compensar | miplanilla.com

CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

La empresa **SANDRA ZULDERY PRIETO CASAS**, identificada con **CC** número **52828100**, aportó por el empleado **SANDRA ZULDERY PRIETO CASAS** identificado(a) con **CC** número **52828100** quien se encuentra registrado(a) a la fecha por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social mediante la Planilla Integrada de Liquidación de aportes, el periodo de pensión de 06 - 2023 de la siguiente forma.

CODIGO	NOMBRE ADMINISTRADORA	COTIZANTE	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	CORRECIÓN	DÍAS	IBC	TARIFA APORTE	COTIZACIÓN Y/O APORTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	PERIODO	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO	EXONERADO
25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	3	X														0		11	$425,334	0.16000	$68,100	$0	$0	Junio - 2023	68690524	21/06/2023	NO
EPS008	Compensar EPS	3	X														0		11	$425,334	0.12500	$53,200	$0	$0	Junio - 2023	68690524	21/06/2023	NO

PAGADA

El presente certificado se expide a los **21** días del mes **Junio** de **2023**

Este documento está clasificado como privado por parte de Compensar Operador de Información.

Colpensiones 10 años

GOBIERNO DE COLOMBIA

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **SANDRA ZULDERY PRIETO CASAS** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **52828100,** se encuentra afiliado/a desde **29/10/2003** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 20 de junio de 2023.



Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

Nota: Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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

compensar | salud eps

No. de Radicación | **Fecha de Radicación** 21-06-2023

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

1. Tipo de trámite	2. Tipo de Afiliación		3. Régimen	4. Tipo de afiliado: A. Cotizante	B. Cabeza de familia	C. Beneficiario	Código (a registrar por la EPS)
A. Afiliación (●)	A. Individual:	• Cotizante o cabeza de Familia (●)	A. Contributivo (●)				03
B. Reporte de Novedades ( )		• Beneficiario o afiliado adicional ( )	B. Subsidiado ( )	5. Tipo de cotizante: A. Dependiente ( )	B. Independiente (●)	C. Pensionado ( )	
	B. Colectiva ( )	C. Institucional ( )	D. De oficio ( )				

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

6. Apellidos y nombres				
PRIETO	CASAS	SANDRA	ZULDERY	

7. Tipo de documento de identidad	8. Número de documento de identidad	9. Sexo		10. Fecha de nacimiento
CC	52828100	Femenino (●)	Masculino ( )	13/07/1980

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial	15. Administradora de riesgos laborales - ARL	16. Administradora de pensiones
	Tipo ( ) ( ) ( ) Condición ( ) ( )				COLPENSIONES

17. Ingreso base de cotización - IBC	18. Residencia			
1.160.000	CL 39 SUR No 50A 34		6014584547	3112069717

sandra1329@hotmail.com	Bogota	Zona Urbana (●) Rural ( )	PTE ARANDA	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			
TORRES	CORREDOR	CESAR	AUGUSTO

20. Tipo de documento de identidad	21. Número de documento de identidad	22. Sexo		23. Fecha de nacimiento
CC	74302152	Femenino ( )	Masculino (●)	23/10/1977

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

	24. Apellidos y nombres				25. Tipo de documento de identidad	26. Número de documento de identidad	27. Sexo	
	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre			Femenino	Masculino
B1	TORRES	PRIETO	LAURA	CATALINA	CC	1.000.708.700	X	
B2	TORRES	PRIETO	JULIAN	DAVID	TI	1.166.220.698		X
B3								
B4								
B5								

	28. Fecha de nacimiento	29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad Tipo F	N	M	Condición T	P	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	30/05/2003	HIJA							BOGOTA	X		CUNDINAMARCA	6014584547	
B2	30/05/2014	HIJO							BOGOTA	X		CUNDINAMARCA	6014584547	
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)
Col.	cra 30 con calle 22 sur	
B	cra 30 con calle 22 sur	
B	cra 30 con calle 22 sur	
B		

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

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

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

39. Ubicación

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				
PRIETO	CASAS	SANDRA	ZULDERY	

Tipo de documento de identidad	Número de documento de identidad	Sexo		Fecha de nacimiento	42. Fecha
CC	52828100	Femenino ( )	Masculino ( )	13/07/1980	20/06/2023

43. EPS anterior	44. Motivo de traslado Código	45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales. ( )
47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción. ( )
48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios. ( )
49. Declaración de no inscripción del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud. ( )
50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales. (●)
51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran. (●)
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

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad: CN (●) Cant. | RC ( ) Cant. | TI (●) Cant. 1 | CC (●) Cant. 3 | PA ( ) Cant. | CE Cant. | CD Cant. | SC Cant. | Total 4
57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente. ( )
58. Copia del registro civil de matrimonio, o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital. ( )
59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital. ( )
60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor. ( )
61. Copia de auto judicial o del acto administrativo de custodia. ( )
62. Documento en el que conste la pérdida de la patria potestad, certificado de defunción de los padres o declaración suscrita bajo la gravedad del juramento sobre la ausencia de los padres. ( )
63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud. ( )
64. Certificado de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. ( )
65. Copia del acta adicional de afiliación o documento equivalente en el que conste la calidad de beneficiario o donde se ordene la afiliación. ( )

21 JUN 2023 Valencia Julio
Cod. 644 Ana Milena
SUJETO A VERIFICACIÓN

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

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

70. Datos del funcionario que realiza la validación			
Tipo de documento de identidad	Número de documento de identidad	71. Firma del funcionario	

OBSERVACIONES: NO SE AFILIAN A BEN | APORTE JUNIO (PAGO JULIO) RET X PLANILLA DE PAGO FECHA ACTIVOS CON PAPA' LIMITE DE PAGO 2 DIA HABIL DE CADA MES

VIGILADO Supersalud

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: sandra1329@hotmail.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:

No. Identificación: 52828100

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: _____

21 JUN 2023
Cod. 644 Ana Milena Velandia Carrillo
SUJETO A VERIFICACIÓN

Huella

AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Autorizo de manera voluntaria, explicita e inequívoca, previamente informada a todos los servicios y dependencias de Compensar Caja de Compensación Familiar y Compensar EPS (en adelante Compensar), de acuerdo a lo establecido en la Ley Estatutaria 1581 de 2012 y el Decreto Reglamentario 1377 de 2013, para tratar mi información personal, como datos biográficos y biométricos de acuerdo con lo establecido en el Manual de protección de Datos Personales de Compensar, disponible en: https://corporativo.compensar.com/proteccion-de-datos.

Estos datos serán utilizados en el desarrollo de las funciones propias de Compensar, con el fin de: Dar cumplimiento a obligaciones contraídas conmigo y mi grupo familiar. Atender a requerimientos legales y de organismos de control. Transmitir mis datos a las administradoras del Sistema General de Protección Social para la actualización de mi afiliación, traslados en el sistema o para el reconocimiento de los diferentes subsidios según aplique por ley. Consultar mis datos en centrales de información financiera y operadores de información. Actualizar mis datos personales con la información consultada en centrales de riesgo y demás fuentes de referencia. Validar mi identidad a través de mecanismos de autenticación electrónica. Registrar mi información en la base de datos de Mi Planilla en caso de realizar liquidación o pago de aportes a través de esta plataforma. Registrarme en los programas de orientación, capacitación laboral y de emprendimiento siempre que sea de mi interés. Realizar análisis estadístico sobre hábitos de consumo para evaluar la calidad y mejorar los productos y servicios. Compartir mis datos con las entidades con las que Compensar tenga convenios, acuerdos comerciales o relación contractual como proveedor, siempre que se cuente con cláusulas de transferencia de datos. Realizar gestión de crédito, cartera, cobranza u otras acciones a nombre de Compensar, de manera interna o a través de terceros, a los cuales sería transmitida mi información en caso de ser necesario. Consultar los datos personales recolectados por los circuitos cerrados de televisión de Compensar, con la finalidad de garantizar la seguridad de las personas y los bienes, como evidencia en procesos disciplinarios o respuesta a solicitudes de los entes de control sobre actividades desarrolladas al interior de nuestras instalaciones.

Así mismo, autorizo a Compensar a enviar información comercial, publicitaria o promocional sobre servicios, nuevas alianzas o convenios, eventos o promociones, con el fin de impulsar, invitar, dirigir, ejecutar, informar y de manera general, llevar a cabo campañas, promociones o concursos y todas aquellas actividades asociadas a los servicios de Compensar. Entiendo que compensar realiza el envío de información a través de correo físico, correo electrónico, teléfono celular, mensajes de texto o por medio de aplicaciones de mensajería instantánea, lo cual puedo revocar en cualquier momento. En concordancia con lo establecido en el artículo 7 de la Ley Estatutaria 1581 de 2012, Compensar se compromete a tratar los datos de niños, niñas y adolescentes, respetando sus derechos prevalentes y en función de los servicios propios de Compensar.

Entiendo que Compensar tratará mis datos dando cumplimiento a los principios de legalidad, finalidad, libertad, veracidad o calidad, transparencia, acceso y circulación restringida, confidencialidad y seguridad, señalados en el artículo 4 de la Ley Estatutaria 1581 de 2012 y que en cualquier momento podré ejercer mi derecho a conocer, actualizar, rectificar o suprimir mi información, siempre que no tenga un deber legal o contractual de permanecer en la base de datos. Mis derechos como titular de la información sobre la cual Compensar realiza el tratamiento, los podré ejercer de acuerdo a lo definido en el Manual de Protección de Datos, radicando una solicitud o reclamo a través de la página web en el enlace https://corporativo.compensar.com/te-escuchamos o por escrito en la dirección Avenida 68 # 49 A – 47, ventanilla de correspondencia.

Firma del afiliado:

No. Identificación: 52828100

VIGILADO Supersalud
VIGILADO SuperSubsidio