABEL PALOMEQUE PALACIOS INSTRUCTOR G18	
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				

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS



COMFACHOCO EPS-S
NIT. 891.600.091 - 8

No. de Radicación	Fecha de Radicación
-------------------	---------------------

I. DATOS DEL TRÁMITE (Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo)

Página 1 de 2

1. Tipo de Trámite A. Afiliación ☒ B. Reporte de Novedades ☐	2. Tipo de Afiliación A. Individual: - Cotizante o Cabeza de Familia ☒ - Beneficiario o afiliado adicional ☐ B. Colectiva ☐ C. Institucional ☐ D. De oficio ☐	3. Régimen A. Contributivo ☒ B. Subsidiado ☐
4. Tipo de afiliado A. Cotizante ☒ B. Cabeza de familia ☐ C. Beneficiario ☐	5. Tipo de cotizante A. Dependiente ☒ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐	Código (a registrar por la EPS)

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

6. Apellidos y nombres Primer apellido: PALACIOS Segundo apellido: ARRIAGA Primer nombre: YESSY Segundo nombre: LORENA	7. Tipo documento de identidad CC	8. Número del documento de identidad 1077440025	9. Sexo Femenino ☒ Masculino ☐	10. Fecha de nacimiento 11/04/1989
--	---	---	--	--

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11. Etnia	12. Discapacidad Tipo F N M Condición T P	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial
15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL		16. Administradora de Pensiones	
17. Ingreso base de cotización - IBC			
18. Residencia Manz C casa # 13 Dirección: QUIBDO Municipio/Distrito: QUIBDO Zona Urbana ☒ Rural ☐ Localidad/Comuna: CHOCO Departamento: CHOCO		3146653039 Teléfono celular: yessylorena@hotmail.com Correo electrónico: CHOCO	

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante

19. Apellidos y nombres Primer apellido: Segundo apellido: Primer nombre: Segundo nombre:	20. Tipo de documento de identidad	21. Número del documento de identidad	22. Sexo Femenino ☐ Masculino ☐	23. Fecha de nacimiento
---	------------------------------------	---------------------------------------	--	-------------------------

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

24. Apellidos y nombres	25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo	28. Fecha de nacimiento
Primer apellido			Femenino Masculino	
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

Datos complementarios

29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad	32. Datos de residencia	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
			Municipio/Distrito: Zona Urbana ☐ Rural ☐ Departamento: Teléfono Fijo y/o celular:	
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

Selección de la IPS Primaria

34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C	
B	
B	
B	

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación	37. Número de documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
39. Ubicación	Dirección	Teléfono	Correo electrónico
			Municipio/Distrito
			Departamento

25-08-2020

**SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS
PORVENIR S.A.**

En su condición de administradora del
FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR
NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

YESSY LORENA PALACIOS ARRIAGA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.077.440.025**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 23 de Agosto del 2020.

Cordialmente,



Gerencia de Clientes



Tenga en cuenta:

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.



CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

EVALUACION MEDICA DE INGRESO	X	EVALUACION MEDICA PERIODICA	EVALUACION MEDICA DE RETIRO
EVALUACION MEDICA DE REUBICACION		OTRO:	

NOMBRE DEL PACIENTE: YESSY LORENA PALACIOS ARRIAGA		EDAD (AÑOS): 31
C.C.: 1077440025	EMPRESA: SENA CHOCO	
FECHA: 24/08/2020	CIUDAD: QUIBDO	CARGO: INSTRUCTORA

FECHA: 24/08/2020	CUIDAD: QUITO	CARGO: INSTRUCTORA
<p>Hacemos constar que en la fecha hemos examinado al aspirante suscrito, dentro del examen de ingreso solicitado por ustedes.</p> <p>Con el siguiente resultado, después de la valoración médica:</p>		

TIPO DE EXAMEN MEDICO	
EXAMEN MEDICO	X
OTRO:	EXAMEN MEDICO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR

NO SOLICITAN PARACLINICOS	X		TIPO DE EXAMEN PARACLINICO							
		N	A		N	A		N	A	
ESPIROMETRIA	-			PARCIAL DE ORINA	-			P.COCAINA	-	
ELECTROCARDIOGRAMA	-			SEROLOGIA TIPO II	-			P. MARIHUANA	-	
VISIOMETRIA	-			SEROLOGIA	-			HEMOCLASIFICACION	-	
OPTOMETRIA	-			GLUCEMIA	-			F.REUMATOIDEO	-	
AUDIOMETRIA	-			COLESTEROL	-			COPROLOGICO	-	
OTRO(S):	-			TRIGLICERIDOS	-					
				PERFIL LIPIDICO	-					
				CUADRO HEMATICO	-					

El servicio médico ocupacional con el (la) Doctor (a), Médico Especialista en Salud Ocupacional, mediante el examen de aptitud, para el desempeño del cargo y de las funciones correspondientes al mismo, emite que la persona identificada anteriormente puede laborar:

SIN RESTRICCION
CON RESTRICCIONES QUE LIMITAN SU TRABAJO NORMAL
APIAZADO

X
-
-

Recomendaciones médicas para el trabajador:

ADOPTAR HIGIENE POSTURAL Y MECÁNICA CORPORAL ADECUADA
MANEJO ADECUADO DE LA VOZ Y PREVENCIÓN DE PATOLOGÍAS
PAUSAS ACTIVAS
USAR ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL PARA EL CARGO
CONTROL DE PESO
CAPACITACIÓN EN MANEJO DE CARGAS
VISIOMETRÍA - Control Semestral _____ Anual
AUDIOMETRÍA - Control Semestral _____ Anual
OPTOMETRÍA - Control Semestral _____ Anual
OTRAS: CUMPLIR PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD - AUTOCU

X
X
X
X
-
-
X
-
-

Restricciones medicas ocupacionales: NINGUNA

CONSIDERACIONES ESPECIALES POR HISTORIA OCUPACIONAL POST CUARENTENA: En la presente evaluación médica ocupacional se valora el estado de salud del trabajador posterior a periodo de aislamiento obligatorio, aplicando encuesta de síntomas y evaluando la presencia de signos y síntomas respiratorios agudos, sin hallar en el momento evidencia de padecer de enfermedad por COVID 19; sin embargo esta evaluación no garantiza que el trabajador en días posteriores no presente la enfermedad. En caso de presentar algún síntoma al respecto será pertinente realizar una nueva valoración médica en su entidad de salud."

FIRMA DEL MEDICO
Lic. No:
S.M.:

FIRMA DEL TRABAJADOR
EE

Se entrega certificado de APTITUD LABORAL, Señora(a) Trabajador (a) a partir de la fecha usted cuenta con un mes para seguir y realizar las recomendaciones que son registradas en este documento por el Médico(a) Ocupacional.

Dirección: Calle 28 N° 6 – 24 Teléfono: 6 723 259 / 3207210349 e-mail: argolips@hotmail.com
Quibdó - Chocó

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

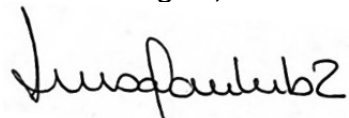
CERTIFICA

Verificada la base de datos del ramo de ARL de la compañía, se identificó que YESSY LORENA PALACIOS ARRIAGA, con Cédula Ciudadanía No. 1077440025 contratista de la empresa SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA, con Nit No. 899999034, tiene un registro como Independiente desde el 04/09/2020 y fecha fin de contrato 12/12/2020 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): 20200101939535.

Dada en Bogotá, a los 3 días del mes de septiembre de 2020



Luisa Marina Uribe Restrepo
Gerencia de Afiliaciones y Novedades.



SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO



Hace constar:

Que el Sr(a) YESSY LORENA PALACIOS ARRIAGA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1077440025 realizó el día 24/09/2020 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



SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO



Hace constar:

Que el Sr(a) YESSY LORENA PALACIOS ARRIAGA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1077440025 realizó el día 24/09/2020 la Capacitación Módulo 2 - Riesgos en el puesto de trabajo y medidas de prevención 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

**BANCO COMERCIAL
"AVVILLAS"**

NIT: 860.035.827-5

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

CERTIFICA:

Que YESSY LORENA PALACIOS ARRIAGA identificada con el documento No. 1077440025 posee en la oficina QUIBDO (530) una Cuenta de Ahorros - Cuenta Móvil No. 530939680 desde el 19 de noviembre de 2019.

FECHA DE EXPEDICION: 2020/09/28

Mayor información Línea Audiovillas:

Bogotá: 444 1777 / Barranquilla: 330 4330 / Bucaramanga: 630 2980 / Medellín: 325 6000 /

Cali: 885 9595 / Resto del país: 018000 51 8000

**PÓLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL
DECRETO 1082 DE 2015**

Ciudad de Expedición:			Sucursal:			Cod. Sucursal:			Nro. Póliza:			Anexo:		
PEREIRA			PEREIRA			55			55-46-101005049			0		
Fecha Expedición:			Vigencia Desde:			A las:			Vigencia Hasta:			A las:		
Día:	Mes:	Año:	Día:	Mes:	Año:	Horas:	Día:	Mes:	Año:	Horas:	Tipo Movimiento:			
02	09	2020	01	09	2020	00:00	12	04	2021	00:00	EMISIÓN ORIGINAL			

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

Nombre o Razón Social: PALACIOS ARRIAGA YESSY LORENA			Identificación: 1077440025		
Dirección: BRR MEDRANO SEC SIMON BOLIVAR AL LADO DE LAS PALMAS			Teléfono: 3146653039		

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

Nombre o Razón Social: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA			Identificación: 899999034-1		
Dirección: CRA 1			Teléfono: 67211552		

OBJETO DEL SEGURO

CON SUJECCIÓN A LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA QUE SE ANEXAN ECU010B, QUE FORMAN PARTE INTEGRANTE DE LA MISMA Y QUE EL ASEGURADO Y EL TOMADOR DECLARAN HABER RECIBIDO Y HASTA EL LÍMITE DE VALOR ASEGURADO SEÑALADO EN CADA AMPARO, SEGUROS DEL ESTADO S.A., GARANTIZA: EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES DERIVADAS DEL CONTRATO NO. CO1.PCCTR.1809215 DE PRESTACION DE SERVICIOS CUYO OBJETO ES: CONTRATAR LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE CARÁCTER TEMPORAL DE UN INSTRUCTOR PARA ATENDER LOS PROCESOS DE FORMACIÓN EN LA MODALIDAD DE TITULADA Y/O COMPLEMENTARIA EN EL SENA DURANTE LA VIGENCIA 2020.

AMPAROS

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS			
AMPAROS:	Vigencia Desde:	Vigencia Hasta:	Suma Asegurada / Actual:
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	01/09/2020	12/04/2021	\$ 1,120,640.00
OBSERVACIONES:			

Valor Prima Neta:	Gastos Expedición:	IVA:	Total a Pagar:	Valor Asegurado Total:	Fecha Límite de Pago:
\$ 20,000.00	\$ 7,000.00	\$ 5,130.00	\$ 32,130.00	\$ 1,120,640.00	02/09/2020

INTERMEDIARIO			DISTRIBUCIÓN COASEGURO		
Nombre:	Clave:	% DE PARTICIPACIÓN:	Nombre Compañía:	% Participación:	Valor Asegurado:
AGENCIA DE SEGUROS FMA LTDA	194929	100.00			

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

Para efecto de notificaciones la dirección de Seguros del Estado S.A. es CARRERA 7 NO 19-28 PISO 12 - Teléfono: 5124482 - PEREIRA

Mmsm7

Yessy L. Palacios A.



FIRMA AUTORIZADA: Manuel Sarmiento - Vicepresidente de Fianzas
Usted puede consultar esta póliza en www.segurosdeleestado.com

FIRMA TOMADOR
Oficina Principal: Cra. 11 No. 90-20 Bogotá D.C. Teléfono: 2186977

Verifique su póliza escaneando el código QR.
Aplica únicamente para la emisión original.