ALCALDIA MAYOR DE BOGOTA D.C.

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

INFORME DE ACTIVIDADES CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS | CO-OPS-FT-11 V7

DATOS DEL INFORME

Periodo a Certificar:	Desde:	16-mar-22	Hasta:	31-mar-22			
Nombre del Contratista:	HEIDY TATIANA SILVA PENAGOS		Cédula:	1033776465			
Correo Electrónico:	hsilvapenag@gmail.com		Teléfono(s):	3008658225			
Nombre del Supervisor - Planta:			Cargo:		Codigo-Grado:		
Nombre del Supervisor - Contratista:	JEISON RODRIGO PARRA TRIANA		Perfil	LIDER DE PROCESO	No. CTO:	6070-2021	
Apoyo tecnico a la supervision - Planta:			Cargo:		Còdigo-Grado:		
Apoyo tecnico a la supervision - Contratista:			Perfil		No. CTO:		

DATOS DEL CONTRATO

NO CONTRATO:	004766	Año Contrato:	2022	C.D.P. CONTRATO INICIAL :	821
PERFIL:	PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN COMO PROFESIONAL PSICOLOGO EN EL ENTORNO COMUNITARIO EN EL MARCO DEL CONVENIO VIGENTE SUSCRITO ENTRE FFDS Y LA SUBRED SUR ESE				
DIRECCION A LA QUE PERTENECE:	DIRECCION DE GESTION DEL RIESGO EN SALUD				
UNIDAD DE SERVICIOS :	SALUD PUBLICA - ENTORNO COMUNITARIO CUIDADOR				

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	Mostrar							
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	Ocultar							
PIC ESPACIO PUBLICO SALUD PUBLICA		SALUD PUBLICA	K30PI				$ 1.934.765	100,00%
							$ -	0,00%
							$ -	0,00%
HONORARIOS	Mostrar							
REMUNERACION	Mostrar							

VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	$ 1.934.765	UN MILLON NOVECIENTOS TREINTA Y CUATRO MIL SETECIENTOS SESENTA Y CINCO PESOS

EJECUCION PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

FECHA INICIO CONTRATO		16/03/2022				FECHA TERMINACION CONTRATO INICIAL	30/04/2022	
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	Marzo	$ 1.934.765
						4		
						5		
						6		
						7		
						8		
						9		
						10		
						11		
						12		
						13		

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 5.562.449	$ 5.562.449	$ 1.934.765	$ 3.627.684

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
	Orientar con charlas educativas para el cuidado, mitigación y prevención del contagio de covid 19 en población general y diferencial.	Durante el mes de marzo se brinda asesoria y acompañamiento en terreno a los usuarios tamizados en las tres localidades donde tiene incidencia la Subred sur, como parte como del proceso de prevención y mitigación del consumo de sustancias psicoactivas, intervenciones individuales según las necesidades identificadas.	FORMATOS DE TAMIZAJES, ASENTIMIENTOS, CONSENTIMIENTOS, LISTADO DE SESIONES.
	Realizar el seguimiento y acompañamiento en forma permanente a casos de VIH- reactivo y sifilis con resultado positivo.	Durante las acciones desarrolladas en el mes de Marzo con NNAJ a quienes se les aplico el tamizaje junto con Assist, Audit, Carlos Craft según su ciclo vital.	MATRIZ SOPORTE FISICO Y ACTAS.
	Implementar espacios comunitarios para el nabordaje del consumo sustancias psicoactivas, red de recursos institucionales y comunitarios.	Desde la estrategia de servicio de acogida juveniles se realizaron movilizaciones distribuida en las tres localidades de la subred sur, donde se da conocer a las demas instituciones publicas y privadas en el deber ser, de la anteriormente mencionada con el fin de trabajar en Pro y bienestar de los NNAJ para prevenir el consumo de	MATRIZ SOPORTE FISICO Y ACTAS.
	Identificar el riesgo por medio de la herramienta ASSIT, AUDIT. (Ligado a una intervención breve, entrevista motivacional.	Desde el perfil de Psicología y luego de aplicar el tamizaje y evidenciar la necesidad de cada uno, se realiza intervenciones individuales en reafirmación de la identidad, prevención del consumo de SPA, toma de decisiones, resolución de conflictos,	FORMATOS DE ACCION Y CRONOGRAMA

ALCALDIA MAYOR DE BOGOTA D.C.	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E	
	INFORME DE ACTIVIDADES CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	CO-OPS-FT-11 V7

	Canalizar a servicios prestadores primarios y complementarios en el marco de la implementación del Modelo Integral de Atención en salud (MIAS), en ofertas sociales, educativas, laborales entre otros.	Durante el abordaje de la estrategia acogida juveniles se realizo canalización oportuna a su EAPB de competencia, junto con intersectorial a cada uno de los usuarios abordados en las diferentes acciones ejecutadas.	ACTAS, VIA TELEFONICA, FORMATO DE CANALIZACIONES.
	Aplicar las herramientas de captación de información de acuerdo a los lineamientos establecidos en el marco del convenio PIC, y propios de la institución.	Se realizo verificación de cada uno de los productos entregados dando cumplimiento según el lineamiento y SDS.	MATRIZ SOPORTE FISICO Y ACTAS.
	Generar escucha activa en espacios comunitarios para la promoción de hábitos saludables, con cuidadoras y lideres, para generar procesos para la autogestión, la autonomía el empoderamiento en prácticas de cuidado y autocuidado.	Se llevaron a cabo aaciones individuales y colectivas en las cuales se brinda a la comunidad concientización frente a estilos y habitos de vida saludable, autocuidado y el fomento de una buena calidad de vida como factores protectores, ante el consumo de sustancias psicoactivas.	ACTAS.
	Buscar acciones de rehabilitación integral e inclusión (social, familiar/ laboral ocupacional, educativa , religiosa,politica, cultural), de las personas con trastornos mentales, sus familias y cuidadores.	Plan de accion que se realiza con el equipo interdisciplinario de acuerdo con las necesidades y dificultades identificadas en el tamizaje a nivel personal, familiar y social donde se orienta a las familias frente a las estrategias de afrontamiento.	TAMIZAJES Y ACTAS
	Realizar el seguimiento presencial y no presencial a cada persona con discapacidad psicosocial asociada a trastorno mental y/o a un familiar o cuidador de esta.	A través de canalizaciones y movilización de red de recuros institucionales.	ACTAS, VIA TELEFONICA, FORMATO DE CANALIZACIONES.
10	Fortalecer habilidades psicosociales adaptativas para un buen trato buscando la prevención de violencia intrafamiliar, violencia por razones de género y prevención de otros eventoscomo la conducta suicida y la violencia entre barras futboleras, a fin de promover la convivencia social y la salud mental.	Brinde psicoeducación en intervención individual y grupal frente a autocuidado reafirmación de la identidad, autoestima, autoconocimiento, derechos sexuales y reproductivos, contención y regulación emocional, prevención de ideación suicida, proyecto de vida, resilencia, toma de decisiones, resolución de conflictos, a través de información de utilidad y estrategias para fomentar la salud mental y la convivencia en el entorno familiar, educativo y social.	ACTAS INFORME MENSUAL
11	Socializar la Linea 106 " Línea de ayuda, intervención psicosocial y/o soporte en situación de crisis" y sus canales de atención.	En cada una de las intervenciones realizadas, se socializaron a los usuarios del servicio de acogida cada una de las linea de atención linea 123, linea 106, linea 141, linea psicoactiva, linea calma exclusiva para hombres y linea purpura, esto con el fin de que la población tenga la oportunidad de recibir atenciónm oportuna.	ACTAS FOLLETOS ENTREGADOS
12	Adherirse al proceso de gestion documental, en la orfganizacion y custodia de los documentos generados	Realice entrega oportuna de los productos acorde a lo solicitado por los lineamientos, tamizajes en conjunto con pruebas ASSIST, AUDIT, soportes de las actividades individuales y grupales entorno a la mitigación de consumo de sustancias psicoactivas bajo el principio de confidencialidad y demás principios éticos.	FORMATOS DE TAMIZAJE, ASENTIMIENTOS, CONSENTIEMIENTOS Y ACTAS
13	cumplir con la disponibilidad asignada, acuerdo al porftafolio de servicios de la E.SE	Realizar apropiación conceptual de los lineamientos suministrados por la SDS y las diferentes herramientas para su respectiva aplicación e implementación acorde a lo solicitado por secretaria y los lineamientos de gestión documental	ACTAS Y LISTADO DE ASISTENCIA
14	Las demas acciones que se requieran de acuerdo a las necesidades de la institucion y del PIC	Apoyar acciones según las necesidades de la institución y del PIC.	LISTADO DE ASISTENCIA
15			

INFORMACIÓN PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL

PERIODO 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	PORVENIR	$ 1.000.000	Sin definir Vr a Cancelar	$ -
SALUD		COMPENSAR		Sin definir Vr a Cancelar	$ -
ARL	3	SURA			$ -
CAJA DE COMPENSACION		NO			$ -

INFORMACIÓN MEDIO DE PAGO

ENTIDAD BANCARIA:	BANCO DE BOGOTÁ	TIPO CUENTA	AHORROS	NRO CUENTA	106678857

Tatiana Silva

HEIDY TATIANA SILVA PENAGOS

NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA

1.033.776.465

CC. NO. CONTRATISTA

0

NOMBRE DEL APOYO TECNICO A LA SUPERVISIÓN

0

Jeisson Rodrigo Parra Triana
C.C. 80724755
Referente Publico

JEISON RODRIGO PARRA TRIANA

NOMBRE DEL SUPERVISOR

LIDER DE PROCESO

2021-02-12

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

compensar salud

No. de Radicación | Fecha de Radicación

I. DATOS DEL TRÁMITE (Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo)

1. Tipo de trámite: A. Afiliación [Y] B. Reporte de Novedades [ ]
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 [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)

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

6. Apellidos y nombres	Silva	Penagos	Heidy	Tatiana
7. Tipo de documento de identidad	CC	8. Número de documento de identidad	1033776465	9. Sexo: Femenino [X] Masculino [ ]

10. Fecha de nacimiento: 11-05-1995

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia | 12. Discapacidad: Tipo [ ] Condición [ ] | 13. Puntaje SISBEN: C16 | 14. Grupo de población especial | 15. Administradora de riesgos laborales - ARL: SURA | 16. Administradora de pensiones: porvenir

17. Ingreso base de cotización - IBC | 18. Residencia: Diagonal 98 j Sur # 1-96 Int 7 - 71 | 3008258225

hsilvapenag@gmail.com Bogotá | Zona Urbana [X] Rural [ ] | Rafael Uribe | 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

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

	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: Femenino	Masculino
B1								
B2								
B3								
B4								
B5								

	28. Fecha de nacimiento	29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad: Tipo	Condición	32. Datos de residencia: Municipio / Distrito	Zona: Urbana	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)

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

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 [ ] 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

Tipo de documento de identidad | Número de documento de identidad | Sexo: Femenino [ ] Masculino [ ] | Fecha de nacimiento | 42. 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 dependencias económicas 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 información 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 única 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 del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones lo 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

Tatiana Silva

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 emitida 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 defunción o acta de entrega del menor.
61. Copia [illegible] cédula.
62. Copia [illegible] ad, o el certificado de defunción de los padres. [illegible] la ausencia de los dos padres.
63. Copia [illegible] Superintendencia Nacional de Salud.
64. Copia [illegible] ara realizar afiliaciones colectivas.
65. Copia [illegible] la solicitud. [illegible] dados competentes en lo que corresponde.

17 MAR 2022
Cód 30 Yady Janeth Aguilar
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 SISBÉN: Número de la ficha | Puntaje | Nivel
68. Fecha de radicación | 69. Fecha de validación
70. Datos del funcionario que realiza la validación

Tipo de documento de identidad | Número de documento de identidad | 71. Firma del funcionario

OBSERVACIONES:

Prestación servicios sujeta aprobación td.

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

VIGILADO Superintendencia Nacional de Salud

V1501.ACV.Sup15402018

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?	☑	☐
¿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: hsilvapenag@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: Tatiana Silva

No. Identificación: 1033776465

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 i.....

Identificac.....

17 MAR 2022
Cod 30 Yady Janeth Aguilar
SUJETO A VERIFICACIÓN

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 envié 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.

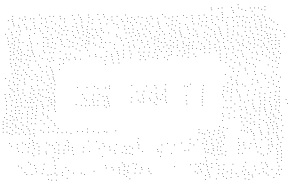
Como titular de la información personal sobre la que Compensar EPS ejerce el tratamiento, se me informa sobre los canales a través de los cuales puedo ejercer mis derechos: a conocer, actualizar, rectificar y suprimir mis datos personales, entre ellos el formulario web https://corporativo.compensar.com/proteccion-de-datos 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: Tatiana Silva

No. Identificación: 1033776465

VIGILADO SUPERSALUD



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:

HEIDY TATIANA SILVA PENAGOS, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.033.776.465,** se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

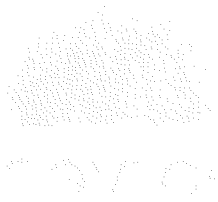
La presente certificación se expide el 22 de Marzo del 2022.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

En este momento de su vida, lo que más le conviene es estar en un fondo privado como Porvenir, ¿por que? porque está acumulando semanas, ahorrando dinero y obteniendo rendimiento.



ARL | sura

Medellín, 22 de marzo de 2022

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

CERTIFICA:

Que HEIDY TATIANA SILVA PENAGOS identificado(a) con cédula de ciudadanía 1033776465 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:

Fecha inicio cobertura: 18/03/2022 **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:
C10337764652208170830

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: 22/03/2022 7.40 PM

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Banco de Bogotá

Nit.860.002.964.4
Calle 36 N° 7-47 Bogotá

REFERENCIA BANCARIA

El BANCO DE BOGOTÁ a solicitud del interesado informa que HEIDY SILVA, identificado(a) con Cedula de ciudadanía número 1.033.776.465 está vinculado(a) con el BANCO DE BOGOTÁ a través de los siguientes productos financieros:

Cuentas de Ahorros No. 106678857, abierta/o desde el 28/8/2016.

Se expide en Bogotá el día 7 del mes de Marzo del año 2022

Firma Autorizada

ESTA INFORMACION ES CONFIDENCIAL Y SE SUMINISTRA SIN RESPONSABILIDAD ALGUNA POR PARTE DEL BANCO

