Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Centro Oriente E.S.E.

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO – GESTIÓN DE INSUMOS Y ABASTECIMIENTO
FORMATO INFORME Y CUENTA DE COBRO

CÓDIGO: AP-IA-FT-014
VERSIÓN: 02
FECHA: 2020-05-04

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS:	PS 7162 2021	**C.D.P. No.:**	2881	**Proceso al que pertenece:**	GESTION INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD
				Unidad a la que pertenece:	CONVENIO - CO1.PCCNTR. 2667785/2021
Nombre del Contratista:	ERIKA ALEJANDRA VARGAS ZAMBRANO			**C.C.**	1.023.002.849 **de:** BOGOTÁ D.C
Fecha Inicio:	2021-09-03	**Fecha Terminación incial:**	2021-09-30	**Valor Mensual:**	$ 2.232.442 **Valor a cobrar:** $ 2.083.613

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1				
2				
3				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
1	SEPTIEMBRE	$ 2.083.613	$ 0	
2				
3				

Resumen de contrato	VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
	$ 2.158.027	$ 2.158.027	$ 2.083.613	$ 74.414

2. INFORME DE ACTIVIDADES REALIZADAS Y AVANCE EN CUMPLIMIENTO DEL OBJETO DEL CONTRATO

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SERVICIOS COMO TÉCNICO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE GESTIÓN INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E CO1.PCCNTR. 2667785

Relación de actividades para el periodo: **Desde:** 2021-09-03 **Hasta:** 2021-09-30

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCION DEL DESARROLLO	
		ACTIVIDADES DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	Apoyar en la adecuada implementación de los protocolos institucionales para el manejo, la prevención, contención y mitigación de la pandemia por COVID-19.	SE SOCIALIZA LA IMPORTANCIA DEL USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL PARA EL DESARROLLO DIARIO DE LAS ACTIVIDADES PROGRAMADAS EN LAS JORNADAS ACADÉMICAS.	* FORMATO EXCEL PROGRAMACIÓN SEMANAL * FORMULARIO GOOGLE DE REPORTE DIARIO
2	Diligenciar el instrumento de registro de condiciones al ingreso de los estudiantes, docentes y administrativos de la IED asignada, de acuerdo con el lineamiento del MEN, la SED y respectivo protocolo institucional.	DURANTE LA VIGENCIA A REPORTAR, SE REALIZA ESTA ACTIVIDAD EN ESPECÍFICO. SE DA CUMPLIMIENTO DE MANERA DIARIA COMO PARTE DE PROTOCOLO DE ATENCIÓN REQUERIDO.	* FORMATO EXCEL PROGRAMACIÓN SEMANAL * FORMULARIO GOOGLE DE REPORTE DIARIO
3	Efectuar bajo la directriz de la LED asignada, el reporte de casos COVIDI9 en la IED, en el formulario alojado en página institucional de la SED	SE DA CUMPLIMIENTO POR MEDIO DEL REGISTRO Y CONTROL DE LOS REPORTES SEGÚN EL FORMULARIO CORRESPONDIENTE SEGÚN SEA REQUERIDO.	* FORMATO REPORTE PAGINA SED * FORMULARIO GOOGLE DE REPORTE DIARIO
4	Aplicar de manera inmediata el protocolo de la IED manejo inicial a presuntos casos COVID 19 y activar ruta de atención.	DURANTE LA VIGENCIA A REPORTAR, NO SE REALIZA ESTA ACTIVIDAD EN ESPECÍFICO. SE DARÁ CUMPLIMIENTO CUANDO ASÍ SE REQUIERA SEGÚN EL PROTOCOLO ESTABLECIDO	* FORMATO EXCEL PROGRAMACIÓN SEMANAL * FORMULARIO GOOGLE DE REPORTE DIARIO
5	Adelantar acciones pedagógicas con la comunidad educativa (estudiantes, docentes y personal administrativa) para la prevención del contagio por COVID 19 en las sedes de la IED asignada, durante las fechas y horas acordadas previamente con el (la) rector (a) del colegio.	SE DA CUMPLIMIENTO POR MEDIO DE SENSIBILIZACIÓN INFORMATIVA A TRAVES DE TALLERES, CHARLAS, EXPOSICIONES, ACTIVIDADES FÍSICAS Y ACTIVIDADES LÚDICAS, CON EL PERSONAL DOCENTE Y EL CUERPO DEL ESTUDIANTADO EN LAS FECHAS ACORDADAS CON LA DIRECCIÓN DEL COLEGIO ASIGNADO.	* FORMATO EXCEL PROGRAMACIÓN SEMANAL * FORMULARIO GOOGLE DE REPORTE DIARIO
6	Adelantar acciones pedagógicas para la promoción en estilos de vida saludable para mitigación de contagio por COVID 19, en las sedes de la IED asignada, durante las fechas y horas acordadas previamente con el (la) rector (a) del colegio.	DURANTE LA VIGENCIA A REPORTAR, SE REALIZA ESTA ACTIVIADAD EN ESPECÍFICO POR MEDIO DE LA ELABORACIÓN Y APROBACIÓN DEL PLAN DE TRABAJO CON ENFOQUE PEDAGÓGICO RELACIONADO CON LA PROMOCIÓN DE VIDA SALUDABLE POR PARTE DE LA RECTORIA DEL COLEGIO ASIGNADO.	* FORMATO EXCEL PROGRAMACIÓN SEMANAL * FORMULARIO GOOGLE DE REPORTE DIARIO
7	Participar en los procesos de capacitación que efectúe la SED y la SDS para facilitar el desarrollo de sus actividades en la IED asignada y sus respectivas sedes.	DURANTE LA VIGENCIA A REPORTAR, SE PARTICIPA EN CAPACITACIÓN INDUCTORIA PARA EL CUMPLIMIENTO Y DESARROLLO EFECTIVO DE LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS EN LA IED.	* FORMATO DE ACTAS DE REUNIÓN / CAPACITACIÓN
8	Asistir y participar en las reuniones del comité institucional de contingencia por COVID 19 en el marco de la Reapertura Gradual. Progresiva y Segura (RGPS).	DURANTE LA VIGENCIA A REPORTAR, NO SE REALIZA ESTA ACTIVIADAD EN ESPECÍFICO. SE DARÁ CUMPLIMIENTO CUANDO ASÍ SE REQUIERA POR PARTE DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE Y LA IED LO REQUIERA	* FORMATO DE ACTAS DE REUNIÓN * FORMULARIO GOOGLE DE REPORTE DIARIO
9	Apoyar al Comité Paritario de Salud y Seguridad en el Trabajo – COPASST y a la brigada escolar. Institucional en la actualización de los Planes Escolares de Gestión del Riesgo, donde se incluye el procedimiento operativo normalizado por COVID-19.	SE DARÁ CUMPLIMIENTO MEDIANTE LA PARTICIPACIÓN ACTIVA EN EL COMITÉ Y EN LA BRIGADA ESCOLAR DEL COLEGIO ASIGNADO SEGÚN LA OPERATIVIDAD REQUERIDA.	* FORMATO EXCEL PROGRAMACIÓN SEMANAL * FORMULARIO GOOGLE DE REPORTE DIARIO
10	Presentar informes mensuales de las actividades desarrolladas en el marco del objeto contractual.	SE DA CUMPLIMIENTO MEDIANTE LA ENTREGA DE LOS INFORMES DE CUMPLIMIENTO DE OBJETIVOS DE MANERA MENSUAL Y CONFORMA A LOS LINEAMIENTOS ESTABLECIDOS.	* FORMATO EXCEL PROGRAMACIÓN SEMANAL * FORMULARIO GOOGLE DE REPORTE DIARIO * FOTOS EVIDENCIAS
11	Seguir los protocolos establecidos por el Ministerio de Salud y de Protección Social, así como de las autoridades competentes para el manejo, la prevención, contención y mitigación de la pandemia por COVID-19. así como consultar y poner en práctica los protocolos establecidos por la Entidad en la prevención del COVID-19. CONVENIO CO1.PCCNTR. 2667785. Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato	SE DA CUMPLIMIENTO MEDIANTE EL SEGUIMIENTO Y SUPERVISIÓN DEL MANEJO DE LOS PROTOCOLOS ESTABLECIDOS PARA EL MANEJO DE LA PANDEMIA POR COVID -19. SE CONSULTAN Y SE PONEN EN PRÁCTICA DICHOS PROTOCOLOS ESTABLECIDOS.	* FORMULARIO GOOGLE DE REPORTE DIARIO

Observaciones: Creacion de base para retroalimentacion por parte de ambulatorios

Se anexa certificación de pago a Salud, pensión y ARL.
En caso de tener contrato nuevo se debe anexar también la certificación bancaria con la primera cuenta de cobro

Erika Alejandra Vargas
Firma del Contratista

C.C. 1.023.002.849 **de** BOGOTÁ D.C

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	**LORENZA BECERRA CAMARGO**
CARGO:	DIRECTORA GESTION INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD
FIRMA	

VISTO BUENO LIDER DE CONTRATOS	
NOMBRE:	**LUISA FERNANDA HERNANDEZ PLAZAS**
CARGO:	LIDER CONVENIO / CO1.PCCNTR. 2667785
FIRMA	

Ok aprobado

Cuenta de Cobro No. 00 1 - 2021

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

NIT No. 900.959.051-7

DEBE A:

ERIKA ALEJANDRA VARGAS ZAMBRANO

C.C. No. **1.023.002.849** de **BOGOTÁ D.C**

LA SUMA DE:

DOS MILLONES OCHENTA Y TRES MIL SEISCIENTOS TRECE PESOS MONEDA CORRIENTE

($ 2.083.613)

Por concepto de:

* Honorarios por prestación de servicios en cumplimiento del contrato No. **PS 7162 2021** correspondiente al del **3** al **30** de **Septiembre** de **2.021.**

OBJETO: PRESTAR SERVICIOS COMO TÉCNICO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE GESTIÓN INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E COI.PCCNTR. 2667785

Cordialmente,

Erika Alejandra Vargas

ERIKA ALEJANDRA VARGAS ZAMBRANO
C.C. No. **1.023.002.849** de **BOGOTÁ D.C**
Teléfono: **3114402809**
No. Cuenta **408900056833** **AHORROS** BANCO **AGRARIO DE COLOMBIA**

Fecha: **30 de septiembre de 2021**

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

compensar | salud eps

No. de Radicación

Fecha de Radicación: D D M M A A A A

I. DATOS DEL TRÁMITE

(Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo)

1. Tipo de trámite: A. Afiliación ( ) B. Reporte de Novedades (•)
2. Tipo de Afiliación: A. Individual: • Cotizante o cabeza de Familia (X) • Beneficiario o afiliado adicional ( ) — 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): 03

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

6. Apellidos y nombres			
VARGAS	ZAMBRANO	ERIKA	ALEJANDRA

7. Tipo de documento de identidad: CC
8. Número de documento de identidad: 1023002849
9. Sexo: Femenino (X) Masculino ( )
10. Fecha de nacimiento: 14 03 1995

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia:
12. Discapacidad: Tipo ( ) Condición ( )
13. Puntaje SISBEN:
14. Grupo de población especial:
15. Administradora de riesgos laborales - ARL:
16. Administradora de pensiones: porvenir
17. Ingreso base de cotización – IBC: 908.526
18. Residencia: KM 8 VIA SAN JUAN DE SUMAPAZ
Dirección: VEREDA EL DESTINO
Teléfono fijo:
Teléfono celular: 3143171824
Correo electrónico: alejavargas198@gmail.com
Municipio / Distrito: bogota
Zona: Urbana ( ) Rural (X)
Localidad / Comuna: 5 de usme
Departamento: cundinamarca

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 de 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				25. Tipo de documento de identidad	26. Número de documento de identidad	27. Sexo	
	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre			Femenino	Masculino
B1								
B2								
B3								
B4								
B5								

	28. Fecha de nacimiento (D D M M A A A A)	29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad Tipo (F N M T P)	31. Discapacidad Condición	32. Datos de residencia: Municipio / Distrito	Zona: Urbana	Zona: Rural	Departamento	Teléfono fijo y/o celular	33. Valor de la UPC afiliado adicional (a registrar por la EPS)
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)
Cot. 1 de mayo	
B	
B	

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES 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 del documento de identificación:
38. Tipo de aportante o pagador pensiones (a registrar por la EPS):
39. Ubicación: Dirección | Teléfono | Correo electrónico | Municipio / Distrito | Departamento

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad
1. Modificación datos básicos de identificación ( )
2. Corrección datos básicos de identificación ( )
3. Actualización documento de identidad ( )
4. Actualización y corrección de datos complementarios ( )
5. Terminación de la inscripción en la EPS ( ) Código
6. Reinscripción en la EPS ( )
7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales ( )
8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales ( )
9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar ( )
10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando ( )
11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas ( )
12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas ( )
13. Movilidad: A. Régimen Contributivo ( ) B. Régimen Subsidiado ( )
14. Traslado: A. Mismo Régimen (X) B. Diferente Régimen ( )
15. Reporte por 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	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad:
Número de documento de identidad:
Sexo: Femenino ( ) Masculino ( )
Fecha de nacimiento: D D M M A A A A
42. Fecha: D D M M A A A A

43. EPS anterior: CAPITAL SALUD capital salud
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 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. (X)
51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran. (X)
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 (X)
53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto. (X)

VIII. FIRMAS

ERIKA ALEJANDRA VARGAS ZAMBRANO

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario
55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de Oficio

IX. ANEXOS

55. Anexo copia del documento de identidad: CN ( ) Cant. RC ( ) Cant. TI ( ) Cant. CC ( ) Cant. PA ( ) Cant. CE ( ) Cant. CD ( ) Cant. SC ( ) Cant. 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 nuestro ( )
62. Documento en que conste la función de los padres o la declaración s padres. ( )
63. Copia de la autorización de d de Salud. ( )
64. Certificación de vinculación a lectivas. ( )
65. Copia del acto administrativo que conste la calidad de beneficiario o s ( )

10 SEP 2021
Loc 145 Humberto Soto R.
SUJETO A VERIFICACIÓN

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la entidad Territorial: Código del municipio: Código del departamento:
67. Datos del SISBEN: Número de la ficha: Puntaje: Nivel:
68. Fecha de radicacion: D D M M A A A A
69. Fecha de validacion: D D M M A A A A
70. Datos del funcionario que realiza la validación: Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre
Tipo de documento de identidad:
Número de documento de identidad:
71. Firma del funcionario

OBSERVACIONES: aporte octubre

VIGILADO SuperSubsidio

CUESTIONARIO CARTA DE DERECHOS Y DEBERES DEL AFILIADO Y DEL PACIENTE EN EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD Y DE LA CARTA DE DESEMPEÑO

compensar | salud eps

	SI	NO
¿ Previo diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y del Paciente?	X	
¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo la entrega de la carta de Desempeño donde se presenta de manera clara su puesto en el ranking?,	X	
¿Leyó el contenido de la carta de derechos y deberes del afiliado y del paciente?	X	
¿Leyó el contenido de la carta de desempeño de la EPS?	X	
¿Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información fue asesorado adecuadamente por la EPS?	X	

Como cotizante y representante de mi grupo familiar, hago constar mediante mi firma que compartiré la presente carta de derechos y deberes y carta de desempeño de la EPS con mis beneficiarios.

Firma del afiliado: ERIKA ALEJANDRAVARGAS ZAMBRANO

No. Identificación: 1023002849

FIRMA A RUEGO (Diligenciar exclusivamente cuando el cotizante no pueda firmar)

A ruego de (la) señor (a)_____ con C.C. No._____ lo hace en su nombre, el (la) señor(a)_____ con C.C. No._____ mayor de edad y sin ningún impedimento para dar fe de la información que se está entregan[illegible]stigo, certificando que la huella dactilar del dedo índice de la mano derecha pertenece al (la) señor(a) _____



Firma a Ruego: _____

Nombres y apellidos: _____

Identificación: _____

Edad: _____

Dirección _____

de domicilio: _____

Nombres y apellidos de quien no sabe firmar: _____

Identificación: _____

Huella

AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Autorizo de manera voluntaria, explicita, previamente informada e inequívoca a todos los servicios de salud Compensar EPS, de acuerdo a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, Decreto 1377 de 2013 y el Decreto 886 de 2012, para tratar mi información personal, según lo establecido en su Manual de Protección de Datos Personales, disponible en: www.compensar.com / vínculo protección Datos Personales; información que será utilizada en el desarrollo de las funciones propias para:

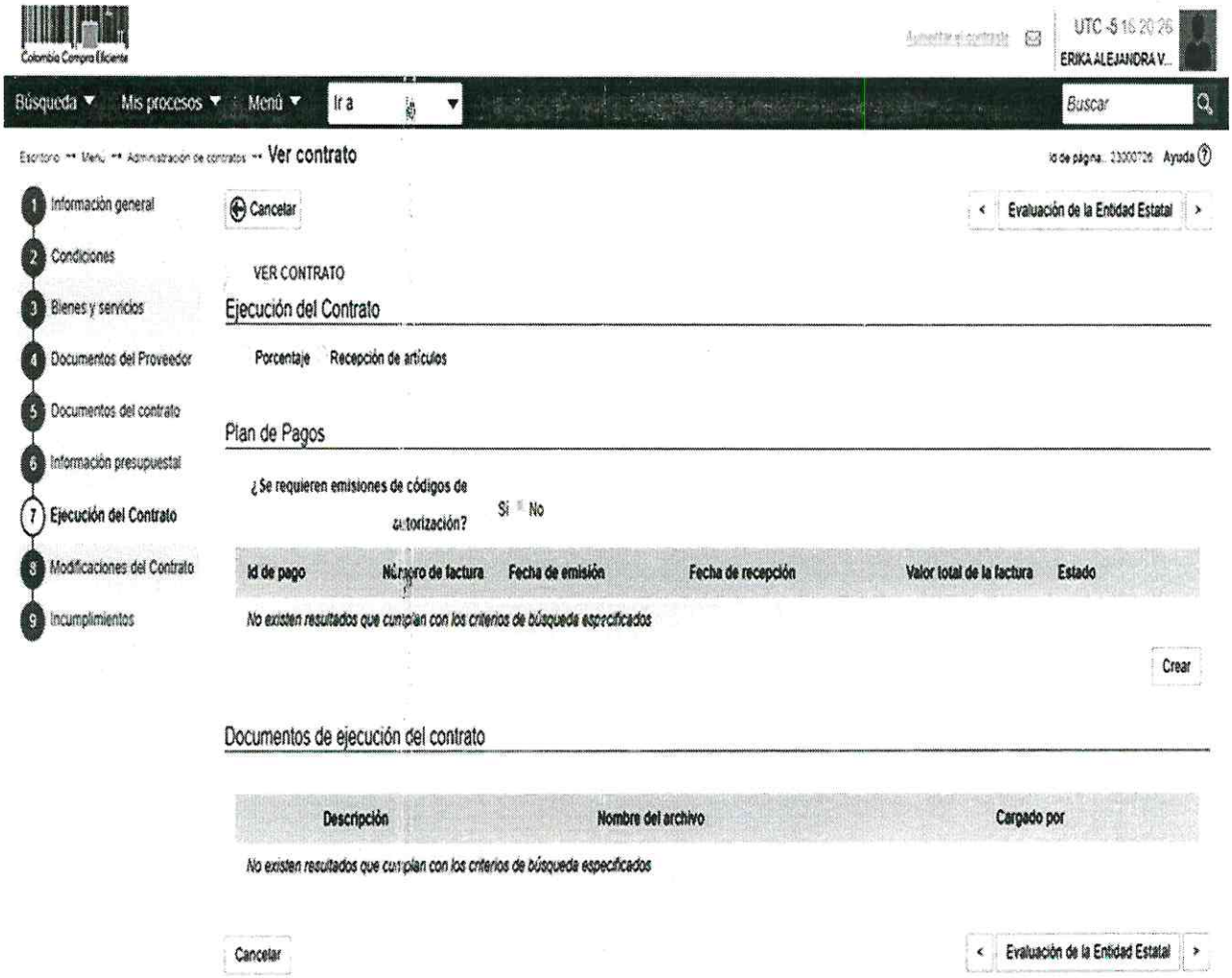
- Dar cumplimiento a obligaciones contraídas conmigo y/o mis beneficiarios.
- Dar cumplimiento a requerimientos legales y de organismos de control.
- Proveer y/o evaluar la calidad de los productos y/o servicios requeridos por mí.
- La realización de estudios internos sobre fines estadísticos y analíticos de los datos, para mejoras de nuestros servicios o programas especializados de atención en salud; información sobre la cual podré, en cualquier momento, ejercer mis derechos de Habeas Data, para solicitar que no se me envíe información de los servicios en los casos que sea pertinente, y que no afecte el servicio de salud prestado por Compensar EPS.
- Transmitir mis datos personales a las administradoras encargadas de la seguridad social, con el fin de actualizar el estado de mi afiliación y/o traslado en el sistema.
- Compartir mis datos personales con la Caja de Compensación Familiar Compensar para efectos de la prestación de servicios de salud.

Cabe anotar, que la protección de los datos personales se efectúa a través de proveedores tecnológicos, con los cuales se tienen firmados contratos de transmisión de información, en aras de cumplir a cabalidad con los principios de acceso de la ley, así como de tomar las medidas técnicas y tecnológicas necesarias para el aseguramiento de los datos.

Como titular de la información personal sobre la que Compensar EPS ejerce el tratamiento, se me informa sobre los canales a través de los cuales puedo ejercer mis derechos a conocer, actualizar, rectificar, suprimir mis datos personales, entre ellos el correo electrónico protecciondedatos@compensar.com, y la central telefónica de la EPS.

La protección de datos personales efectuada por Compensar EPS, cumple con los principios de finalidad, necesidad, circulación restringida, confidencialidad y seguridad señalados en la Ley 1581 de 2012 y manifiesto expresamente que conozco dónde consultar la información sobre protección de datos personales, así como los efectos y alcance de la presente autorización y que estoy libre de todo vicio del consentimiento en el momento de otorgarla.

Firma del afiliado: ERIKA ALEJANDRA VARGAS ZAMBRANO **No. Identificación:** 1023002849


Colombia Compra Eficiente
UTC -5 16:20:26
ERIKA ALEJANDRA V...
Búsqueda
Mis procesos
Menú
Ir a
Buscar
Escritorio ** Menú ** Administración de contratos ** Ver contrato
Id de página: 23000726
Ayuda
1 Información general
2 Condiciones
3 Bienes y servicios
4 Documentos del Proveedor
5 Documentos del contrato
6 Información presupuestal
7 Ejecución del Contrato
8 Modificaciones del Contrato
9 Incumplimientos
Cancelar
Evaluación de la Entidad Estatal
VER CONTRATO
Ejecución del Contrato
Porcentaje
Recepción de artículos
Plan de Pagos
¿Se requieren emisiones de códigos de autorización?
Si
No
Id de pago
Número de factura
Fecha de emisión
Fecha de recepción
Valor total de la factura
Estado
No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados
Crear
Documentos de ejecución del contrato
Descripción
Nombre del archivo
Cargado por
No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados
Cancelar
Evaluación de la Entidad Estatal