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:**	2023-05-09	**Hasta:**	2023-05-31	
Nombre del Contratista:	DANIELA RODRIGUEZ ABELLA		**Número de Documento:**	1000712819	
Correo Electrónico:	rdaniela0520@gmail.com		**Número Telefónico:**	3214482633	
Nombre del Supervisor:	YIZETH MARITZA RONCANCIO GONZALEZ	**Cargo:**	PROFESIONAL ESPECIALIZADO 2	**Código - Grado:**	

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	6094-2023	**Año Contrato:**	2023	**CDP Contrato Inicial:**	1026
Perfil:	TECNICO I PIC				
Dirección a la que Pertenece:	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD				
Unidad de Servicios:	SALUD PÚBLICA				

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	135	0	13372	$1805220	100.1%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 1805220**	**UN MILLON OCHOCIENTOS CINCO MIL DOSCIENTOS VEINTEPESOS**					

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

Fecha de Inicio del Contrato	2023-05-09			**Fecha de Terminación del Contrato Inicial**	2023-05-31
No. Prorroga	**Fecha Inicio**	**Fecha Terminación**	**No. Adición**	**Valor Adición**	**CDP**
1	2023-05-01	2023-07-31	1	$ 1804402	1551

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 2460374	$ 4264776	$ 0	$ 4264776

	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.	-Diligenciamiento de formato sis150 con claridad y veracidad con los datos de la aplicación de cada biológico según la estrategia. Según micropalneacion	--Formato sis 150
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 pre auditorias y auditorías internas y externas según requerimiento.	-Diligenciamiento de formato de censo de viviendas, con calidad y veracidad según barrio intervenido con su respectivo según corresponde. -c	-censo de vivienda y mapa
3	3. Garantizar la custodia y protección de los documentos físicos y magnéticos entregados para la ejecución de sus actividades.	-sistencia y participación en cada una de las concentraciones proyectadas según micro planeación. -	-Acta con la descripción de lo aplicada en cada concentración
4	4. Activar los procesos de referencia y contrareferencia dando respuesta a las necesidades identificadas en la comunidad (activación de rutas y canalización)	--Registro con información clara y veraz. en el registro de las vacunas en cada formato o consentimiento de VPH para los padres o cuidadores de la población objeto para cada biológico. -	-consentimiento informado de vph y registro del diligenciamiento del carne de vacunas o del TUV con las vacuna administrada.
5	5. Informar a tiempo cualquier eventualidad que interfiera en el adecuado cumplimiento de los objetivos establecidos.	-Seguir conducto regular dando a conocer las novedades presentadas en el desarrollo de cada actividad. -	-Acta de socializacion.
6	6. Realizar acciones y seguimiento a las estrategias del programa Ampliado de Inmunización.	-Realizar la verificación en el aplicativo distrital 2.0 de los esquemas de vacunación, actualización de datos de menores de una cada base entregas. -	-Drive con retroalimentación menores según la necesidad con agendamiento efectivo.
7	7. Búsqueda 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	-Realizar la verificación en el aplicativo distrital 2.0 realizar llamado telefónico a cada uno de los usuarios objetos del programa según cohorte asignada. -	-Drive con menores agendados a diario y aplicativo 2.0 y retroalimentación de los seguimientos efectivos y reprogramados. Menores vacunados según agendamiento por parte de la cohorte
8	8. Participar activamente en los espacios de fortalecimiento técnico convocados por la institución o por la SDS.	-Dar conocer el portafolio de servicios el aplica según grupo de edad para logar la disminuir los riesgos de morbimortalidad. -	--Formato de canalizaciones debidamente diligenciado con la activación de ruta según la necesidad
9	9. Desarrollar las actividades de vacunación dando cumplimiento a los procesos y procedimientos establecidos por la institución y del programa Ampliado de Inmunizaciones.	-Dar a conocer inconformidades individuales o grupales para minimizar problemáticas, siguiendo el conducto regular, asistencia y participación en cada uno de los espacios convocados por el programa o sus trasversalidades.	--Acta de comité PAI extramural -actas de socialización de novedades

© Slasur - 2023

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
10	10. Prestar servicios de atención e intervención integral al usuario con calidad, oportunidad y humanización.	--Verificacion de comportamientos de las coberturas a diario .	--Tableros de control.
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 documental
12	12. Las demás 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 diarias

INFORMACIÓN DE PAGO					
Entidad Bancaria	BANCO CAJA SOCIAL - BCSC S.A.	**Tipo de Cuenta**	AHORROS	**Número de Cuenta**	24120487761

Daniela Rodriguez

DANIELA RODRIGUEZ ABELLA
1000712819

Yizeth M Roncancio G

YIZETH MARITZA RONCANCIO GONZALEZ
PROFESIONAL ESPECIALIZADO 2

© Siasur - 2023

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

LTKFqA8up5

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

DANIELA RODRIGUEZ ABELLA

1000712819

Cumplió satisfactoriamente con la revisión temática de la

INDUCCIÓN INSTITUCIONAL

Para constancia se expide

18 de mayo de 2023

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

BOGOTÁ

ARL | SURA

Medellín, 23 de mayo de 2023

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

CERTIFICA:

Que DANIELA RODRIGUEZ ABELLA identificado(a) con cédula de ciudadanía 1000712819 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:

Fecha inicio cobertura: 10/05/2023 **Fecha fin cobertura:**

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

SUB RED SUR N900958564

ACTIVIDAD ECONÓMICA:
3881001 - ACTIVIDADES DE HOSPITALES Y CLÍNICAS, CON INTERNACIÓN, COMPRENDE LAS ACTIVIDADES QUE CONSISTEN PRINCIPALMENTE EN LABORATORIO CLÍNICO, ENDOSCOPIA, PATOLOGÍA ETC, CUANDO SE PRESTAN A PACIENTES INTERNOS LA ATENCIÓN DE PACIENTES INTERNOS, QUE SE REALIZA BAJO LA SUPERVISIÓN DIRECTA DE MÉDICOS Y ABARCA: LA ATENCIÓN OCONTOLÓGICA A PACIENTES INTERNOS EN HOSPITALES CUANDO SE PRESTA POR PROFESIONALES VINCULADOS A LA INSTITUCIÓN DE INTERNACIÓN; EL SERVICIO DE PERSONAL MÉDICO GENERAL Y ESPECIALIZADO Y PARAMÉDICO EN: SERVICIO DE COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA: REHABILITACIÓN (POR TERAPISTAS), OPTOMETRÍA, PSICOLOGÍA, NUTRICIÓN, FONOAUDIOLOGÍA, ETC, CUANDO SE PRESTAN A PACIENTES INTERNOS, SERVICIOS DE URGENCIAS SERVICIOS DE QUIRÓFANOS, SERVICIOS DE FARMACIA, SERVICIOS DE COMIDA A PACIENTES INTERNOS Y OTROS SERVICIOS HOSPITALARIOS; SERVICIOS DE CENTROS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR QUE PROPORCIONAN TRATAMIENTO MÉDICO TALES COMO ESTERILIZACIÓN E INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO, CUANDO SE REALIZAN CON INTERNACIÓN

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:
3881001 - ACTIVIDADES DE HOSPITALES Y CLÍNICAS, CON INTERNACIÓN, COMPRENDE LAS ACTIVIDADES QUE CONSISTEN PRINCIPALMENTE EN LABORATORIO CLÍNICO, ENDOSCOPIA, PATOLOGÍA ETC, CUANDO SE PRESTAN A PACIENTES INTERNOS LA ATENCIÓN DE PACIENTES INTERNOS, QUE SE REALIZA BAJO LA SUPERVISIÓN DIRECTA DE MÉDICOS Y ABARCA: LA ATENCIÓN OCONTOLÓGICA A PACIENTES INTERNOS EN HOSPITALES CUANDO SE PRESTA POR PROFESIONALES VINCULADOS A LA INSTITUCIÓN DE INTERNACIÓN; EL SERVICIO DE PERSONAL MÉDICO GENERAL Y ESPECIALIZADO Y PARAMÉDICO EN: SERVICIO DE COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA: REHABILITACIÓN (POR TERAPISTAS), OPTOMETRÍA, PSICOLOGÍA, NUTRICIÓN, FONOAUDIOLOGÍA, ETC, CUANDO SE PRESTAN A PACIENTES INTERNOS, SERVICIOS DE URGENCIAS SERVICIOS DE QUIRÓFANOS, SERVICIOS DE FARMACIA, SERVICIOS DE COMIDA A PACIENTES INTERNOS Y OTROS SERVICIOS HOSPITALARIOS; SERVICIOS DE CENTROS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR QUE PROPORCIONAN TRATAMIENTO MÉDICO TALES COMO ESTERILIZACIÓN E INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO, CUANDO SE REALIZAN CON INTERNACIÓN

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

ACTIVIDAD ECONÓMICA:
3881001 - ACTIVIDADES DE HOSPITALES Y CLÍNICAS, CON INTERNACIÓN, COMPRENDE LAS ACTIVIDADES QUE CONSISTEN PRINCIPALMENTE EN LABORATORIO CLÍNICO, ENDOSCOPIA, PATOLOGÍA ETC, CUANDO SE PRESTAN A PACIENTES INTERNOS LA ATENCIÓN DE PACIENTES INTERNOS, QUE SE REALIZA BAJO LA SUPERVISIÓN DIRECTA DE MÉDICOS Y ABARCA: LA ATENCIÓN OCONTOLÓGICA A PACIENTES INTERNOS EN HOSPITALES CUANDO SE PRESTA POR PROFESIONALES VINCULADOS A LA INSTITUCIÓN DE INTERNACIÓN; EL SERVICIO DE PERSONAL MÉDICO GENERAL Y ESPECIALIZADO Y PARAMÉDICO EN: SERVICIO DE COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA: REHABILITACIÓN (POR TERAPISTAS), OPTOMETRÍA, PSICOLOGÍA, NUTRICIÓN, FONOAUDIOLOGÍA, ETC, CUANDO SE PRESTAN A PACIENTES INTERNOS, SERVICIOS DE URGENCIAS SERVICIOS DE QUIRÓFANOS, SERVICIOS DE FARMACIA, SERVICIOS DE COMIDA A PACIENTES INTERNOS Y OTROS SERVICIOS HOSPITALARIOS; SERVICIOS DE CENTROS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR QUE PROPORCIONAN TRATAMIENTO MÉDICO TALES COMO ESTERILIZACIÓN E INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO, CUANDO SE REALIZAN CON INTERNACIÓN

CODIGO DE ACTIVIDAD: 3881001

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:
C1000712819231434907J

Dirección Pr 11 104 20 115, 108 143 81 2, 172.18.42.87

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para cualquier relación con terceros ante SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. así como para su descalificación.
Importante: La información contenida en este certificado podrá 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: 23/05/2023 1:32 PM

Powered by CamScanner

porvenir
solo 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 800.224.808-6

CERTIFICA QUE:

DANIELA RODRIGUEZ ABELLA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.000.712.819**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 10 de Mayo del 2023.

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 qué? porque está acumulando semanas, ahorrando dinero y obteniendo rendimiento.

Powered by CamScanner

Banco Caja Social

HACE CONSTAR:

Que el(los) cliente(s)

DANIELA RODRIGUEZ ABELLA Identificado con CC 1000712819

Actualmente tiene(n) el producto **Cuenta Ahorros**, radicado(a) en la oficina VENTURA TERREROS con las siguientes características:

Cuentamiga

Número:	24120487761
Fecha de apertura:	8 de Febrero de 2023
Condiciones de uso:	Individual, 1 firmas(s), 0 sello(s) húmedo(s) o de caucho, sin protector
Estado:	Cuenta activa

Esta constancia se expide con destino a QUIEN INTERESE, radicada en la Oficina 0061 VENTURA TERREROS de la ciudad de SOACHA, el día Viernes, 28 de Abril de 2023.

Cordialmente,

Vicepresidencia de Banca Masiva

Powered by CamScanner

Sugerencias SECOP

NOTICIAS SECOP

PLANILLA DE PAGOS

A partir del 1 de enero se activa el servicio de consulta de planilla

Actualización registro de usuarios y proveedores hasta el 31 de enero de 2025. Al ingresar al SECOP II verifica que tus datos sean correctos y estén completos.

Gracias a tu ayuda SECOP II seguirá mejorando.



¡Escopliéndo Ver Mejor

Powered by CamScanner

INDUCCIÓN INSTITUCIONAL

Para constancia se expide

18 de mayo de 2023

Powered by CamScanner

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

compensar | salud eps

1 1 5 7 0 5 1 7 0 1 2 1 3

2 DATOS DEL TRABAJADOR (Los que tienen asterisco son de obligatorio diligenciamiento)

1. Tipo de Afiliado: A. Afiliado [ ] B. Pensionado [X]
2. Subtipo de Afiliado: A. Cotizante (Obligado a cotizar al Sistema) [X] B. Beneficiario (Cónyuge o compañero(a) permanente, padres, hijos) [ ] C. Cotizante Independiente [ ] D. Cotizante Pensionado [ ] E. Beneficiario de Afiliado Adicional [ ]
3. Régimen: A. Contributivo [X] B. Subsidiado [ ]
4. Tipo de Afiliado: A. Cotizante [X] B. Cónyuge o Compañero(a) Permanente [ ] C. Padre o Madre [ ] D. Beneficiario [ ]
5. Tipo de Cotizante: A. Dependiente [ ] B. Independiente [X] C. Pensionado [ ]
Código de ocupación según la CIUO: 59

3 AFILIACIÓN 3. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN del cotizante o afiliado al Sistema

6. Apellidos y Nombres: RODRIGUES ABELLA DANIELA
7. Tipo de Documento de Identidad: CC
8. Número de Documento de Identidad: 1000712819
9. Sexo: Femenino [ ] Masculino [ ]
10. Fecha de Nacimiento: 20 03 1998

4. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos Demográficos)

11. Raza: 1
12. Pueblo Indígena: 000
13. Código DANE: 001
14. Grupo Sisbén: [ ]
15. Nivel o Grado SISBEN: [ ]
16. Ubicación de residencia habitual: SUBA
17. Área de residencia habitual: URBANO
18. Dirección de residencia habitual: CRA 15 93 - 73
19. Teléfono: 3138281618
20. Correo electrónico: Yelaadriela0520@gmail.com
21. Lugar de residencia habitual: SOACHA
22. Zona de residencia habitual: [X]
23. Municipio de residencia habitual: SOACHA
24. Departamento de residencia habitual: CUNDINAMARCA

5. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN CON ENTIDAD, INSTITUCIONAL O DE LEY

25. Nombre o razón social: SOACHA
26. Tipo de Documento de Identificación: [ ]
27. Número del Documento de Identificación: [ ]
28. Tipo de aportante a seguridad social en salud: [ ]
29. Ubicación: [ ]

6. REPORTE DE NOVEDADES

30. 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 vinculación de la EPS [ ]
Código: [ ]
6. Reactivación de la EPS [ ]
7. Cambio de beneficiario a tipo de afiliado adicional [ ]
8. Exclusión de beneficiario o de afiliado adicional [ ]
9. Inicio de relación laboral o incapacidad por cuidado para salud [ ]
10. Terminación de la relación laboral o pérdida de la condición para seguir cotizando [ ]
11. Vinculación a una entidad administradora para recibir afiliados adicionales [ ]
12. Desvinculación de una entidad administradora para recibir afiliados adicionales [ ]
31. Nacionalidad: A. Régimen Contributivo [ ] B. Régimen Subsidiado [ ]
32. Ingreso: A. Afiliado Obligado [ ] B. Afiliado Adicional [X]
33. Reporte por Incapacidad [ ]
34. Reporte por licencia de maternidad o paternidad [ ]
35. Reporte de la calidad de Pre pensionado [ ]
36. Reporte de la calidad de Pensionado [ ]

7. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

37. Datos básicos de identificación: Primer Apellido / Segundo Apellido / Primer Nombre / Segundo Nombre
Tipo de documento de identidad / Número de documento de identidad / Fecha de nacimiento
38. EPS anterior: CAPITAL SALUD
39. Días cotizados: [ ]
40. Valor de la UPC: [ ]
41. Fecha de radicación en la EPS anterior: [ ]

8. OBSERVACIONES Y ACLARACIONES

42. Terminación de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales. [ ]
43. Reactivación de la afiliación del cónyuge o compañero(a) permanente, padres, hijos y afiliados adicionales por vencimiento del periodo de protección laboral. [ ]
44. Reactivación de afiliados de oficio, beneficiarios y afiliados adicionales por vencimiento del periodo de protección laboral. [ ]
45. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante y relación de beneficiarios y afiliados adicionales. [X]
46. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación del cotizante, beneficiarios y afiliados adicionales a operadores de información del Sistema de Salud. [X]
47. Autorización para que la EPS consulte la información que se genere de la afiliación del cotizante, beneficiarios y afiliados adicionales a operadores de información del Sistema de Salud. [X]
48. Autorización para que la EPS consulte los datos personales sensibles de los beneficiarios y afiliados adicionales. [X]

9. FIRMAS

Daniela

15 MAY 2023

10. ANEXOS

49. Copia del documento de identidad: CC [ ] TI [ ] RC [ ] CE [ ] PA [ ] NIT [ ] Otro [X] Cual? REGISTRO CIVIL
50. Copia del soporte de autorización para cotización de pensionado [ ]
51. Copia del soporte de vinculación, (si es la EPS quien afilia, esta documentación se entiende) allegada por medios electrónicos [ ]
52. Copia de la solicitud de traslado de régimen, (si es la EPS quien afilia, esta documentación se entiende) allegada por medios electrónicos [ ]
53. Copia del certificado de afiliación y acta de entrega del carné [ ]
54. Copia de la solicitud de traslado por parte de la superintendencia Nacional de Salud [ ]
55. Copia de la solicitud de traslado por parte de la superintendencia Nacional de Salud [ ]
56. Continuidad en el régimen y calidad bajo la cual continuará cotizando [ ]
57. Copia del acta administrativa y providencia de las autoridades competentes en la que consta la calidad de beneficiario y/o madre o afiliado de oficio [ ]

11. DATOS DE LOS BENEFICIARIOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

58. Departamento de Ubicación: [ ] Municipio: [ ] Código del municipio: [ ] Área del Municipio: [ ] Número de folio: [ ] Prefijo: [ ] Anexo: [ ]
59. Fecha de Radicación: D D M M A A A A
60. Nombre del funcionario que realiza la validación: [ ]
61. Fecha de Validación: D D M M A A A A
Tipo de documento de identidad: [ ] Número de documento de identidad: [ ]
62. Firma del funcionario: [ ]
Observaciones: APORTE SALUD.

Autorizo que mis datos personales y aquellos suministrados a terceros en el formulario sean tratados de acuerdo a la política de tratamiento de datos personales de la EPS.

Powered by 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

	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	
¿Autoriza recibir la Carta de Derechos y Deberes y la Carta de Desempeño por medio electrónico? SI: Correo electrónico: _____ NO: Me comprometo a consultar en www.compensarsalud	X	

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

Firma del afiliado: Daniela

No. Identificación: 1007128129

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 practica la diligencia: _____

Identificación: _____

15 MAY 2023

Huella

AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

De manera voluntaria, expresa, previamente informado 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 mi beneficiario/a.
- 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.
- Promover y/o evaluar la calidad de los productos y/o servicios requeridos por mí.
- La realización de estudios internos sobre hábitos estadísticos y analíticos de los datos, para mejorar de nuestros servicios a programas especializados de atención salud, información sobre la cual no manejaré inconveniente podrá ejercer mis derechos de Habeas Data (Actualizar, Rectificar, Suprimir, Consultar), para solicitar que no se me envíe información de los servicios en los cuales que no me interesa, 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 trasladarme al 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 ejerza el tratamiento, en mi calidad sobre los canales a través de los cuales puedo ejercer mis derechos: a conocer, actualizar, rectificar y suprimir mis datos personales, entre otros el formulario web https://portalpersonas.compensar.com/protección-de-datos además manifiesto expresamente que conozco y he dado consultar la información sobre protección de datos personales de Compensar, así como los efectos y alcances de la presente autorización y que estoy libre de toda 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 establecidos en la Ley 1581 de 2012 y sus anexos, entre ellos, que la protección de los datos personales se efectúa a través de procedimientos tecnológicos, con los medios de buena fe mediante 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: Daniela

No. Identificación: 1007128129

Powered by CamScanner

Buscar contrato

Buscar (Búsqueda avanzada)

Últimas modificaciones

Id del contrato	Número del Contrato	Entidad Estatal	Tipo de entidad	Fecha de firma	Fecha de finalización	Facturación de la entidad	Valor total de la oferta	Estado	
3833339	6094-2023	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.	Entidad Estatal	18 días de tiempo transcurrido *(9/05/2023 4:43:56 PM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	4 días para terminar *(31/05/2023 11:59:00 PM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	DANIELA RODRIGUEZ ABELLA	2.460.374 COP	Modificación aceptada enviada	Detalle

OPCIONES

VER

- Últimas modificaciones
- Todos
- Esperando aprobación
- Firmado
- Firmado y enviado a la Entidad Estatal
- Suspendidos
- Cancelados
- Cerrados
- Firmados y Terminados anormalmente

HERRAMIENTAS