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:**	2023-05-19	**Hasta:**	2023-05-31	
Nombre del Contratista:	JESSIKA PAOLA CURACAS SANCHEZ		**Número de Documento:**	1117821943	
Correo Electrónico:	jepacusa93@hotmail.com		**Número Telefónico:**	3209730057	
Nombre del Supervisor:	YIZETH MARITZA RONCANCIO GONZALEZ	**Cargo:**	PROFESIONAL ESPECIALIZADO 2	**Código - Grado:**	

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	6188-2023	**Año Contrato:**	2023	**CDP Contrato Inicial:**	1537
Perfil:	AUXILIAR DE ENFERMERIA				
Dirección a la que Pertenece:	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD				
Unidad de Servicios:	USS CANDELARIA I				

LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS

Centro de Costos	Dirección	Unidad	Número Horas	Número Horas Adicionales	Valor Hora	Total	Procetaje(%) Centro de Costos
K26PI	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD	SALUD PÚBLICA	74	0	13372	$989528	100.5%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 989528**	**NOVECIENTOS OCHENTA Y NUEVE MIL QUINIENTOS VEINTIOCHOPESOS**					

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

Fecha de Inicio del Contrato	2023-05-19	**Fecha de Terminación del Contrato Inicial**	2023-07-31

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 6150935	$ 6150935	$ 0	$ 6150935

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	1. Desarrollar acciones integrales de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y gestión del riesgo según curso de vida de acuerdo a las necesidades de la población desde los diferentes espacios de vida cotidiana y/o componentes del plan de intervenciones colectivas.	-Realizar proceso de verificación ,observación e indagación según curso de vida.	----Se Genera canalizar con solicitud especifica.
2	2. Garantizar la calidad, veracidad y cumplimiento de los productos concertados, presentar informes y reportes en la periodicidad definida y asistir a procesos de preauditorias y auditorias internas y externas según requerimiento.	--Asistencia y participación en cada una de las concentraciones proyectadas según micro plantación. --	--Acta de participación y asistencia.
3	3. Garantizar la custodia y protección de los documentos físicos y magnéticos entregados para la elaboracion de sus actividades.	-Entrega oportuna clara y veraz de cada formato implementado según lineamientos,protocolos, -	---Entrega de formatos en tiempo real.
4	4. Activar los procesos de referencia y contrareferencia dando respuesta a las necesidades identificadas en la comunidad (activación de rutas y canalizacion).	-Realizar proceso de verificación ,observación e indagación según curso de vida basados en la Necesidad del usuario. ---	--Se Genera canalizar con solicitud especifica.
5	5. Informar a tiempo cualquier eventualidad que interfiera en el adecuado cumplimiento de los objetivos establecidas.	-Dar conocer el portafolio de servicios el aplica según grupo de edad para logar la disminuir los riesgos de morbi-mortalidad. -- -	-Formato de canalizaciones debidamente diligenciado
6	6. Realizar acciones y seguimiento a las estrategias del programa Ampliado de Inmunización.	-Diligenciamiento adecuado y con calidad del formato SIS 150 de la estrategia extra mural (registro diario de vacunados), previa verificación del antecedente vacuna (físico/digital) de la población encontrada durante la ejecución de las tácticas extra murales - -	-formato SIS 150.
7	7. Busqueda activa de población pendiente por iniciar, continuar y completar esquemas de vacunación en las tácticas extramurales, seguimiento a cohortes, jornadas (nacionales, distritales y locales) para su vacunación.	-Diligenciamiento adecuado táctica casa a casa: censo viviendas, consolidado casa a casa, mapa con identificac -ión de manzanas intervenidas y semaforización de cobertura - -	-Formato diligenciado con calidad y veracidad.
8	8 Participar activamente en los espacios de fortalecimiento tecnico convocados por la institucion o par la SDS.	-Asistencia y participación a las diferentes convocatorias intra y extra para fortalecimiento fisico y mental.	---Acta de asistencia y participación.
9	9. Desarrollar las actividades de vacunacion dando cumplimiento a los procesos y procedimientos establecidos por la institucion y del programa Ampliado de inmunizaciones.	-Registro con información clara y veraz en el registro de las vacunas en cada formato o consentimiento para los padres o cuidadores de la población objeto para cada biológico. -	---Sis de registro diario
10	10. Prestar servicios de atención o intervencion integral al usuario con calidad, oportunidad y humanizacion.	--Actualización y registro con calidad de los usuarios vacunados en el seguimiento telefónico realizado por cohortes según asignación de la profesional extramural --	--Drive con menores agendados a diario y aplicativo 2.0 y retroalimentación de los seguimientos efectivos y reprogramados

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
11	11. Organizar y entregar el archivo correspondiente a su intervención conforme al proceso de gestión documental.	--Realizar con calidad y veracidad el proceso de gestión documental según indicaciones del proceso de archivo en cada una de las actividades programadas. -	---Carpetas con formatos debidamente organizada y foliada según protocolo de gestión documentos
12	12. Las demas que sean concertadas con el supervisor del contrato según necesidad del PIC.	-Dar cumpliendo a las actividades asignadas por parte de cada líder según lo indicado en la microplameacion diaria. - -	--Asistencia y participación en las actividades dia

INFORMACIÓN DE PAGO					
Entidad Bancaria	BANCO AV VILLAS	**Tipo de Cuenta**	AHORROS	**Número de Cuenta**	060809030

Jessika Curacas

JESSIKA PAOLA CURACAS SANCHEZ
1117821943

Yizeth M. Roncancio G

YIZETH MARITZA RONCANCIO GONZALEZ
PROFESIONAL ESPECIALIZADO 2

© Siasur - 2023

nueva eps

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) JESSIKA PAOLA CURACAS SANCHEZ identificado(a) con CC 1117821943 se encuentra afiliado a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de	01/06/2017
Estado de la Afiliación:	CANCELADO
IPS:	BIENESTAR SEDE CENTENARIO
Categoría:	SISBEN-1

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para QUIEN INTERESE, a los 13 días del mes de mayo del año 2023.

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

Powered by 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 800.224.808-4

CERTIFICA QUE:

JESSIKA PAOLA CURACAS SANCHEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.117.821.943,** se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir.**

La presente certificación se expide el 12 de Mayo del 2023.

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.

Powered by CamScanner

Actuamos con claridad

Autorización Tratamiento de Datos Personales

En mi calidad de titular de mi información personal autorizo de manera expresa y previa a Colmena Seguros identificada con el NIT 800.226.175-3, ubicada en la Calle 72 No. 10-71 Piso 6, con Teléfono (601) 5141592 y a sus sucesores, cesionarios o a quien represente u ostente sus derechos, para que directamente o a través de terceros, realicen el siguiente tratamiento sobre mi información personal, a través de medios físicos o digitales o electrónicos:

AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DATOS SENSIBLES

Autorizo que mi huella digital sea capturada por la Aseguradora, mis datos morfológicos (los obtenidos de fotografías, grabaciones de video o captura de iris, entre otros) así como datos de salud se recolecten, almacenen, usen, circulen, supriman y, en general, se traten en procesos de identificación de condiciones de asegurabilidad para brindar coberturas del seguro, para garantizar la seguridad en sus instalaciones, y prevenir el fraude o suplantación.

Declaro que me han informado de manera adecuada y suficiente sobre las finalidades con las cuales tratarán este dato sensible, y conozco que no me encuentro obligado a autorizar su tratamiento. Sin embargo, entiendo que estos usos buscan dar más seguridad a mis datos en el desarrollo de mi relación contractual y lo encuentro razonable.

AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE OTROS DATOS PERSONALES

Autorizo a Colmena Seguros (Responsable), a quien represente sus derechos y a quien llegue a actuar como cesionario de los mismos, de forma previa, expresa, inequívoca e irrevocable, a tratar mi información personal, o la de mi representado, mientras se encuentren vigentes las siguientes finalidades:

- Para cumplir con los derechos y exigir las obligaciones de la relación contractual existente, directamente o a través de terceros contratados por la Aseguradora para ejercer labores propias de su objeto social (Encargados)(Ej: la administración del seguro para envío de pólizas, información sobre el seguro adquirido, intermediarios y reaseguradores, actividades de cobranza, entrega de correspondencia, procesos operativos o de riesgos, proveedores de tecnología entre otros). Colmena Seguros implementará medidas de seguridad destinadas a proteger la identidad del titular.

- Para solicitarme directamente, o verificar con los Operadores de Información o las Agencias de Información Comercial, nacionales o del exterior, toda la información relacionada con mi comportamiento financiero, comercial y crediticio, y el cumplimiento de mis obligaciones crediticias y la proveniente de terceros países, incluyendo información relacionada con los aportes realizados al Sistema de Seguridad Social. También para consultarla, confirmarla, reportarla, analizarla, actualizarla, conservarla y retirarla.

Colmena Seguros

Powered by CamScanner



Autorización Tratamiento de Datos Personales

- Para transferirla a las autoridades nacionales o internacionales en cumplimiento de las normas, referidas a la prevención de actividades ilícitas y al intercambio o suministro de información para efectos tributarios.

- Para actualizar, conservar, procesar, recopilar y utilizar mi información personal, y/o la documentación entregada en virtud de la relación contractual.

- Para que me brinden asesoría o asistencia para administrar los productos y servicios de la entidad.

- Para enviarme a la dirección de correo electrónico y demás datos de contacto que registre, las comunicaciones y reportes de tipo legal y comercial que se requieran.

- Para compartir mis datos de contacto y de titularidad de productos financieros con las entidades que forman parte de la Organización liderada por Fundación Grupo Social al que Colmena Seguros pertenece, para ofrecer sus productos y servicios que son complementarios a los ofrecidos por la Aseguradora. Las empresas que conforman la Organización liderada por Fundación Grupo Social se encuentran publicadas en el aviso de privacidad que podrá consultar en la página web de la Entidad. https://www.colmenaseguros.com/servicio-cliente/Paginas/Proteccion-de-datos.aspx.

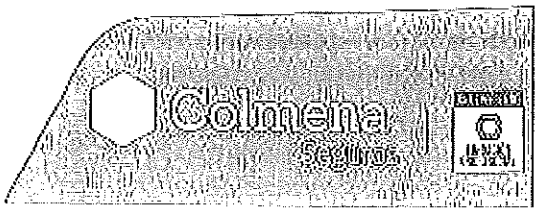
Autorizo para que mi información personal sea compartida con aliados de la Aseguradora para las siguientes finalidades:

- Para realizar estudios sobre mis gustos, hábitos e intereses. Sí X No ___

- Para el ofrecimiento de bienes, productos o servicios financieros complementarios a los adquiridos con la Aseguradora. Sí X No ___.

- Para el ofrecimiento de bienes, productos y servicios que puedan ser de mi interés, mediante la realización de campañas comerciales o el desarrollo de convenios de marca compartida. Sí X No ___

Con la firma de la presente autorización declaro que me fueron informados los aliados y terceros con quienes se compartirá la información para cada una de las anteriores finalidades y que se me informó de manera clara que los podré consultar en la página web www.colmenaseguros.com, y que dicha información se actualizará cada vez que surjan cambios en los aliados y terceros.



Powered by CamScanner

Actuamos con claridad

Autorización Tratamiento de Datos Personales

CON LA FIRMA DE LA PRESENTE AUTORIZACIÓN DECLARO QUE HE SIDO INFORMADO QUE:

1. Esta autorización permanecerá vigente, hasta tanto sea revocada y podrá ser revocada en los eventos previstos en la ley, y siempre y cuando no exista ningún tipo de relación con la Aseguradora o no se encuentre vigente algún producto o servicio derivado de esta autorización.

2. Me asisten los derechos a consultar, actualizar, rectificar y suprimir o revocar el consentimiento, esto último cuando no medie un deber legal o contractual que lo impida.

3. Que los canales dispuestos por Colmena para ello son los establecidos en el aviso de privacidad que podré consultar en https://www.colmenaseguros.com/servicio-cliente/Paginas/Proteccion-de-datos.aspx.

4. Que a través de dichos canales podré revocar el consentimiento otorgado respecto las "Finalidades no esenciales"

5. Que las Políticas bajo las cuales se tratarán mis Datos Personales se encuentran a mi disposición en la página web de Colmena en el enlace https://www.colmenaseguros.com/imagenescolmenaARP/contenido/proteccion-datos/Politica-de-proteccion-de-datos-personales.pdf

6. Que podré consultar el listado de los contratistas que la Entidad ha dispuesto para ejercer las labores propias de su objeto social en la página web la Entidad.

Para constancia de aceptación se firma a los 19 ( ), días del mes Mayo ( ) del año 2023

Firma: Jessica Corrales

Nombre: Jessica Paola Corrales Sanchez.

Identificación: 1.117.821.943

Colmena seguros

Powered by CamScanner

Banco AV Villas

NIT: 860.035.827-5
CRA. 13 No. 27-47 P-24 BOGOTA D.C.

Este es el certificado de tu
Cuenta de Ahorros - Cuenta Móvil No. 060809030

El Banco AV Villas certifica que: **Jessika Paola Curacas Sanchez**
identificada con el documento No. 1117821943, tiene en la oficina CIUDAD MONTES (046) una Cuenta de Ahorros - Cuenta Móvil No. 060809030 desde el 31 de enero de 2023.

Fecha de expedición: 15/05/2023

Powered by CamScanner

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

yJ19cxO1Lj

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

JESSIKA PAOLA CURACAS SANCHEZ

1117821943

Cumplió satisfactoriamente con la revisión temática de la

INDUCCIÓN INSTITUCIONAL

Para constancia se expide

24 de mayo de 2023

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

BOGOTÁ

Powered by CamScanner

Colmena Seguros

NIT: 800226175-3
Línea Efectiva: 018000-9-19667

UNA EMPRESA DE FUNDACIÓN GRUPO SOCIAL

CERTIFICACION DE AFILIACION TRABAJADOR

Colmena seguros se permite certificar que el (la) trabajador(a) mencionado(a) a continuación se encuentra (ó) afiliado(a) a esta administradora de riesgos laborales bajo los siguientes datos:

NOMBRE:	CURACAS SANCHEZ JESSIKA PAOLA
IDENTIFICACION:	CC 1117821943
INICIO DE VIGENCIA:	25/05/2023
FIN DE VIGENCIA:	28/02/2024
TIPO DE TRABAJADOR:	INDEPENDIENTE
CLASE RIESGO TRABAJADOR INDPTE:	III
TASA RIESGO:	2.436
INGRESO MENSUAL:	$ 2460374
ESTADO ACTUAL:	VIGENTE

DATOS CONTRATANTE

RAZON SOCIAL:	SUBRED INTEGRADA DEL SUR HOSPITAL EL TUNAL
CC /NIT:	900958564
ESTADO ACTUAL:	Empresa no afiliada a esta ARL

La presente se expide a los 25 días del mes de Mayo del año 2023.

Cordialmente,

Elba Cuadros Corredor
Dirección de Canales
Colmena seguros

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA Colmena Seguros S.A.

Ver Informe de Activid | Mis archivos - OneDrive | Correo Jessika Paola C | Inicio | Nueva pestaña | Unir PDF online | Com | +

secop.gov.co/COLMarketplace/

Actualizar

Google | Facebook - Entra e... | YouTube | Iniciar sesión | Gmail | WhatsApp Web

UTC -5

jessika paola sur...

Búsqueda | Mis procesos | Menú | Ir a | Buscar

Escritorio

Ayuda

OPORTUNIDADES RECIENTES

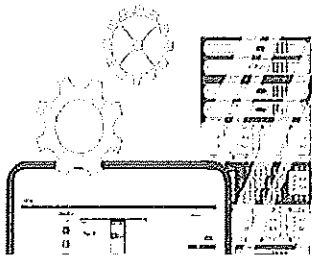
No se han encontrado

ÚLTIMAS OFERTAS

No se han encontrado

Sugerencias SECOP

Haga clic para acceder a la ayuda



Mantenimiento en SECOP II

Desde sábado 27 de mayo - 10:01
Hasta sábado 27 de mayo - 13:00

El Servicio de proveedor ya se encuentra disponible.

Haga clic aquí para activarlo. Después de la activación la disponibilidad del servicio puede variar hasta 10 minutos.

Ya está asociado a una empresa

Si es necesario, para solicitar acceso a otra empresa, puede ir a "Configuraciones del Usuario > Mis registros".

Mensajes Todos

Sin mensajes...

Ver información de

Oportunidades de n Recientes

jessika_merged.pdf | jessika.pdf | ARL 1117821943.pdf | Mostrar todo

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

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva EPS

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. TIPO DE TRÁMITE: A. AFILIACIÓN [X] B. REPORTE DE NOVEDADES [ ]
2. TIPO DE AFILIACIÓN: A. Individual — B. Cotizante o cabeza de familia [X]
3. RÉGIMEN: C. Contributivo [X] S. Subsidiado [ ]
4. TIPO DE AFILIADO: CO Cotizante [X] CF Cabeza de Familia [ ] BE Beneficiario [ ]
5. TIPO DE COTIZANTE: [X]
FECHA DE LA SOLICITUD: 15 | 05 | 2023

II. AFILIACIÓN

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

6. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS
PRIMER APELLIDO: Curacas — SEGUNDO APELLIDO: Sanchez — PRIMER NOMBRE: Jessika — SEGUNDO NOMBRE: Paola
7. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: [X] — 8. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1.117.821.943 — 9. SEXO: [X]
10. FECHA NACIMIENTO: 01 | 02 | 1993 — 11. NACIONALIDAD: Colombiana

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

14. DISCAPACIDAD: SI [ ] NO [X] — CATEGORÍA DE DISCAPACIDAD [ ]
15. CLASIFICACIÓN DEL SISBEN: NIVEL A — GRUPO A 5
17. AFP: Colmena — ARL: Porvenir
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR: Compensar
UBICACIÓN O DIRECCIÓN DE RESIDENCIA: cll 17 sur # 29C-28
LOCALIDAD / COMUNA: Antonio Nariño — BARRIO: La fraqua
CIUDAD / MUNICIPIO: Bogota D.C — DEPARTAMENTO: Cundinamarca — ZONA: URBANA [X]
TELÉFONO FIJO:
TELÉFONO MÓVIL: 3209730057 — CORREO ELECTRÓNICO: Jepacusa93@hotmail.com — IPS: Bienestar IPS — IPS ODONTOLÓGICA:

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

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

	27. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS DE LOS BENEFICIARIOS	TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	29. NÚMERO DE IDENTIDAD	NACIONALIDAD	SEXO	FECHA NACIMIENTO	PARENTESCO	DISCAPACIDAD
1	Conrado Curacas Maria Jose	X	1.117.836.649	Colombia	X	16 01 2015	Hija	X
2								
3								
4								
5								

33. DATOS DE RESIDENCIA

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES Y/O INDEPENDIENTE POR PRESTACIÓN DE SERVICIO O DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

Nombre o Razón Social: Jessika Paola Curacas — TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: [X] — Número documento de identidad: 1117821943
DIRECCIÓN: cll 17 sur # 29C-28 — Bogota D.C — Cundinamarca — Jepacusa93@hotmail.com
3209730057 — FECHA INICIO DE RELACIÓN LABORAL: — CARGO: Aux. Enfermeria — OCUPACIÓN: Valuración — SALARIO: 2.400.000

D. REPORTE DE NOVEDADES

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

Jessika Paola Curacas S. — C.C 1117821943 — 2023

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

IX. FIRMAS

X. ANEXOS

XI. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL Y/O INSTITUCIONES RESPONSABLES DE POBLACIONES ESPECIALES

Clasificación: A5 — SI [ ] NO [X]

XII. DATOS DE LA INSTITUCIÓN Y DEL FUNCIONARIO QUE VALIDA LA INFORMACIÓN

ORIGINAL: EPS

Powered by CamScanner

ENTREGA CARTA DE DERECHOS Y DEBERES Y CARTA DE DESEMPEÑO

nueva eps

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

Yo, Jessika Paola Cuevas Sanchez identificado (a) con [ ] [ ] [X] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] número 1117821943 de San Vicente Caguan certifico que.

1 ¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la carta de derechos y deberes del afiliado y del paciente?	SI[X] No[ ]
2 ¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la carta de desempeño donde se presenta de manera clara su puesto en el ranking?	SI[X] No[ ]
3 ¿Leyó el contenido de la carta de derechos y deberes del afiliado y del paciente?	SI[X] No[ ]
4 ¿Leyó el contenido de la carta de desempeño de la EPS?	SI[X] No[ ]
5 ¿Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información, fue asesorado adecuadamente por la EPS?	SI[X] No[ ]

Así mismo autorizo a NUEVA EPS, para que envíe información al teléfono celular No. 3209133005 y/o correo electrónico Jepacuevas93@hotmail.com

SI[X] No[ ]

Autorizo la entrega de la carta de Derechos y Deberes del Afiliado y carta de Desempeño, en formato electrónico SI[X] No[ ]

Cordialmente:

Firma: Jessika Cuevas

Tipo ID: C.C No. ID: 1117821943

Fecha de Solicitud: 15 mayo 2023

Dirección: Cll 17 sur # 29c-28

Tel: 3209133005 Municipio Bogota D.C

Departamento: Cundinamarca

Manifiesto con mi firma la aceptación de todas las cláusulas y términos incorporados en el presente formato y el consentimiento expreso, previo e informado en relación con el tratamiento de mis datos personales por parte de NUEVA EPS S.A. en cuanto a la forma para el tratamiento de datos personales de la NUEVA EPS S.A.

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

Firma:

Tipo ID: _____ No. ID: _____

Fecha (dd/mm/aaaa): _____

Dirección: _____

Tel: _____ Municipio _____

Departamento: _____

Huella

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 1999, 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 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.A., a través de los siguientes mecanismos que ponemos a su disposición:

Sitio web: www.nuevaeps.co

Régimen Contributivo

Línea Gratuita: 01 8000 954400

Línea de atención en Bogotá: (601) 307 7022

Régimen Subsidiado:

Línea Gratuita: 01 8000 95 2000

Línea de atención en Bogotá: (601) 307 7051

Oficinas de atención al afiliado de NUEVA EPS S.A

Conmutador: (601) 419 3000

Dirección Administrativa: Carrera 65 No. 18A - 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 y relacionados con la administración y prestación de servicios en salud, Plan Obligatorio de Salud (POS) acuerdo con la Ley 1581 de 2012 "Habeas Data", dicho tratamiento podrá implicar la trasferencia, trasmisión y/o recepción de los datos y el cual se realizará a través de sí mismo, terceros encargados del 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

ADMINISTRADORA DE PENSIONES	ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES	ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES	INGRESO BASE DE COTIZACIÓN	PAGO PILA	MODERADOR
Porvenir	Colmena	Porvenir	$2.400.000	SI[X]	SI[ ] NO[X]

Tipo Cotizante	Subtipo	Tipo Afiliado	Actividad Económica	Ocupación
03 Independiente	00	03 Cotizante	1 Actividad Económica	3256

Posición Ocupacional	Pago Empleador	Contrato	Tiempo Parcial
1	[ ]	[X]	[ ]

Indice Contrato	Fijo Contrato

INFORMACIÓN PARA SER DILIGENCIADA POR LA EPS

Nombre del ASESOR o PROMOTOR	CODIGO ASESOR o PROMOTOR	Nombre de OFICINA

Powered by CamScanner