ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E	
	INFORME DE ACTIVIDADES CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	CO-OPS-FT-11 V6

DATOS DEL INFORME

Período a Certificar:	Desde:	18-may.-21	Hasta:	31-may.-21			
Nombre del Contratista:	yonathan estiven pastrana urbano		Cédula:	1022436980			
Correo Electrónico:	yonathanestiven.pastranaurbano@gmail.com		Teléfono[s]:	3213959659			
Nombre del Supervisor - Planta:	KARLO ROBERTO REYES BARRERA		Cargo:	PROFESIONAL ESPECIALIZADO	Codigo-Grado:	CODIGO 242 GRADO 30	
Nombre del Supervisor - Contratista:			Perfil		No. CTO:		
Apoyo tecnico a la supervision - Planta:			Cargo:		Còdigo-Grado:		
Apoyo tecnico a la supervision - Contratista:	ESTEBAN ADOLFO ZAMORA BARRERA		Perfil	PROFESIONAL ESPECIALIZADO	No. CTO:	6238-2021	

DATOS DEL CONTRATO

NO CONTRATO:	6180-2021	Año Contrato:	2021	C.D.P. CONTRATO INICIAL :	1279
PERFIL:	AUXILIAR DE ENFERMERIA				
DIRECCION A LA QUE PERTENECE:	DIRECCIÒN DE URGENCIAS				
UNIDAD DE SERVICIOS :	TUNAL				

LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS

SERVICIOS		UNIDAD	CENTRO DE COSTOS	CANT HORAS ESTANDAR	CANT HORAS ADICIONALES	VALOR HORA	TOTAL	PORCENTAJE (%) CENTRO DE COSTOS
DIRECCION DE AMBULATORIOS	Mostrar							
DIRECCION DE URGENCIAS	Ocultar							
#N/A		TUNAL	I18TN031	72		$ 8.720	$ 627.840	100,00%
							$ -	0,00%
							$ -	0,00%
DIRECCION DE HOSPITALARIOS	Mostrar							
UCI PEDIATRICA	Mostrar							
UCI NEONATAL	Mostrar							
UCI ADULTOS	Mostrar							
DIRECCION COMPLEMENTARIOS	Mostrar							
CONVENIO APH	Mostrar							
SIRC							$ -	0,00%
RURALIDAD	Mostrar							
PARTICIPACION COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO (ASISTENCIAL) Y RUTA DE LA SALUD	Mostrar							
GESTION DEL RIESGO	Mostrar							
SALUD PUBLICA PIC	Mostrar							
HONORARIOS	Mostrar							
REMUNERACION	Mostrar							

VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	$ 627.840	SEISCIENTOS VEINTISIETE MIL OCHOCIENTOS CUARENTA PESOS

EJECUCION PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

FECHA INICIO CONTRATO		18/05/2021				FECHA TERMINACION CONTRATO INICIAL	29/06/2021	
No. PRORROGA	FECHA INICIO	FECHA TERMINACION	No. ADICION	VALOR ADICION	CDP	N. CUENTA SEGÚN MES CERTIFICADO	MES CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR
						1		
						2		
						3		
						4		
						5	Mayo	$ 627.840
						6		
						7		
						8		
						9		
						10		
						11		
						12		
						13		

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 2.459.040	$ 2.459.040	$ 627.840	$ 1.831.200

EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES FRENTE A LAS OBLIGACIONES DURANTE EL PERÍODO REPORTADO

	OBLIGACIONES ESPECIFICAS (Las estipuladas en la minuta)	ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACION	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	1-Realizar las acciones de cuidado del paciente en lo de su competencia, en relación a cuidados básicos en domicilio o en la unidad de servicios de salud y la estrategia de consultorios dinamizadores de la Subred Sur.	Caracterización familiar a 24 familias priorizadas desde la SDS en las UPZ asignadas en el territorio	Base de datos de caracterización familiar de las 24 familias abordadas
2	2-Apoyar la caracterización poblacional en lo de su competencia en la población y territorios a cargo.	Caracterización familiar a 24 familias asignadas de acuerdo a los territorios asignados	Base de datos de caracterización familiar de las 24 familias abordadas

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E	
	INFORME DE ACTIVIDADES CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	CO-OPS-FT-11 V6

3	3-Proveer atenciones e información educación y comunicación al usuario y su familia de acuerdo con las directrices dadas en el convenio e implementado todos las guías, protocolos, proceso y procedimientos a los que haya lugar.	Acciones de información y educación a las familias caracterizadas	Base de datos de caracterizacipon familiar y acta de participación en comité del cuidado
4	4-Diligenciar oportunamente y formatos e instrumentos requeridos en el convenio.	Diligenciamiento y entrega con calidad de base de datos de caracterización familiar.	Base de datos, actas
5	5-Informar oportunamente al equipo de salud los hallazgos o gestiones requeridas para apoyar la gestión de los equipos territoriales .6-Realizar canalización los pacientes y familias atendidas de acuerdo a directrices y protocolos institucionales.	Comunicación interna en el equipo de salud territorial en relación a hallazgos o gestiónes requeridas de acuerdo a caracterización familiar	Acta de comité de cuidado con hallazgos y gestiones requeridas
6	6-Realizar canalización los pacientes y familias atendidas de acuerdo a directrices y protocolos institucionales.	Canalizaciones según necesidad	Formato de canalizaciones
7	7-Integrar las acciones necesarias con las rutas integrales de atención en salud en procura de mejorar la atención integral en salud desde su competencia.	Canalización a las distintas RIAS según necesidad	Formato de canalizaciones
8	8-Participar en los proceso de inducción y capacitación a los qua haya lugar, procurando mantenerse permanente actualizado en las actividades de competencia.	Se participa en reunión de inducción de la Subred Sur, inducción de la SDS, capacitación en Ruta Materno Perinatal y PSPIC.	Actas y listados de asistencia
9	9-Construir y entregar los informes requeridos.	Se participa en comité del cuidado	Actas
10	10-Desarrollar las demás acciones que se requieran en el marco del cumplimento del contrato.	Se realizaron todas las acciones requeridas para el cumplimiento del contrato.	Se entregaron informes, base de datos y ruta de cumplimiento de visitas domiciliarias.

INFORMACIÓN PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL

PERÍODO AL QUE CORRESPONDE EL		FECHA DE PAGO			NUMERO DE PLANILLA	VALOR HONORARIOS CERTIFICADOS MES ANTERIOR	
AÑO	MES	AÑO	MES	DIA			

VALOR HONORARIOS CERTIFICADOS MES ANTERIOR EN LETRAS: PESOS

ÍTEM		ENTIDADES APORTANTES SEGURIDAD SOCIAL	INGRESO BASE DE COTIZACION	VALOR MINIMO DE LOS APORTES	VALOR APORTADO (Sobre el 40% de los ingresos mensuales) no debe ser inferior a un SMLMV
PENSIONADO	NO	COLPENSIONES	$ 908.526		
SALUD		NUEVA EPS			
ARL	4	SURA			
CAJA DE COMPENSACION	NO				$ -

INFORMACIÓN MEDIO DE PAGO

ENTIDAD BANCARIA:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO CUENTA	AHORROS	NRO CUENTA	488420646694

Jonathan Pastrana

yonathan estiven pastrana urbano
NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA
1.022.436.980
CC. NO. CONTRATISTA

ESTEBAN ADOLFO ZAMORA BARRERA
NOMBRE DEL APOYO TECNICO A LA SUPERVISIÓN
PROFESIONAL ESPECIALIZADO

KARLO ROBERTO REYES BARRERA
NOMBRE DEL SUPERVISOR
PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA SALUD

2021-02-12

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.198.281

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **PASTRANA URBANO YONATHAN ESTIVEN** identificado(a) con **CC** número **1.022.436.980** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 16 de abril de 2021 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 26 de mayo de 2021.

Cordialmente,

Laura Patricia Merchan Metaute
Equipo Gestión de Operaciones.

***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

202105261219

ARL | sura

Medellín, 26 de mayo de 2021

LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A..

CERTIFICA:

Que YONATHAN ESTIVEN PASTRANA URBANO identificado(a) con cédula de ciudadanía 1022436980 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:
Fecha inicio cobertura: 18/05/2021 **Fecha fin cobertura:**

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

SUB RED SUR N900958564

ACTIVIDAD ECONÓMICA:
3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SEIVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION, INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCION MEDICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS, INSTITUCIONES PRESTA-DORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNOSTICOS Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL

CLASE DE RIESGO: 3 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 2,436%
CENTRO DE TRABAJO: 0000000003 - TRANSPORTE-SIRC-RUTA
CLASE: 4 **PORCENTAJE:** 4,35% **TIPO COTIZANTE:** INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES

ACTIVIDAD ECONÓMICA CENTRO DE TRABAJO:
4603201 - EMPRESAS DEDICADAS AL TRANSPORTE COLECTIVO NO REGULAR DE PASAJEROS

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

ACTIVIDAD ECONÓMICA:
4603101 - EMPRESAS DEDICADAS AL TRANSPORTE NO REGULAR INDIVIDUAL DE PASAJEROS
CODIGO DE ACTIVIDAD: 4603101
CLASE DE RIESGO: 4 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 4,35%

Su pago lo debe realizar con riesgo 4 (4,35 %), teniendo en cuenta lo siguiente:

Artículo 11, Decreto 723 de 2013: Cotización y Pago: La cotización se realizará teniendo en cuenta el mayor riesgo entre:

1. ***La clase de riesgo del centro de trabajo de la entidad o institución.***
2. ***El propio de la actividad ejecutada por el contratista.***

Parágrafo 1: Cuando las entidades o instituciones no tengan centros de trabajo se tomará la actividad principal o institución.

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:
C10224369802114652218

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. así como para su desafiliación
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el: 26/05/2021 2.30 PM

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

- ORIGINAL: E.P.S. - - 1a. COPIA: EMPLEADOR O ENTE TERRITORIAL -

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

"Código Únicamente para dependientes y afiliaciones al Régimen Subsidiado"

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva eps
gente cuidando gente
NIT 900.156.264-2

FORMULARIO VÍA WEB

Lea atentamente las instrucciones antes de diligenciar este formulario

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. TIPO DE TRÁMITE: A. AFILIACIÓN [X] B. REPORTE DE NOVEDADES [ ]
2. TIPO DE AFILIACIÓN: A. Individual: a) Cotizante o cabeza de familia [X] 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 [X] CF Cabeza de Familia [ ] BE Beneficiario [ ]
5. TIPO DE COTIZANTE: A. Dependiente [ ] B. Independiente [X] C. Pensionado [ ]
CÓDIGO:
FECHA DE LA SOLICITUD: 26 / 5 / 2021

A. AFILIACIÓN

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

6. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS
PRIMER APELLIDO: PASTRANA | SEGUNDO APELLIDO: URBANO | PRIMER NOMBRE: YONATHAN | SEGUNDO NOMBRE: ESTIVEN
7. TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD: R.C [ ] T.I [ ] C.C [X] C.E [ ] P.A [ ] C.D [ ] S.C [ ]
8. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1022436980
9. SEXO: F [ ] M [X]
10. FECHA NACIMIENTO: 29 / 07 / 1998

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

11. ORIGEN ETNICO: Código
12. DISCAPACIDAD: Tipo F [ ] N [ ] M [ ] Condición T [ ] P [ ]
13. PUNTAJE Y NIVEL DEL SISBEN: 47,14
14. GRUPO DE POBLACIÓN ESPECIAL: Victima del conflicto armado
15. ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES: SURA
16. ADMINISTRADORA DE PENSIONES: Colpenciones
17. INGRESO BASE DE COTIZACIÓN - IBC: 908.526
18. UBICACIÓN O DIRECCIÓN DE RESIDENCIA: Kr 72 M BIS A 48 23 SUR
ZONA: U. [X] R. [ ]
LOCALIDAD / COMUNA: KENNDY
BARRIO: BOITA
CIUDAD / MUNICIPIO: CUNDINAMARCA
DEPARTAMENTO: BOGOTÁ D.C
TELÉFONO FIJO:
TELÉFONO MÓVIL: 3213959659
CORREO ELECTRÓNICO: yonathanestiven.pastranaurbano@gmail.com
CÓDIGO IPS:

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos de identificación del beneficiario (Conyuge o compañero (a) permanente del cotizante)

19. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS
PRIMER APELLIDO: URBANO | SEGUNDO APELLIDO: VIVEROS | PRIMER NOMBRE: MARISOL | SEGUNDO NOMBRE:
20. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: T.I [ ] C.C [X] C.E [ ] P.A [ ] C.D [ ]
21. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 52393590
22. SEXO: F [ ] M [X]
23. FECHA NACIMIENTO: 04 / 02 / 1979
CÓDIGO IPS:

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

	24. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS DE LOS BENEFICIARIOS	25. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	26. NÚMERO DE IDENTIDAD	27. SEXO	28. FECHA DE NACIMIENTO	29. PARENTESCO	30. ETNIA	31. DISCAPACIDAD Tipo	31. DISCAPACIDAD Condición
1	URBANO VIVEROS MARISOL	X	52393590	X		MADRE		F. [ ] N. [ ] M. [ ]	T. [ ] P. [ ]
2								F. [ ] N. [ ] M. [ ]	T. [ ] P. [ ]
3								F. [ ] N. [ ] M. [ ]	T. [ ] P. [ ]
4								F. [ ] N. [ ] M. [ ]	T. [ ] P. [ ]

	32. DATOS DE RESIDENCIA Ciudad / Mpio.	Departamento	Zona	Teléfono Fijo	Teléfono Movil	33. VALOR UPC AFILIADO ADICIONAL (Lo diligencia la EPS)	34. Nombre de la Institución prestadora de servicios de salud (IPS)	NIVEL DE SISBEN	GRUPO POBLACIONAL
1	CUNDINAMARCA	BOGOTÁ D.C	R. [ ] U. [X]		3185498401			I. [X] 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 O DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

35. Nombre o Razón Social: YONATHAN ESTIVEN PASTRANA URBANO
36. Tipo documento de identidad: C.C [X] C.E [ ] P.A [ ] C.D [ ] N.I [ ]
37. Número documento de identidad: 1022436980
DV:
38. Tipo de aportante o pagador de pensiones: Colpensiones
39. UBICACION O DIRECCION: kr 72 M BIS A 48 23 SUR
CIUDAD/PPO: BOGOTÁ D.C
DEPARTAMENTO: CUNDINAMARCA
TELEFONO FIJO:
TELEFONO MOVIL: 3213959659
CORREO ELECTRONICO: yonathanestiven.pastranaurbano@gmail.com
FECHA INICIO DE RELACIÓN LABORAL: 18 / 04 / 2021
CARGO: AUXILIAR DE ENFERIA
SALARIO: 908.526

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. TIPO DE NOVEDAD
1. MODIFICACION DE DATOS BASICOS DE IDENTIFICACION [ ]
2. CORRECCION DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN [ ]
3. ACTUALIZACIÓN DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD [ ]
4. ACTUALIZACIÓN Y/O CORRECCION 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 [X]
8. EXCLUSION DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES [ ]
9. INICIO DE RELACIÓN LABORAL O ADQUISICION DE CONDICIONES PARA COTIZAR [X]
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 REGIMEN CONTRIBUTIVO [X] B) AL RÉGIMEN SUBSIDIADO [ ]
14. TRASLADO A) MISMO REGIMEN [ ] B) DIFERENTE RÉGIMEN [ ]
15. REPORTE DE FALLECIMIENTO [ ]
16. REPORTE DEL TRAMITE 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: PASTRANA | SEGUNDO APELLIDO: URBANO | PRIMER NOMBRE: YONATHAN | SEGUNDO NOMBRE: ESTIVEN
TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: R.C [ ] T.I [ ] C.C [X] C.E [ ] P.A [ ] C.D [ ] S.C [ ]
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1022436980
SEXO: F [ ] M [X]
FECHA NACIMIENTO: 29 / 07 / 1998
42. FECHA (a partir de):
43. EPS ANTERIOR Código:
44. MOTIVO DE TRASLADO Código:
45. CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR O PAGADOR DE PENSIONES: SURA

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 mí. [ ]
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

55. Firma y sello del 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 [X] 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. [ ]

O.P. 280235 04/16

ENTREGA CARTA DE DERECHOS Y DEBERES Y CARTA DE DESEMPEÑO

FORMULARIO VÍA WEB

nueva eps
gente cuidando gente
NIT 900.156.264-2

Autorización de mensajes de texto. (Circular externa 000016 mayo de 2013)

Yo, YONATHAN ESTIVEN PASTRANA URBANO identificado (a) con R.C. T.I. [X] C.E. Otro: _____
número 1022436980 de BOGOTÁ, certifico que:

1. He recibido la carta de derechos y deberes	SÍ [X] No [ ]
2. He recibido la carta de desempeño con el ranking de NUEVA EPS	SÍ [ ] No [ ]
3. Leí el contenido de la carta de derechos y deberes	SÍ [ ] No [ ]
4. Leí el contenido de la carta de desempeño	SÍ [ ] No [ ]
5. Me fueron resueltas las dudas sobre el contenido de las cartas de derechos y deberes y la carta de desempeño	SÍ [ ] No [ ]
6. Entendí y comprendí lo enunciado en la carta de derechos y deberes y la carta de desempeño	SÍ [ ] No [ ]
7. NUEVA EPS cuenta con canales disponibles y eficaces para resolver las dudas sobre el contenido de las cartas	SÍ [ ] No [ ]

Así mismo autorizo a NUEVA EPS, para que envíe información al teléfono celular No. 3213959659
y/o correo electrónico: yonathanestiven.pastranaurbano@gmail.com
SÍ [x] No [ ]

Cordialmente,

Firma: Jhonatan Pastrana.
Tipo ID: C C No. ID: 1022436980
Fecha (dd/mm/aaaa): 26/ 05/ 2021
Dirección: KR 72 M BIS A 48 23 SUR
Tel: _____ Municipio BOGOTÁ
Departamento: CUNDINAMARCA


Huella

Afiliado manifiesta que no sabe o no puede firmar, autoriza a:

Firma: _____
Tipo ID: C C No. ID: 52393590
Fecha (dd/mm/aaaa): _____
Dirección: _____
Tel: _____ Municipio _____
Departamento: _____

Huella

Manifiesto con mi firma la aceptación de todas las declaraciones y términos incorporados en este formato y el consentimiento expreso, previo e informado en relación con el tratamiento de mis datos personales que hará NUEVA EPS S.A., en sujeción a la política para el tratamiento de datos personales de la NUEVA EPS S.A. consúltela al reverso de este documento.

Información de NUEVA EPS
Asesor: _____
Código _____ Oficina _____

Autorizaciones

En virtud de la anterior certificación, autorizo expresamente y conforme a lo dispuesto en los artículos 14 y 15 de la Ley 527 de 1995, a NUEVA EPS S.A. Para que me remita información en forma de mensajes de datos, a través de mecanismos como sms -short message service - , correos electrónicos y redes sociales, relacionada con los servicios de NUEVA EPS S.A. y la carta de derecho de deberes.

Autorizo de manera expresa a NUEVA EPS S.A. y/o a la persona natural o jurídica a quien ésta encargue, para que recolecte, almacene, use, haga circular, actualice o suprima mis datos personales, para acceder a los servicios de la NUEVA EPS S.A. y para el cumplimiento de la carta de derechos y deberes.

Aviso de privacidad

Hago constar expresamente que NUEVA EPS S.A. me informó sobre los siguientes derechos que me asisten como titular de datos personales:

- Acceder los datos personales que hayan sido objeto de tratamiento conforme a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 y las demás normas que la modifiquen, adicionen o complementen.
- Conocer, actualizar y rectificar los datos personales frente al responsable del tratamiento y al encargado del tratamiento. Este derecho se podrá ejercer, entre otros, datos, en relación con datos parciales, inexactos, incompletos, fraccionados, que induzcan a error, o aquellos datos cuyo tratamiento esté expresamente prohibido o no haya sido autorizado.
- solicitar prueba de la autorización otorgada al responsable del tratamiento, salvo cuando expresamente se exceptúe como requisito para el tratamiento, de conformidad con lo previsto en el artículo 10 de la Ley 1581 de 2012.
- Ser informado por el responsable del tratamiento o el encargado del tratamiento, previa solicitud, con respecto del uso que le ha dado a los datos personales.
- Presentar ante la Superintendencia de Industria y Comercio quejas por infracciones a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 y las demás normas que la modifiquen, adicionen o complementen.
- Revocar la autorización y/o solicitar la supresión del dato cuando en el tratamiento no se respeten los principios, derechos y garantías constitucionales y legales. La revocatoria y/o supresión procederá cuando la Superintendencia de Industria y Comercio haya determinado que en el tratamiento el responsable o encargado han incurrido en conductas contrarias a esta ley y a la constitución.

En cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 y las demás normas que los modifiquen, adicionen o complementen, le informamos que usted puede conocer la política de tratamiento de los datos personales de NUEVA EPS S.S., a través de los siguientes mecanismos que ponemos a su disposición:

Sitio web: www.nuevaeps.com.co
Oficinas de atención al afiliado de NUEVA EPS S.A.
Línea Gratuita: 01 8000 954400
Línea de atención en Bogotá: 307 7022
Conmutador: (57 + 1) 4193000
Dirección Administrativa: Carrera 85k No. 46A – 66 Piso 2.

Sr.(a) afiliado(a), la información por usted suministrada en este formato, así como la relacionada en el formulario de afiliación y/o demás documentos anexos, serán utilizados por NUEVA EPS S.A. como responsable del tratamiento de la información únicamente para los fines específicos relacionados con la administración y prestación de servicios en salud de Plan Obligatorio de Salud, de acuerdo con la Ley 1581 de 2012 "Hábeas Data", dicho tratamiento podrá implicar la trasferencia, trasmisión y/o recepción de los datos, y el cual se realizará a través de sí misma, terceros encargados de tratamiento de información o de sus aliados comerciales, para fines comerciales y para la correcta prestación del servicio, de la forma indicada en los Términos y Condiciones de cada uno de sus portales y de la Política de Confidencialidad y Protección de Datos.

INFORMACIÓN PARA SER DILIGENCIADA POR EL TRABAJADOR INDEPENDIENTE CUYO INGRESO SEA IGUAL O SUPERIOR A 1 SMMLV

ACTIVIDAD ECONOMICA	ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES	ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES	INGRESO BASE DE COTIZACIÓN	POSEE VIVIENDA PROPIA	SÍ		PRODUCTOR AGROPECUARIO	SÍ	
AUXILIAR DE ENFERMERIA	SURA	COLPENSIONES	$ 908.526		NO	X		NO	X

Nivel de Escolaridad									
Ninguno [ ]	Secundaria [ ]	Normalista [ ]	Profesional [ ]	Doctorado [ ]	Posición Ocupacional	Patrón/Empleador [ ]	Contratista [ ]	Trabaja por su Cuenta [X]	
Preescolar [ ]	Media academica o clásica (bachillerato básico) [ ]	Técnica Profesional [X]	Especialización [ ]	Ultimo Grado					
Básico Primaria [ ]	Media técnica (bachillerato básico) [ ]	Tecnológica [ ]	Maestria [ ]	Aprobado _____	Inicio Contrato	18 / 05 / 2021	Fin Contrato	29 /06 2021	

nueva eps

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) YONATHAN ESTIVEN PASTRANA URBANO identificado(a) con CC 1022436980 se encuentra afiliado a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de Servicios:	**01/09/2018**
Estado de la Afiliación:	**ACTIVO**
IPS:	**UNION TEMPORAL VIVA BOGOTA - VIVA 1A IPS KENEDY**
Categoría:	**A**

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para **QUIEN INTERESE** , a los 31 días del mes de mayo del año 2021 .

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

ESTA CERTIFICACIÓN NO APLICA PARA SERVICIOS MÉDICOS.
NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

Gerencia de Afiliaciones
Nueva EPS S.A

DAVIVIENDA

Banco Davivienda S.A.

A QUIEN INTERESE

Bogotá **2021/04/15**
COLOMBIA

Por medio de la presente hacemos constar que **el señor YONATHAN PASTRANA PASTRANA URBANO** con **Cédula de Ciudadanía** número **1022436980** posee en el Banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS

Número:	**488420646694**
Fecha apertura:	**2021/04/15**

Cordialmente,

Firma Autorizada
Banco Davivienda

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA