

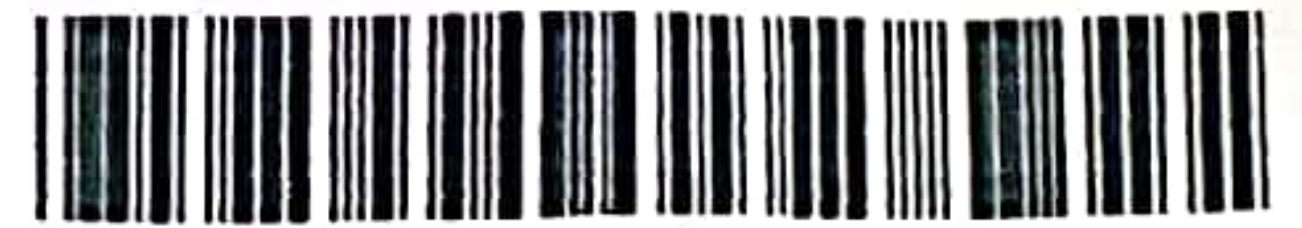
 SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE	FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES REGIONAL CHOCÓ CENTRO DE RECURSOS NATURALES, INDUSTRIA Y BIODIVERSIDAD - SERVICIO		Código Regional	27
			Código Centro	952210
			Fecha Elaboración	12 diciembre de 2020
			Versión	AGOSTO 2020 - 5,20
			ID de Proceso	76122-820191
DATOS DEL CONTRATISTA				
Nombres y apellidos contratista:		KARIN YISETH PALACIOS VALENCIA		
Correo electrónico contratista:		kypalacios@sena.edu.co		
Régimen del IVA:		NO RESPONSABLE	Pertenece al régimen simple de tributación?	NO
Es declarante de renta?		NO	Es Pensionado?	NO
Sus ingresos en el 2019 Superaron \$47.978.000		NO	Inducción SST	SI
Presta Servicios Excluidos de IVA ?		NO		
Banco al cual consignar:		BANCOLOMBIA	Tipo de cta	AHORROS
Nº Cuenta		53662085738		
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				
Nº del contrato:	2028767/2020	Nº Compromiso SIIF	147720	
Valor Total del Contrato	\$ 597.400	Nº Pago	1	
Saldo Anterior del Contrato	\$ 597.400	Periodo objeto de pago	Del 03/12/2020 Al 12/12/2020	
Nuevo Saldo del Contrato	\$ 0	Comisiones	\$ 0,00	
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO				
Ingresos por honorarios	\$ 597.400	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	Menos, Retefuente Otros Ingresos	\$ 0	
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	\$ 597.400	TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO	\$ 0	
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	\$ 260.325			
LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR				
Nº Planilla PILA, o, Nº Radicación pago SS	Diciembre	Noviembre	Valor Base retención en la fuente	260.325,00
Ingreso Base de Cotización - IBC	\$ 877.803	\$ 0	Valor Base retención en la fuente ICA	347.100,00
Aporte obligatorio a seguridad social salud	\$ 109.800	\$ 0	Valor base IVA	0,00
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	\$ 140.500	\$ 0	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	\$ -	\$ 0	Menos Retención en la Fuente	0,00
ARL	\$ 4.600	\$ 0	Menos Retención IVA	0,00
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	\$ -	\$ -	Reteica - 8551	694,00
Aportes voluntarios a cuentas AFC	\$ -	\$ -		0,00
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias \$7.128.000	\$ -	\$ -		0,00
Intereses Prestamo de Vivienda \$ 3.560.700	\$ -	\$ -	Pro Utch	5.974,00
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -	\$ -	Otras Retenciones	0,00
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -	\$ -	Otras Retenciones	0,00
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -	\$ -	Otras Retenciones	0,00
Dependientes hasta \$ 1.139.424	\$ -	\$ -	Descuentos de Libranza	0,00
Salud hasta \$ 569.712	\$ -	\$ -	Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00
Renta Exenta 25% \$ 8.545.680	\$ 86.775	\$ -	VALOR A PAGAR	\$ 590.732,00
Retención en la Fuente Contingente	\$ -	\$ -		
SON: QUINIENTOS NOVENTA MIL SETECIENTOS TREINTA Y DOS PESOS M/CTE				
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO				
Presentación en PowerPoint de la Unidad 1 Y con base en esto realizar un Foro y un taller. Investigar todo lo relacionado con la contabilidad unidad 2 y a partir de allí realizar el taller y participar en el foro. Identificar en el taller los Estados financieros más importantes, a través de modelos mostrados en clases. Foro acerca de las 3 Unidades y realización de Talleres, Despejando duda y reforzando los Conocimientos Adquiridos Conversatorio para Socialización de Temas visto y Despejar dudas				
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.			KARIN YISETH PALACIOS VALENCIA EL CONTRATISTA	
CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO				
En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí relacionado, CERTIFICO: 1.- Que El Contratista cumplió a cabalidad las obligaciones contractuales pactadas; 2.- Que El Contratista desarrolló las actividades descritas en el presente informe, dentro del periodo de cobro; 3.- Que he verificado el pago de los aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social realizados por el contratista por los ingresos recibidos en el mes anterior por medio de la planilla PILA relacionada en el presente informe y que los mismos han sido liquidados de conformidad con las normas vigentes.			Autorizo el presente pago. El Supervisor,	
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			MARIA ISABEL PALOMEQUE PALACIOS INSTRUCTOR G18	
JUAN CARLOS BLANCO CORDOBA DIRECTOR REGIONAL CON FUNCIONES DE SUBDIRECTOR DE CENTRO				

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

No. de Radicación

Fecha de Radicación

D D M M A A A A



138691307

(Lea las instrucciones que se encuentran al respaldo antes de diligenciar este formulario)

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite A. Afiliación B. Reporte de Novedades		2. Tipo de Afiliación A. Individual: Cotizante o Cabeza de Familia B. Colectiva C. Institucional D. De Oficio		3. Régimen A. Contributivo X B. Subsidiado
4. Tipo de Afiliado A. Cotizante X B. Cabeza de Familia C. Beneficiario		5. Tipo de Cotizante A. Dependiente B. Independiente X C. Pensionado		Código (a registrar por la EPS) 3

A. AFILIACIÓN

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

6. Apellidos y nombres Primer Apellido: Palacios Segundo Apellido: Valencia Primer Nombre: Karín Segundo Nombre: Gisela		7. Tipo de documento de identidad CN TI CE CD RC CC PA SC	8. Número del documento de identidad 107444341	9. Sexo Femenino X Masculino	10. Fecha de nacimiento 25/05/1994
---	--	---	--	--	--

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos Personales		11. Etnia OS		12. Discapacidad Tipo F N M Condición T P	13. Puntaje SISBÉN —	14. Grupo de población especial —
15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL Kosina		16. Administradora de Pensiones Porvenir		17. Ingreso base de cotización - IBC 900.000		
18. Residencia Dirección: Jardín Rosales / Cl 16 # 22a - 15						Teléfono Fijo 6715393
Teléfono Celular 3206635224		Correo Electrónico Karín V. Karinvalencia125@gmail.com				
Municipio / Distrito Quibdó		Zona Urbana X Rural	Localidad / Comuna		Departamento Chocó	

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 CN TI CE CD RC CC PA SC	21. Número del documento de identidad	22. Sexo Femenino Masculino	23. Fecha de nacimiento D D M M A A A A
---	--	--	--	---------------------------------------	---

Datos Básicos de Identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

24. Apellidos y nombres Primer Apellido: Segundo Apellido: Primer Nombre: Segundo Nombre:					
B1					
B2					
B3					
B4					
B5					

Datos Complementarios		25. Tipo de documento de identidad CN TI CE CD RC CC PA SC		26. Número del documento de identidad	27. Sexo Femenino Masculino	28. Fecha de nacimiento D D M M A A A A	29. Parentesco
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

30. Etnia	31. Discapacidad Tipo Condición	32. Datos de Residencia Municipio/Distrito Zona		Departamento	Teléfono Fijo y/o Celular	33. Valor de la UPC del Afiliado Adicional (a registrar por la EPS)
B1	F N M T P		Urbana Rural			
B2	F N M T P		Urbana Rural			
B3	F N M T P		Urbana Rural			
B4	F N M T P		Urbana Rural			
B5	F N M T P		Urbana Rural			

Selección de la IPS Primaria		Código de la IPS (a registrar por la EPS)
34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS C Lps Cardiodiagnostico - Nohay Palacios		
B		
B		

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA INSTITUCIÓN

35. Nombre o razón social: Isabel Talca 36. Tipo documento de identificación: NIT CC TI PA CE CD 37. Número del documento de identificación: 1111111111 38. Tipo de aportante o pagador de Pensión (a registrar por la EPS)

39. Ubicación Dirección: Isabel Talca Teléfono Fijo: 1111111111

Correo Electrónico: Isabel Talca Municipio / Distrito: Isabel Talca Departamento: Isabel Talca

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 corrección de datos complementarios.
- ☐ 5. Terminación de la inscripción en la EPS.
- ☐ 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 de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- ☐ 13. Movilidad: ☐ A. Régimen Contributivo ☐ B. 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 Pre-pensionado.
- ☐ 18. Reporte de la calidad de Pensionado.

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación

Primer Apellido: Isabel Segundo Apellido: Talca Primer Nombre: Isabel Segundo Nombre: Talca

Tipo de documento de identidad: CN TI CE CD RC CC PA SC Número del documento de identidad: 1111111111 Sexo: Femenino Masculino Fecha de nacimiento: 11/11/2010 42. Fecha: 11/11/2010

43. EPS anterior: EPS Sanitas 44. Motivo de traslado: Código: 1111111111 45. Caja de compensación Familiar o pagador de pensiones: 1111111111

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- ☐ 46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- ☐ 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.
- ☐ 49. Declaración de no internación 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 vigente 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. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario: Karin Isabel Talca Valencia 55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institución o de oficio: 1111111111

IX. ANEXOS

- ☒ 56. Anexo copia del documento de identidad: Cantidad: 1 TOTAL: 1
- ☐ 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.

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial: Código del Municipio: 111111 Código del Departamento: 111111 67. Datos del SISBEN: Número de ficha: 111111 Puntaje: 111111 Nivel: 111111 68. Fecha de Radicación: 11/11/2010 69. Fecha de Validación: 11/11/2010

70. Datos del funcionario que realiza la validación: Primer Apellido: Isabel Segundo Apellido: Talca Primer Nombre: Isabel Segundo Nombre: Talca

71. Firma del Funcionario: Isabel Talca

Observaciones: 1111111111

Recuerde que con la firma del formulano, el afiliado manifiesta le veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el capítulo VII del formulario.

Doc. identificación y nombre del Ejecutivo Comercial: 51257801 Sello de Radicación: 1111111111 Sticker procesamiento: 1111111111

CE-006 - 0000000100 – 2020

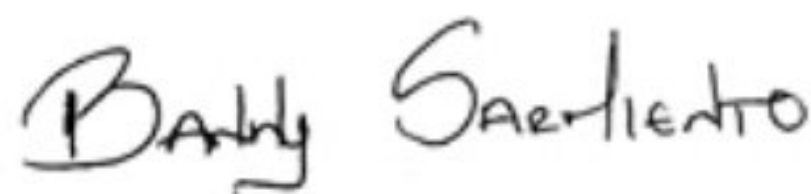
CERTIFICA

Que la(s) persona(s) relacionada(s) a continuación está(n) o ha(n) estado afiliada(s) a

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 1077444349
NOMBRES Y APELLIDOS	Palacios Valencia,Karin Yiseth
TIPO DE AFILIADO	Titular
TIPO DE TRABAJADOR	Independiente
FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN	18/07/2016
ESTADO DE AFILIACIÓN	Vigente
ESTADO DE SERVICIO	Habilitado
REGIMEN	Contributivo

La presente se expide a nombre de Palacios Valencia,Karin Yiseth, a los 11 días del mes de diciembre del año 2020.

NOTA: Esta certificación no constituye aprobación de traslado, ni es documento válido para solicitar servicios médicos.



Banny Yeritza Sarmiento Vanegas
Coordinador Gestión de la Afiliación

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

En su condición de administradora del
FONDO DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR
NIT 800.144.331-3

CERTIFICA QUE:

KARIN YISETH PALACIOS VALENCIA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.077.444.349**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir** y al **Fondo de Cesantías Porvenir**.

La presente certificación se expide el 11 de Diciembre 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.



Dra. Tatiana Posada Zambrano
Su Salud es Nuestra Misión

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

CERTIFICADO DE APTITUD AL CARGO

Certificado No.: 313191

Fecha y hora del Examen: 13/11/2020 10:30:00 (-05)

Tipo certificado: Ingreso

Nombre Completo: KARIN YISETH PALACIOS VALENCIA

Tipo Documento: CC

Genero: Femenino

Empresa: SENA CHOCÓ

Lateralidad: Diestro

Fecha y hora: 13/11/2020 14:13:18

Lugar del Examen: QUIBDÓ

Énfasis en: Ostemuscular

Email: karINVALENCIA25@gmail.com

No. de Identificación: 1077444349

Fecha de Nacimiento: 25/5/1990 (30 años de edad)

Cargo: INSTRUCTORA

CONCEPTO DE APTITUD

Concepto Medico: Apto con recomendaciones que no intervienen en su cargo normal

Limitaciones o Restricciones: ninguno

Recomendaciones médicas laborales: Uso de elementos de protección personal de acuerdo a la exposición laboral, Pausas activas para manos y espalda, Utilizar una adecuada higiene postural y mecánica corporal para la realización de su trabajo, Dieta hipocalórica y ejercicio regular de acuerdo a su estado físico

Valoración por Especialista(s): 1. nutricionista

Observaciones:

- *NOTA: refiere que NO ha presentado fiebre, tos, dolor de garganta, congestión nasal, dificultad para respirar, fatiga, escalofríos, dolor muscular; niega haber tenido contacto con personas con diagnóstico positivo o presuntivo de COVID-19.*
- *Se le recomienda descargar la aplicación: CoronApp Colombia*

¿Se recomienda Valoración por la EPS?: SI

Concepto de aptitud apoyado en profesiograma NO o perfil para el cargo:

Recomendaciones médica para el área del trabajo: Uso de señales y normas de bioseguridad, Vacunación completa

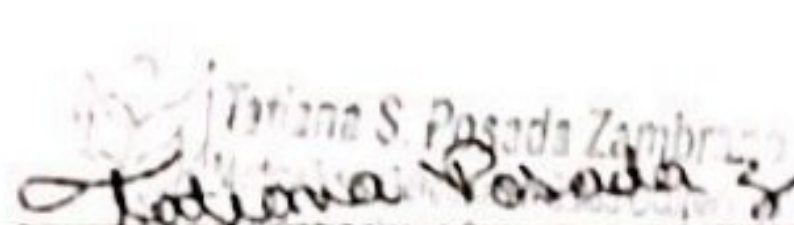
Recomendación a la Patología preexistente:

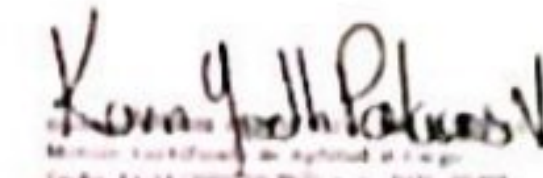
1. uso de gafas
2. uso correcto de mascarilla convencional
3. lavado de manos exhaustivo y frecuente por 45 segundos o desinfección con alcohol al 70% o gel antibacterial
4. mantener la distancia social de 02 metros

EXÁMENES DE LABORATORIOS Y PARACLÍNICOS PRÁCTICADOS:

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

13/11/2020, 2:13 p. m.


FIRMA MÉDICO OCUPACIONAL


FIRMA ASPIRANTE AL CARGO
C.C. 1077444349

Consultorio Médico Doctora Tatiana Sofía Posada Zambrano, Médica Especialista en Gerencia en Salud Ocupacional. Nit. 39049753-1.
Calle 30 # 3-19 entre las carreras 3ra y 4ta, Barrio Cristo Rey | Teléfono: (+57 4) 6707222 | Celular: (+57) 3152163916
Email: contactenos@doctoratatianaposada.com, info@doctoratatianaposada.com | Página web: <http://www.doctoratatianaposada.com>



Hace constar:

Que el Sr(a) KARIN YISETH PALACIOS VALENCIA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1077444349 realizó el día 09/12/2020 la inducción en Seguridad y Salud en el Trabajo de la entidad y aprobó la respectiva evaluación.

La presente constancia tiene validez para aplicación y uso al interior de la entidad, con el fin de dar cumplimiento al Decreto 1072 de 2015, Libro 2, Parte 2, Título 4, Capítulo 6, Artículo 2.2.4.6.11., Parágrafo 2.

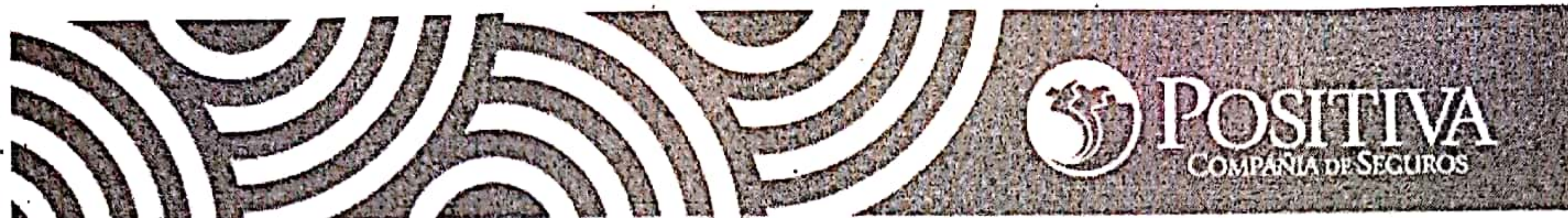
Compromiso SST:

Yo KARIN YISETH PALACIOS VALENCIA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1077444349 me comprometo a dar cumplimiento a las obligaciones en Seguridad y Salud en el Trabajo (Decr. 1072/2015):

1. Procurar el cuidado integral de mi salud.
2. Contar con los elementos de protección personal necesarios para ejecutar la actividad contratada, para lo cual asumiré su costo.
3. Informar a los contratantes la ocurrencia de incidentes, accidentes de trabajo y enfermedades laborales.
4. Participar en las actividades de Prevención y Promoción organizadas por los contratantes, los Comités Paritarios de Seguridad y Salud en el Trabajo o Vigías Ocupacionales o la Administradora de Riesgos Laborales.
5. Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST.
6. Informar oportunamente a los contratantes toda novedad derivada de mi contrato.

Firma

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



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

CERTIFICA

Verificada la base de datos del ramo de ARL de la compañía, se identificó que KARIN YIETH PALACIOS VALENCIA, con Cédula Ciudadanía No. 1077444349 contratista de la empresa SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA, con Nit No. 899999034, tiene un registro como Independiente desde el 03/12/2020 y fecha fin de contrato 31/12/2020 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): 20200102222206.

Dada en Bogotá, a los 2 días del mes de diciembre de 2020

Luisa Marina Uribe Restrepo
Gerencia de Afiliaciones y Novedades.

Certificado Bancario

Sabado, 12 de Diciembre de 2020

A QUIEN PUEDA INTERESAR

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que KARIN YIETH PALACIOS VALENCIA identificado(a) con CC 1077444349, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA DE AHORROS	53662085738	2016/07/05	ACTIVA

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

*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia los siguientes números: Medellín - Local: (57-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (57-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (57-5) 361 88 88 - Cali - Local: (57-2) 554 05 05 - Resto del país: 01800 09 12345. Sucursales Telefónicas en el exterior: España (34) 900 995 717 - Estados Unidos (1) 1 866 379 97 14.

BANCOLOMBIA S.A. Establecimiento Bancario

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Juan Camilo Moreno
Juan Camilo Moreno Gómez
Gerente Estrategia Canal Telefónico

Es el
momento
de
todos



Bancolombia

PÓLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL
DECRETO 1082 DE 2015

Ciudad de Expedición:			Sucursal:			Cod. Sucursal:		Nro. Póliza:		Anexo:	
PEREIRA			PEREIRA			55		55-46-101005932		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	12	2020	01	12	2020	00:00	12	04	2021	00:00	EMISIÓN ORIGINAL

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

Nombre o Razón Social:		PALACIOS VALENCIA KARIN YIETH		Identificación:		1077444349	
Dirección:		CL 16 N 22A - 60		Ciudad:		QUIBDO - CHOCO	
				Teléfono:		6737591	

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

Nombre o Razón Social:		SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA		Identificación:		899999034-1	
Dirección:		CRA 1 N 28 - 71		Ciudad:		QUIBDO - CHOCO	
				Teléfono:		8370987	

OBJETO DEL SEGURO

CON SUJECCIÓN A LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA QUE SE ANEXAN ECU0108, 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.PCCNTR.2028767 DE PRESTACION DE SERVICIOS CUYO OBJETO ES: CONTRATAR LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE CARÁCTER TEMPORAL DE INSTRUCTORES EN LA MODALIDAD COMPLEMENTARIA EN EL CENTRO DE RECURSOS NATURALES, DURANTE LA VIGENCIA 2020.

AMPAROS

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS			
AMPAROS:	Vigencia Desde:	Vigencia Hasta:	Suma Asegurada / Actual:
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	01/12/2020	12/04/2021	\$ 248,916.60
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	\$ 248,916.60	02/12/2020

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

Manuel Sarmiento

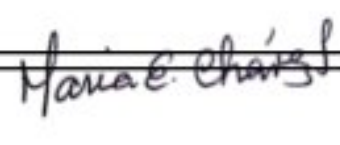
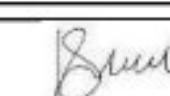
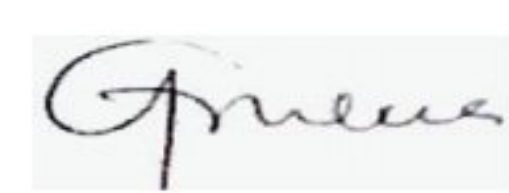
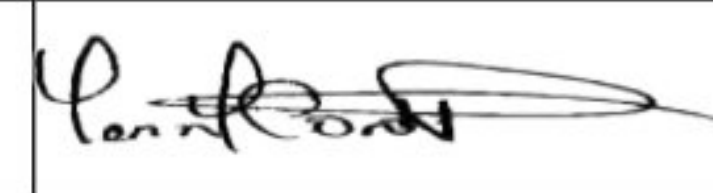
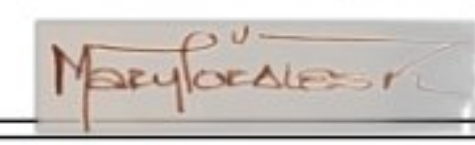
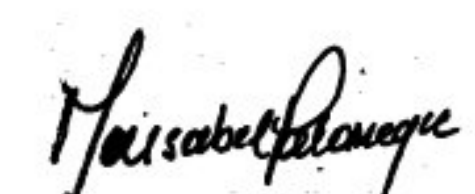
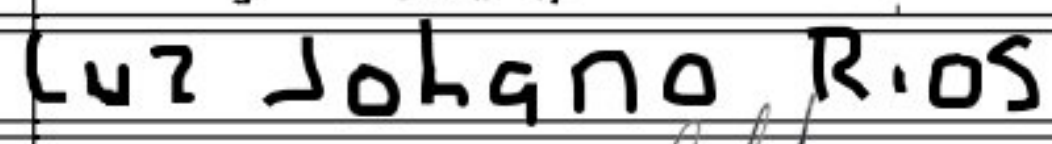
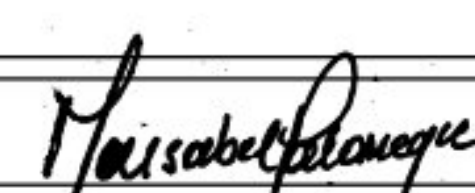
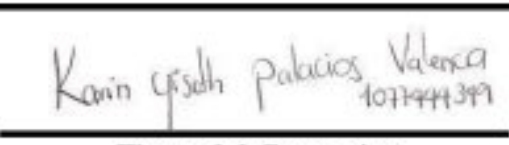
Karin Yiseth Palacios Valencia
1077444349



FIRMA AUTORIZADA: Manuel Sarmiento - Vicepresidente de Finanzas

FIRMA TOMADOR

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

		SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA ENTREGA DE BIENES E INFORMACIÓN DE EJECUCIÓN CONTRACTUAL POR EL CONTRATISTA		LUGAR: QUIBDO FECHA: 12/12/2020 REGIONAL: CHOCÓ	
NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS: KARIN YISETH PALACIOS VALENCIA					IDENTIFICACIÓN C.C. No 1.077.444.349
DIRECCIÓN U OFICINA DONDE SE EJECUTÓ EL CONTRATO: QUIBDO					
NÚMERO Y FECHA DE CONTRATO: COL.PCCNTR.2028767. 3 -12 /12/2020					
CAUSAL DE TERMINACIÓN DEL CONTRATO					
LIQUIDACION POR MUTUO ACUERDO	☒	CESIÓN	☐	LIQUIDACIÓN ANTICIPADA POR MUTUO ACUERDO	☐
DEPENDENCIA SENA		Marcar con x	COORDINACIOND ACADEMICA		
			NOMBRES	FIRMA	
GESTIÓN DE TIC	☒		MARIA EUGENIA CHAVEZ IBARGUEN		
ADMINISTRACIÓN DE DOCUMENTOS	☒		BENCY JHONAI DY CORDOBA MORENO		
ENTREGA CARNÉ (A Supervisor del Contrato en las Regionales y Centros de Formación) SECRETARÍA GENERAL	☒		GLADYS MARIA MENA GARRIDO		
ALMACÉN E INVENTARIOS	☒		LEYDY MARCELA MOYA VEGA		
SERVICIOS GENERALES, ADQUISICIONES (Administración de edificio; Contratación)	☒		YENNY CORDOBA RODRIGUEZ		
CONTABILIDAD	☒		MARY YADIRA MORALES RUEDA		
TESORERIA	☒		JAIME ENRIQUE HURTADO ASPRILLA		
COORDINACIÓN DE: ÁREA/GRUPO/ ACADEMICA	☒		MARIA ISABEL PALOMEQUE PALACIOS		
BIBLIOTECA	☒		LUZ JOHANA RIOS LOPEZ		
LIDER SIGA	☒		MIGUEL ANGEL MENA PALACIOS		
OTRO	☐				
SUPERVISOR DE CONTRATO	☒		MARIA ISABEL PALOMEQUE PALACIOS		
ELEMENTOS FALTANTES U OBLIGACIONES PENDIENTES (Relacionar con su respectivo valor)					
OTROS :					
<div style="text-align: right;">  Firma del Contratista </div>					

	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA PROCESO DE GESTIÓN DE INFRAESTRUCTURA Y LOGÍSTICA RELACION DE BIENES A CARGO DEL CUENTADANTE	Versión: 1.01
		Fecha: 15.10.2020

De acuerdo con los registros del Sistema para la Administración y Control de Bienes SACB el Sr(a) identificado(a) con CC. 1077444349 tiene los siguientes bienes a cargo:

Listado de inventarios:

Regional	Centro	Modulo	Placa	Valor
----------	--------	--------	-------	-------

CANTIDAD DE BIENES A CARGO:0

VALOR TOTAL: \$0,00

Fecha de emisión del reporte: 14 de diciembre de 2020 a las 09:52:18

El cuentadante responde administrativa y fiscalmente por los bienes aquí relacionados y rendirá cuentas de su utilización. Todo ello según lo dispuesto sobre este particular en la Constitución Política Nacional Art. 124 y en especial lo establecido en los numerales 21 y 22 del Art. 34 de la Ley 734 de 2002; Resolución 1378 de 2018 y en las obligaciones generales de los Contratos de Prestación de Servicios.