

 SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE	FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES REGIONAL VALLE CENTRO AGROPECUARIO DE BUGA-VALLE			Código Regional	76
				Código Centro	912410
				Fecha Elaboración	Febrero de 2024
				Versión	ENERO 2024 - 1,24
			ID de Proceso	22824-409526	
DATOS DEL CONTRATISTA					
Nombres y apellidos contratista:		DIANA CAROLINA PALACIOS ZULETA		C.C.	29.285.323
Correo electrónico contratista:		dcpalacios@sena.edu.co		IP/N° de contacto	3226006742
Régimen del IVA:		NO RESPONSABLE		Pertenece al régimen simple de tributación?	NO
				Es declarante de renta?	NO
				Es Pensionado?	NO
Banco al cual consignar:		BANCO CAJA SOCIAL		Inducción SST	SI
				Presta Servicios Excluidos de IVA ?	SI
Sus ingresos en el 2022 fueron iguales o superiores a \$53'206.000:		NO		Tipo de cta	AHORROS
				N° Cuenta	24039677978
				Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2023 supera los \$ 169'648.000 (debe cambiarse a responsable IVA)	NO
DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° del contrato:		5779504/2024		N° Compromiso SIIF	6924
Valor Total del Contrato		\$ 44.655.450	N° Pago	Periodo objeto de pago	
Saldo Anterior del Contrato		\$ 44.655.450	1	Del 01/02/2024 Al 29/02/2024	
Nuevo Saldo del Contrato		\$ 40.189.905		Legalización comisiones del periodo \$ 0,00	
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)		INSTRUCTOR: PRESTACIÓN SERVICIOS DE CARÁCTER TEMPORAL PARA ORIENTAR LA FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL COMO INSTRUCTOR SENA EN EL PROGRAMA DE AEM EN LAS INSTITUCIONES PÚBLICAS Y PRIVADAS EN CONVENIO CON LA REGIONAL VALLE Y ATENDIDOS POR EL CAB 2024			
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO					
Ingresos por honorarios		\$ 4.465.545	Tarifa de Retencion en la Fuente ART 383°		0,00%
			Retencion en la Fuente del Periodo		\$ 0
Ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ 0	Menos, Retefuente Otros Ingresos		\$ 0
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO		\$ 4.465.545	TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO		\$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE		\$ 2.953.309			\$ 0
LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR					
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS		Febrero	Enero	Base retención en la fuente a titulo de RENTA	
Ingreso Base de Cotización - IBC		\$ 1.786.218	\$ 0	Base retención en la fuente a titulo de ICA	
Aporte obligatorio a seguridad social salud		\$ 223.300	\$ 0	Valor base IVA	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		\$ 285.800	\$ 0	IVA (Si es RESPONSABLE)	
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		\$ -	\$ 0	Menos Retención en la Fuente	
ARL II		\$ 18.700	\$ 0	Menos Retencion IVA	
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias		\$ -		Reteica - 8523	
\$ 9.805.208				13.397,00	
\$ 1.116.386				0,00	
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC		\$ -		0,00	
\$ 14.903.916				0,00	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias		\$ -		Pro-UCEVA	
Intereses Prestamo de Vivienda		\$ -		22.328,00	
\$ 4.706.500				0,500%	
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ -		Otras Retenciones	
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ -		0,00	
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ -		0,00	
Dependientes hasta		\$ 1.506.080		0,00	
Salud hasta		\$ 753.040		0,00	
Renta Exenta 25%		\$ 3.098.445	\$ 984.436	0,00	
Retención en la Fuente Contingente		\$ -		Descuentos de embargo (Si tiene)	
				0,00	
				VALOR A PAGAR	
				\$4.429.820,00	
SON: CUATRO MILLONES CUATROCIENTOS VEINTINUEVE MIL OCHOCIENTOS VEINTE PESOS M/CTE					
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO					
Ver informe de actividades para el mes de febrero de 2024					
Se anexa certificado de afiliacion a salud y pension, en estado activo					
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.				DIANA CAROLINA PALACIOS ZULETA 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.				HECTOR HERNAN LOPEZ MENDEZ INSTRUCTOR G08	
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 ALBETH MARTINEZ VALENCIA SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)					

SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A.
NIT 805.001.157 - 2
CERTIFICA:

El(la) señor(a) **DIANA CAROLINA PALACIOS ZULETA**, identificado(a) con CC 29285323 se encuentra afiliado(a) en el Plan de Beneficios en Salud P.B.S. en la EPS SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. E.P.S., afiliado desde: 01/11/2010 y su estado de Afiliación a la fecha de generación este certificado es: ACTIVO por el Régimen CONTRIBUTIVO, en calidad de CONYUGE COTIZANTE

Su grupo familiar es:

Relación del histórico de afiliación y días pagados a la EPS SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A en el último año.

Tipo doc	Número de documento	Nombre del Cotizante	Tipo ID Empleador	NúmeroID Empleador	Razón Social	Período Cotización	Días Cotizados
CC	29285323	DIANA CAROLINA PALACIOS ZULETA	CC	29285323	DIANA CAROLINA PALACIOS ZULETA	2023/02	21
CC	29285323	DIANA CAROLINA PALACIOS ZULETA	CC	29285323	DIANA CAROLINA PALACIOS ZULETA	2023/03	30
CC	29285323	DIANA CAROLINA PALACIOS ZULETA	CC	29285323	DIANA CAROLINA PALACIOS ZULETA	2023/04	30
CC	29285323	DIANA CAROLINA PALACIOS ZULETA	CC	29285323	DIANA CAROLINA PALACIOS ZULETA	2023/05	30
CC	29285323	DIANA CAROLINA PALACIOS ZULETA	CC	29285323	DIANA CAROLINA PALACIOS ZULETA	2023/06	30
CC	29285323	DIANA CAROLINA PALACIOS ZULETA	CC	29285323	DIANA CAROLINA PALACIOS ZULETA	2023/07	30
CC	29285323	DIANA CAROLINA PALACIOS ZULETA	CC	29285323	DIANA CAROLINA PALACIOS ZULETA	2023/08	30
CC	29285323	DIANA CAROLINA PALACIOS ZULETA	CC	29285323	DIANA CAROLINA PALACIOS ZULETA	2023/09	30
CC	29285323	DIANA CAROLINA PALACIOS ZULETA	CC	29285323	DIANA CAROLINA PALACIOS ZULETA	2023/10	30
CC	29285323	DIANA CAROLINA PALACIOS ZULETA	CC	29285323	DIANA CAROLINA PALACIOS ZULETA	2023/11	30
CC	29285323	DIANA CAROLINA PALACIOS ZULETA	CC	29285323	DIANA CAROLINA PALACIOS ZULETA	2023/12	2

Para constancia de lo anterior se firma en la Ciudad de Santiago de Cali, a los CATORCE (14) días del mes de FEBRERO del año 2024.

Información sujeta a verificación por parte de la EPS Servicio Occidental de Salud SOS S.A, "Esta información es propiedad privada del Ministerio de Salud y Protección Social."

Este documento no es válido como autorización de servicios o traslado entre EPS.

Atentamente,



Andres Arango Zapata.
Gerencia de Experiencia al Usuario

No. De Radicación	Fecha de Radicación
2142401	21/2/2011

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite A. Afiliación ☐ B. Novedad ☒		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	

A. AFILIACIÓN

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

6. Apellidos y nombres		7. Tipo de documento de identidad		8. Número de documento de identidad		9. Sexo F ☒ M ☐		10. Fecha de nacimiento	
Palacios		CC		29285323		F		01/11/1981	

III. DATOS COMPLEMENTARIOS
Datos personales

11. Etnia	12. Discapacidad	Tipo		Condición	13. Puntaje SISBEN	14. Grupo de población especial
		F N M		T P		
15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL		16. Administradora de Pensiones		17. Ingreso base de cotización - IBC		
18. Residencia		3226006742				
Calle 78 sur #18-251		Buga		Zona Urbana ☒ Rural ☐		
		Santa Rita		Valle del Cauca		

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		20. Tipo de documento		21. Número de documento de identidad		22. Sexo F ☐ M ☐		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 de documento de Identidad		27. Sexo F ☐ M ☐		28. Fecha de Nacimiento	

Datos complementarios

29. Parentesco		30. Etnia		31. Discapacidad		Tipo		Condición	
						F N M		T P	
32. Datos de residencia		Zona		Departamento		Teléfono fijo y/o celular		33. Valor de la UPC del afiliado adicional	
Municipio/Distrito		Urbana Rural							

Selección de la EPS Primaria

34. Nombre de la institución prestadora de servicios de salud - IPS		Código de la IPS	
Comfand Buga		40775	

35. Datos de identificación del empleador y otros aportantes de las entidades responsables de la afiliación colectiva, institucional o de oficio	

36. Tipo de documento de identificación	37. Número de identificación	38. Tipo de aportante y proveedor de servicios

B. REPORTE DE NOVEDADES

Página 2

60. Tipo de Novedad

- | | |
|--|--|
| ☐ 1. Modificación de datos básicos de identificación. | ☐ 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. |
| ☐ 2. Corrección de datos básicos de identificación. | ☐ 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. |
| ☐ 3. Actualización del documento de identidad. | ☐ 13. Movilidad: ☐ A. Régimen Contributivo |
| ☐ 4. Actualización y corrección de datos complementarios. | ☐ ☐ B. Régimen Subsidiado |
| ☐ 5. Terminación de la inscripción en la EPS. Código <input type="text"/> | ☐ 14. Traslado: ☐ A. Mismo Régimen |
| ☐ 6. Reinscripción en la EPS. | ☐ ☐ B. Diferente Régimen |
| ☐ 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales. | ☐ 15. Reporte de fallecimiento. |
| ☐ 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales. | ☐ 16. Reporte del trámite de protección al cesante. |
| ☒ 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar. | ☐ 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado. |
| ☐ 10. Terminación de relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando. | ☐ 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 de Documento de Identidad		Número de documento de Identidad	Sexo
			F ☐ M ☐
Fecha		43. EPS anterior	44. Motivo de traslado
			Código
		45. Caja de Compensación Familiar o pagador de Pensiones	

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 acrediten 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 información que se genere de la afiliación o del reporte de no novedades o 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 mensaje de texto.

VIII. FIRMAS

54. Cotizante, cabeza de familia o beneficiario

55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio.

IX. ANEXOS

- ☐ 56. Anexo copia del documento de identidad: CN RC TI CC PA CE CD SC
- 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 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		67. Datos del SISBÉN		68. Fecha de radicación	
Código del Municipio	Código del departamento	Número de ficha	Puntaje	Nivel	
69. Fecha de Validación		70. Datos del funcionario que realiza la validación			
Tipo documento de identidad		71. Firma del funcionario			

OBSERVACIONES:

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **PALACIOS ZULETA DIANA CAROLINA** identificado(a) con **CC** número **29.285.323** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 02 de febrero de 2004 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO**.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 12 de febrero de 2024.

Cordialmente,



Cesar Mauricio Aubad Echeverry
Equipo Soporte para Clientes

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

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:

Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**

Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**

www.proteccion.com

2024021207195

		Formulario del Registro Único Tributario				001	
2. Concepto 02 Actualización				4. Número de formulario 14972397619			
5. Número de Identificación Tributaria (NIT) 29285323				6. DV 2		12. Dirección seccional Impuestos y Aduanas de Palmira	
				14. Buzón electrónico 15			
IDENTIFICACIÓN							
24. Tipo de contribuyente Persona natural o sucesión ilíquida		25. Tipo de documento Cédula de Ciudadanía		26. Número de Identificación 29285323		27. Fecha expedición 20010118	
Lugar de expedición 28. País COLOMBIA		29. Departamento 169 Valle del Cauca		30. Ciudad/Municipio 76 Guadalajara de Buga		111	
31. Primer apellido PALACIOS		32. Segundo apellido ZULETA		33. Primer nombre DIANA		34. Otros nombres CAROLINA	
35. Razón social							
36. Nombre comercial							
37. Sigla							
UBICACIÓN							
38. País COLOMBIA		39. Departamento 169 Valle del Cauca		40. Ciudad/Municipio 76 Guadalajara de Buga		111	
41. Dirección principal CL 7 B SUR 18 25 BRR SANTA RITA							
42. Correo electrónico dicapa582@gmail.com							
43. Código postal				44. Teléfono 1 3226006742			
				45. Teléfono 2			
CLASIFICACIÓN							
Actividad económica				Ocupación			
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		52. Número establecimientos	
46. Código 8551	47. Fecha inicio actividad 20230206	48. Código 8211	49. Fecha inicio actividad 20160215	50. Código 12	51. Código		
Responsabilidades, Calidades y Atributos							
53. Código 2249							
22- Obligado a cumplir deberes formales a							
49 - No responsable de IVA							
Usuarios aduaneros				Exportadores			
54. Código				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				60. No. de Folios:		61. Fecha	
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 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.				Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.			
Firma del solicitante:				Firma autorizada:			
				984. Nombre			
				985. Cargo			



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 85.234

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
08	02	2023	GUADALAJARA DE BUGA (VALLE DEL CAUCA, COLOMBIA)	EVALUACIÓN MEDICA OSTEOMUSCULAR DE INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR, CARDIOVASCULAR Y PSICOSOCIAL			
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE							
PARTICULAR - SENA - BUGA							
Empresa en misión							
DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC, Cedula de Ciudadanía, CE, Cedula de Extranjería, TI, Tarjeta de Identidad, PT, Pasaporte)							
PALACIOS ZULETA DIANA CAROLINA				FEMENINO		CC	29285323
INSTRUCTORA							
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL							
NO PRESENTA RESTRICCIONES							
Observaciones: NO APLICA							
NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)							N/A
RESTRICCIONES LABORALES				TIPO		RECOMENDACIONES	
SIN RESTRICCIONES LABORALES				NO APLICA		NO APLICA	
El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:							
EVALUACIÓN MÉDICA OSTEOMUSCULAR				EVALUACIÓN PSICOLÓGICA			
GLUCOSA EN SUERO				OPTOMETRÍA			
PERFIL LIPÍDICO				HEMOGRAMA			
UROANÁLISIS (PARCIAL DE ORINA)							
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES			HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES		
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
FRAMINGHAN 7 PUNTOS. RIESGO CV BAJO<1%							



Hace constar:

Que el Sr(a) DIANA CAROLINA PALACIOS ZULETA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 29285323 realizó el día 09/02/2024 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 DIANA CAROLINA PALACIOS ZULETA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 29285323 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 -



CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el Ramo de Riesgos Laborales se evidenció que, **DIANA CAROLINA PALACIOS ZULETA** identificado con CC No. **29285323**, registra la siguiente información.

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA - N. 899999034	Fecha de afiliación: 11/02/2023 Fecha de inicio de cobertura: 01/02/2024 Estado Afiliación: ACTIVO Fecha de inicio de Contrato: 01/02/2024 Fecha fin de Contrato: 30/11/2024 Tipo Vinculación: TRABAJADOR INDEPENDIENTE Clase de Riesgo: 2 Cargo : PROFESORES E INSTRUCTORES DE EDUCACION ESPECIAL

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 o prorroga deberá realizar la correspondiente novedad a través de nuestro portal www.positivaenlinea.gov.co, para continuar con la cobertura.

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202401012366654.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 13 días del mes de febrero de 2024.

Cordialmente,

GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

HACE CONSTAR:

Que el (los) cliente(s)

DIANA CAROLINA PALACIOS ZULETA Identificado con CC 29285323

Actualmente tiene(n) el producto Cuenta Ahorros, radicado(a) en la oficina BUGA, con las siguientes características:

Cuentamiga

Número:	24039677978
Fecha de apertura:	17 de Septiembre de 2013
Saldo disponible:	\$902.44
Saldo total a la fecha:	\$14,506.29
Condiciones de uso:	Individual, 1 firmas(s), 0 sello(s) húmedo(s) o de caucho, sin protector
Estado:	Cuenta activa

Esta constancia se expide con destino a quien pueda interesar, realizada en el Canal Digital de la ciudad de Bogotá, el día , 11 de Febrero de 2024.

Cordialmente,

Vicepresidencia de Banca Masiva

SEGURO DE CUMPLIMIENTO A FAVOR DE ENTIDADES ESTATALES
(GARANTÍA ÚNICA)



suramericana



Ciudad y Fecha de Expedición GUADALAJARA DE BUGA, 31 DE ENERO DE 2024	Póliza 3836978-7	Documento 15539247
Intermediario NELSON ALEXIS CHAVEZ PINO	Código 51507	Oficina 048
		Referencia de Pago 01215539247

TOMADOR CEDULA 29285323	Razón Social y/o Nombres y Apellidos DIANA CAROLINA PALACIO
Dirección CL 7 B SUR # 18 25	Ciudad BUGALAGRADE
	Teléfono 2371258

GARANTIZADO CEDULA 29285323	Nombres y Apellidos DIANA CAROLINA PALACIO
-----------------------------------	---

BENEFICIARIO Y/O ASEGURADO NIT 8999990341	Nombres y Apellidos SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE
---	---

COBERTURAS DE LA PÓLIZA

COBERTURA	FECHA INICIAL	FECHA VENCIMIENTO	VALOR ASEGURADO	PRIMA
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	01-FEB-2024	31-MAR-2025	4.465.545,00	28.571,00
VIGENCIA DEL SEGURO	VLR. PRIMA SIN IVA		VLR. IMPUESTOS (IVA)	TOTAL A PAGAR
Desde 01-FEB-2024	Hasta 31-MAR-2025	Días 424	Desde 01-FEB-2024	Hasta 31-MAR-2025
			\$28.571	\$5.428
				\$33.999

VALOR A PAGAR EN LETRAS
TREINTA Y TRES MIL NOVECIENTOS NOVENTA Y NUEVE PESOS M/L

Documento de: POLIZA NUEVA	Valor Asegurado Movimiento \$4.465.545	Prima Anual \$17.862	Total Valor Asegurado \$4.465.545,00
-------------------------------	---	-------------------------	---

SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES. FAVOR NO EFECTUAR RETENCIÓN SOBRE EL IVA.
LAS PRIMAS DE SEGUROS NO ESTÁN SUJETAS A RETENCIÓN EN LA FUENTE DECRETO REGLAMENTARIO 2509/85 ART. 17. AUTORRETENEDORES RESOLUCIÓN N° 009961

101 - NEGOCIOS ESTATALES

RAMO 012	PRODUCTO NDX	OFICINA 048	USUARIO CUM001	OPERACIÓN 01	MONEDA PESO COLOMBIANO	COASEGURO DIRECTO	NÚMERO PÓLIZA LÍDER	DOCUMENTO COMPAÑÍA LÍDER
-------------	-----------------	----------------	-------------------	-----------------	---------------------------	----------------------	---------------------	--------------------------

FIRMA AUTORIZADA

FIRMA TOMADOR

PARTICIPACIÓN DE INTERMEDIARIOS

CÓDIGO 51507	NOMBRE DEL PRODUCTOR NELSON ALEXIS CHAVEZ PINO	COMPañía SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A.	CATEGORÍA NATURAL	%PARTICIPACIÓN 100,00	PRIMA 28.571
-----------------	---	---	----------------------	--------------------------	-----------------

DESCRIPCIÓN	Fecha a partir de la cual se utiliza	Tipo y número de la entidad	Tipo de documento	Ramo al cual accede	Identificación interna de la proforma
CÓDIGO CLAUSULADO	01/01/2017	13 - 18	P	05	F-01-12-084
CÓDIGO NOTA TÉCNICA	25/06/2017	13 - 18	NT-P	5	N-01-012-011

TEXTOS Y ACLARACIONES ANEXAS

Proceso de selección: Prestación de servicios
NRO. DE CONTRATO CO1.PCCNTR.5779504.
OBJETO: PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE CARÁCTER TEMPORAL PARA ORIENTAR LA FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL COMO INSTRUCTOR SENA EN EL PROGRAMA DE ARTICULACIÓN CON LA EDUCACIÓN MEDIA EN LAS INSTITUCIONES PÚBLICAS Y PRIVADAS EN CONVENIO CON LA REGIONAL VALLE Y ATENDIDOS POR EL CENTRO AGROPECUARIO DE BUGA PARA LA VIGENCIA 2024.

PARA EFECTOS DE CUALQUIER NOTIFICACIÓN LA
DIRECCIÓN DE LA COMPAÑÍA ES:
CRA 12 P.S. - 62
GUADALAJARA DE BUGA

SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A.

DOCUMENTO PROTEGIDO ELECTRONICAMENTE BAJO EL
CÓDIGO: 2642PD0160

- CLIENTE -

SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A.
AUT. PRO. REG. 483.9
RESPONSABLE DE IMPUESTOS SOBRE LAS VENTAS RÉGIMEN COMÚN

WWW.SURAMERICANA.COM

Página 1