Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.

INFORME DE ACTIVIDADES PRESTACIÓN DE SERVICIOS

SIASUR

DATOS DEL INFORME

Periodo a Certificar:	**Desde:**	2022-05-01	**Hasta:**	2022-05-31	
Nombre del Contratista:	JULIET ANDREA OSPINA CARDENAS		**Número de Documento:**	1022938986	
Correo Electrónico:	andrea871202@gmail.com		**Número Telefónico:**	3016734624	
Nombre del Supervisor:	DIANA LUCÍA VALLARINO VILLAREAL	**Cargo:**	PROFESIONAL GESTION ADMINISTRATIVO EN SALUD	**Código - Grado:**	

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	6020-2022	**Año Contrato:**	2022	**CDP Contrato Inicial:**	1073
Perfil:	AUXILIAR DE ENFERMERIA				
Dirección a la que Pertenece:	DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS				
Unidad de Servicios:	USS MEISSEN				

LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS

Centro de Costos	Dirección	Unidad	Número Horas	Número Horas Adicionales	Valor Hora	Total	Procetaje(%) Centro de Costos
C01ME	DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS	USS MEISSEN	186	24	9729	$2043090	112.9%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 2043090**	DOS MILLONES CUARENTA Y TRES MIL NOVENTAPESOS					

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

Fecha de Inicio del Contrato	2022-04-27	**Fecha de Terminación del Contrato Inicial**	2022-07-31

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 3911058	**$ 3911058**	**$ 0**	$ 3911058

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)	ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA

Escaneado con CamScanner

1	Prestar servicios de perfil (auxiliar de enfermería) acorde con la Lex Artis, según necesidad de LA SUBRED SUR E.S.E. de acuerdo a los principios del Sistema General de Seguridad Social (SGSS), Sistema Obligatorio de Garantía y Calidad (SOGC) y demàs normas concordantes.	-CUMPLIR CON EL OBJETO DEL CONTRATO EN COORDINACION CON EL SUPERVISOR ACORDE A LAS NECESIDADES DEL LOS USUARIOS DE LA SUBRED SUR	-AUDITORIAS
2	Realizar actividades de información, educación, comunicación, encaminadas a promover y prevenir la enfermedad y el autocuidado de la salud a nivel individual, familiar y comunitaria.	-BRINDAR INFORMACION A LOS USUARIOS ACERCA NORMAS DE BIOSEGURIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE.	-HISTORIA CLINICA
3	Registrar en la historia clínica la información de la intervenciòn al paciente, plan de cuidados de enfermería, simultánea o inmediatamente después de su realizaciòn, con Integralidad, secuencialidad, racionalidad científica (lógica, clara, completa) y demàs criterios que defina el Ministerio de Salud y Protecciòn Social o Entes competentes que regulan la materia (Resolucion 1995/1999, 839/2017 norma que la modifique,sustituya), e informar de forma oportuna a la enfermera y/o médico del servicio, los cambios en el estado o evolución del paciente.	-RAGISTRAR LAS ACTIVIDADES REALIZADAS A LOS USURIOS DE MANERA OPORTUNA Y VERAZ	-HISTORIA CLINICA
4	Apoyar la elaboraciòn, actualizaciòn de formatos, protocolos, guìas, procedimientos de enfermeria y adherirse a los mismos, incluyendo el diligenciamiento del consentimiento informado en los casos pertinentes garantizando las normas universales de bioseguridad.	-RAGISTRAR LAS ACTIVIDADES REALIZADAS A LOS USURIOS DE MANERA OPORTUNA Y VERAZ	-HISTORIA CLINICA -AUDITORIAS
5	Apoyar el proceso de alta temprana, fortaleciendo conocimientos del paciente y la familia en la promoción de hábitos saludables, autocuidado y cuidados específicos de acuerdo a tratamiento y recomendaciones médicas, dejando registro escrito en la historia clínica y /o documentos destinados por la institución.	-PARTICIPAR EN LA CAPACITACIO DE PROTOCOLOS GUIS Y DE MAS Y PONERLOS EN PRACTICA	-FORMATOS-GUIAS-PROTOCOLOS -PROCEDIMEINTOS
6	Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	-CONTRIBUIR ACTIVAMENTE EN EL PROCESO DE ATENCION SEGURA PARA ASEGUR LA RECUPERACION DE LOS USUARIOS DURANTE LA HOSPITALIZACION	-HISTORIA CLINCIA

INFORMACIÓN DE PAGO					
Entidad Bancaria	BANCOLOMBIA S.A.	**Tipo de Cuenta**	AHORROS	Número de Cuenta	09457272445

Diana Vallarino
Enfermera Jefe
PUAA TP 29868

Juliet Andrea Ospina C.

JULIET ANDREA OSPINA CARDENAS
1022938986

DIANA LUCÍA VALLARINO VILLAREAL
PROFESIONAL GESTION ADMINISTRATIVO EN SALUD

Escaneado con CamScanner

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

B2uXg0ku8H

La Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E. certifica que:

JULIET ANDREA OSPINA CARDENAS

1022938986

Desarrolló el curso de **CURSO DE GESTIÓN INTEGRAL DEL RIESGO PLAN ANTICORRUPCIÓN Y ATENCIÓN AL CIUDADANO 2022**, con una intensidad de 8 horas

Para constancia se firma

27 de mayo de 2022

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur E.S.E.

BOGOTÁ

Escaneado con CamScanner

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

GRSmx5PtN1

La Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E. certifica que:

JULIET ANDREA OSPINA CARDENAS

1022938986

Cumplió satisfactoriamente con la revisión temática de la

INDUCCIÓN INSTITUCIONAL

Para constancia se expide

22 de mayo de 2022

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur E.S.E.

BOGOTÁ

Escaneado con CamScanner

6k9HVNnw45

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

La Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E. certifica que:

JULIET ANDREA OSPINA CARDENAS

1022938986

Recibió actualización en RESPONSABILIDAD SOCIAL con una intensidad de 08 horas

Para constancia se firma

mayo 20, 2022

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur E.S.E.

BOGOTÁ

Escaneado con CamScanner

PJkiZML8QJ

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

La Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E. certifica que:

JULIET ANDREA OSPINA CARDENAS

1022938986

Recibió actualización en **PLATAFORMA ESTRATEGICA 2021 -2024** con una intensidad de 02 horas

Para constancia se firma

mayo 20, 2022

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur E.S.E.

BOGOTÁ

Escaneado con CamScanner

Certificado
Bancario

Miércoles, 23 de febrero de 2022

Señor(a)
A QUIEN PUEDA INTERESAR

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que JULIET ANDREA OSPINA CARDENAS identificado(a) con CC 1022938986, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA DE AHORROS	09457272445	2010/03/09	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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA BANCOLOMBIA S.A. Establecimiento Bancario.

Escaneado con CamScanner

ARL | sura

Medellín, 22 de mayo de 2022

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

CERTIFICA:

Que JULIET ANDREA OSPINA CARDENAS identificado(a) con cédula de ciudadanía 1022938986 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:

Fecha inicio cobertura: 26/04/2022 **Fecha fin cobertura:** 31/12/2022

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: 0000000001 - ASISTENCIAL

CLASE: 3 **PORCENTAJE:** 2,436% **TIPO COTIZANTE:** INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES

ACTIVIDAD ECONÓMICA CENTRO DE TRABAJO:
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

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

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

CODIGO DE ACTIVIDAD: 3851101

CLASE DE RIESGO: 3 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 2,436%

Su pago lo debe realizar con riesgo 3 (2,436 %), 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:
C10229389862214253911

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: 22/05/2022 2.58 PM

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Escaneado con CamScanner

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

compensar | salud eps

No. de Radicación: | Fecha de Radicado: 19/05/2022 | Cindy Hernández | 418

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 [X]
2. Tipo de Afiliado: A. Cotizante [ ] B. Beneficiario [ ] C. Adicional [ ] D. Pensionado [ ]
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 Independiente

II. AFILIACIÓN (1. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (de cotizante o cabeza de familia))

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
OSPINA	CARDENAS	JULIET	ANDREA

7. Tipo de documento de identidad: CC Cédula | 8. Número de documento de identidad: 1022938986 | 9. Sexo: Femenino [X] Masculino [ ] | 10. Fecha de nacimiento: 02/12/1987

B. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia: A. Otra	12. Discapacidad: Tipo Ninguna Cantidad	13. Puntaje SISBEN	14. Grupo de población especial	15. Administradora de riesgos laborales - ARL: Sura	16. Administradora de pensiones: Porvenir

17. Ingreso base de cotización - IBC: 1000000 | 18. Dirección de residencia: CL 49 A BIS SUR # 10D -20 | Teléfono fijo: 7162625 | Teléfono celular: 3016734624

Correo electrónico: andrea871202@gmail.com | Municipio: BOGOTA D.C.-11001 | Zona: Urbana [X] Rural [ ] | Localidad Usaquén: RAFAEL URIBE I | Departamento: Bogotá

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR (Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente con quien)

19. 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

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

Para incluir beneficiarios diligencie la información de los campos desde el 24 hasta el 29

	24. Apellidos y nombres: Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	25. Tipo de documento de identidad	26. Número de documento de identidad	27. Sexo
01							
02							
03							
04							
05							

	28. Fecha de nacimiento	29. Parentesco	30. Hijo	31. Discapacidad: Tipo F	N	M	Cantidad T	P	32. Datos de residencia: Municipio	Zona Urbana	Rural	Departamento	Teléfono fijo para contactar	33. Valor de la UPC adicional adicional (a registrar por la EPS)
01														
02														
03														
04														
05														

Selección de la IPS Primaria

Cód.	34. Nombre de la institución prestadora de servicios de salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
01		
02		
03		

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

35. Nombre o razón social | 36. Tipo de documento de identificación

37. Número de documento de identificación | 38. Tipo de aportante o pagador pensiones (a registrar por la EPS)

39. Dirección | Teléfono | Correo electrónico | Municipio | Departamento

Marque la casilla de la novedad que desea reportar

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad:
1. Modificación datos básicos de afiliación [ ]
2. Corrección datos básicos de afiliación [ ]
3. Actualización documento de identidad [ ]
4. Actualización y corrección de datos complementarios [ ]
5. Terminación de la suspensión en la EPS [ ]
Código
6. Reingreso en la EPS [ ]

7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales [ ]
8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales [ ]
9. Inicio de suspensión notificar o adjuntando los soportes para cotizar [X]
10. Terminación de la suspensión notificar o período de las condiciones para seguir cotizando [ ]
11. Inactivación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas [ ]
12. Conexión a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas [ ]

13. Movilidad:
A. Régimen Contributivo [ ] B. Régimen Subsidiado [ ]
14. Traslado:
A. Mismo Régimen [ ] B. Otro de Régimen [ ]
15. Reporte por fallecimiento [ ]
16. Reporte de término de protección al cesante [ ]
17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado [ ]
18. Reporte de la calidad de Pensionado [ ]

V. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
OSPINA	CARDENAS	JULIET	ANDREA

Tipo de documento de identidad: CC Cédula de Ciudadanía | Número de documento de identidad: 1022938986 | Sexo: Femenino [X] Masculino [ ] | Fecha de nacimiento: 02/12/1987 | 42. Fecha: 27/04/2022

43. EPS anterior: EPS008COMPENSAR EPS | 44. Motivo de traslado (Código según instrucciones anexas) | 45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones

VI. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

46. Declaración de dependencias económicas de los beneficiarios y afiliados adicionales [ ]
47. Declaración de la no obligación de afiliarse a un Régimen Contributivo, Especial o de Excepción [ ]
48. Declaración de residencia de acuerdo con los hechos que impidan la entrega de los documentos que acrediten la condición de beneficiarios [ ]
49. Declaración de la convivencia del cotizante cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en la misma vivienda. Prestadores de Servicios de Salud [ ]
50. Autorización para que la EPS consulte y obtenga datos y grupos de riesgo del cotizante 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, de reporte de novedades a la base de datos de afiliados ante y para entidades públicas que por ley lo requieran [X]
52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales de 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 a correo electrónico así como mensajes de texto [X]

VII. FIRMAS

Juliet Ospina
JULIET ANDREA OSPINA CARDENAS (24 may. 2022 21:11 COT)
54. El cotizante cabeza de familia o beneficiario

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

IX. ANEXOS

56. Anexo copia de documento de identidad: CN [ ] Cert RC [ ] Cert TI [ ] Cert CC [X] Cert 1 PA [ ] Cert CE [ ] Cert CD [ ] Cert SC [ ] Cert Tabs 1
57. Copia del dictamen de discapacidad permanente emitido por la autoridad competente [ ]
58. Copia de registro civil de nacimiento o de escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital [ ]
59. Copia de registro civil de matrimonio, escritura pública, sentencia judicial que declare la separación de bienes 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 de acto administrativo de custodia [ ]
62. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad, o certificado de defunción de los padres con declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres [ ]
63. Copia de la autorización de tratado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud [ ]
64. Certificación de la autoridad autorizada para realizar afiliaciones colectivas [ ]
65. Copia del acto administrativo o providencia con la cual la autoridad competente en la que conste la calidad de beneficiario con ordenes de afiliación de oficio [ ]

X. ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la entidad Territorial: Código de departamento	Código de municipio	67. Datos del SISBEN: Número de la ficha	Puntaje	Nivel	68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación

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:

Independiente / Aporte JUN

Archivos Adjuntos

Adjunte aquí sus documentos | Adjunte aquí sus documentos

Verifique que los documentos requeridos

VIGILADO Supersalud

Escaneado con CamScanner

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

Lee la carta de deberes y derechos, desempeño y ranking de click aquí

	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?	☒	☐
¿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?	☒	☐
¿Leyó el contenido de la carta de derechos y deberes del afiliado y del paciente?	☒	☐
¿Leyó el contenido de la carta de desempeño de la EPS?	☒	☐
¿Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información fue asesorado adecuadamente por la EPS?	☒	☐

¿Autoriza recibir la Carta de Derechos y Deberes y la Carta de Desempeño por medio electrónico?
SI: ☒ Correo electrónico: andrea871202@gmail.com NO: ☐ Me comprometo a consultar en www.compensar/salud

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: Juliet Ospina
JULIET ANDREA OSPINA CARDENAS (19 may. 2022 11:31 CDT)

No. Identificación: 1022938986

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 entregando, quien además actúa como testigo, 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

De manera voluntaria, explícita, previamente informada e inequívoca a todos los servicios de Salud Compensar EPS, de acuerdo a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 y Decreto 1377 de 2013, para tratar mi información personal según lo establecido en el Manual de protección de Datos Personales de Compensar, disponible en: www.compensar.com en el link políticas de privacidad y condiciones de uso; 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.
- Actualizar la información de contacto en las bases de datos de Compensar con la información de contacto registrada ante las Centrales de Información Financiera y Operadores.
- 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 salud; Información sobre la cual en cualquier momento podré ejercer mis derechos de Habeas Data (Actualizar, Revocar, Suprimir, Conocer), 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 y/o menores de edad con la Caja y EPS para los fines relacionados con las funciones propias de Compensar.

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 y suprimir mis datos personales, entre ellos el formulario web https://corporativo.compensar.com/proteccion-de-datos además manifiesto expresamente que conozco y se dónde consultar la información sobre protección de datos personales de Compensar, así como los efectos y alcance de la presente autorización y que estoy libre de todo vicio del consentimiento en el momento de otorgarla.

La protección de datos personales en Compensar EPS, cumple con los principios de finalidad, necesidad, circulación restringida, confidencialidad y seguridad señalados en la Ley 1581 de 2012 y así mismo, 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.

Firma del afiliado: Juliet Ospina
JULIET ANDREA OSPINA CARDENAS (19 may. 2022 11:31 CDT)

No. Identificación: 1022938986

Si su afiliación fue como independiente o vinculó a un beneficiario adicional (UPC), Da clic aquí para consultar como efectuar el pago.

Escaneado con CamScanner

porvenir
sólo hay uno

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS
PORVENIR S.A.
En su condición de administradora del
FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR
NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

JULIET ANDREA OSPINA CARDENAS, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.022.938.986**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 12 de Abril del 2022.

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.

Escaneado con CamScanner