CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Entre LA ENTIDAD SIN ANIMO DE LUCRO **FUNDACION CHAMINADE** con Nit 900.065.413-2 , legalmente constituida y con domicilio principal en la ciudad de Bogotá quien en adelante se denominará **CONTRATANTE**, representada legalmente por **RODRIGO ANTONIO BETANCUR ARANGO**, identificado como aparece al pie de su firma, según certificado de Cámara de Comercio inscripción S0026400, y por otra parte **NANCY ROCIO SANCHEZ CANTOR**, identificada con cedula de ciudadanía **1.033.777.956** quien en adelante se denominará CONTRATISTA, hemos convenido en celebrar un contrato de prestación de servicios que se regulará por las cláusulas que a continuación se expresan y en general por las disposiciones del Código Civil y Código de Comercio aplicables a la materia que trata este contrato:

Cargo: AUXILIAR DE ATENCION A LA PRIMERA INFANCIA

PRIMERA: Objeto del contrato: Objeto. El CONTRATISTA, de manera independiente, sin subordinación o dependencia, utilizando sus propios medios, elementos de trabajo, personal a su cargo, prestará los servicios de auxiliar pedagógica que potenciará el desarrollode los niños y niñas de acuerdo con el Lineamiento Pedagógico y Curricular para laEducación Inicial en el Distrito.

Acompañará a las docentes durante los momentos en que se fomenten en los niños-as hábitosapropiados de alimentación, vestuario e higiene.

Atenderá a los usuarios internos o externos que se acercan a las dependencias en busca de información y orientará a la comunidad sobre el acceso a los mismos.

Entregará a las docentes la papelería y el material pedagógico con destino al trabajo con losniños y niñas de acuerdo a las planeaciones diarias.

Inspeccionará e informará a la encargada de servicios cuando ocurran daños que impidan elnormal funcionamiento en las instalaciones del jardín.

Inspeccionará las actividades de aseo e higiene de la infraestructura del jardín y consignará sus hallazgos en las listas de chequeo del Plan de Saneamiento Básico del jardín.

Participará en las jornadas pedagógicas mensuales, las jornadas liberadas mensuales y las reuniones a las cuales convoque la Fundación.

Realizará las llamadas telefónicas según el reporte de novedades que le hayan generado las docentes y presentará informe.

Recibirá los suministros de papelería y material pedagógico con base en el pedido verificandoel recibo de los mismos en su totalidad.

Será la responsable del manejo del inventario de papelería y material pedagógico. Verificará las coberturas diarias de los niños-as e informará a la encargada de servicios deljardín.

Adoptará de manera permanente en el ejercicio de sus actividades las medidas de ahorro deagua y energía eléctrica bajo el lineamiento del Área de Gestión Ambiental.

SEGUNDA: Sitio de labor y termino del contrato

En las dependencias del CONTRATANTE las cuales son: **JARDIN COFINANCIADO CHAMINADE PORTAL DE LOS SUEÑOS , Transversal 5B N° 51 SUR 24**

Término del Contrato. Este Contrato de Prestación de Servicios será por un periodo del 04 de julio de 2024 hasta el 06 de diciembre de 2024. (inclusive)

TERCERA: Pago, forma y garantías: EL CONTRATANTE pagará EL CONTRATISTApor concepto de este contrato la suma de Catorce millones seiscientos noventa y ocho mil doscientos pesos m/cte. ($ 14.698.200).

La forma de pago será en mensualidades vencidas de acuerdo al porcentaje ejecutado pagadero el último día del mes, por un valor de: Dos millones ochocientos ochenta y dos mil pesos m/cte. ($2.882.000). Y será por transferencia electrónica. (Sólo cuando sean fracciones de mes el valor día será ($96.066) menos las retenciones en la fuente legales correspondientesy será por transferencia electrónica. El valor del contrato se desarrollará de acuerdo al cumplimiento del mismo; previo acuerdo entre las partes.

FORMA DE PAGO: Para efectuar el pago se realizará previa presentación por parte del Contratista de cuenta de cobro, junto con las planillas de pago y las copias de los recibos de pago de Seguridad Social (Salud, Pensión, y ARL) que correspondan al porcentaje establecido por la ley sobre el valor del contrato y que se encuentre dentro de los primeros cinco días del mes, y la aprobación por la dirección de la Fundación del cumplimiento de lasactividades.

El presente contrato se regirá exclusivamente por las normas civiles y su pago se entregará a título de honorarios.

Los impuestos y las retenciones que se generen serán con ocasión del presente contrato yserán descontados por EL CONTRATANTE de conformidad con la normatividad vigente.

CUARTA. Independencia El contratista ejecutará el presente contrato con plena autonomía,sin subordinación alguna, y manifiesta expresamente que no existe vinculación laboralalguna con EL CONTRATANTE por tratarse el presente contrato de un mero acuerdo denaturaleza civil.

EL CONTRATANTE no se hará responsable ni reconocerá valor alguno como consecuencia del desarrollo de actividades no previstas realizadas por el Contratista fuera del plazo fijadopara ejecución de los eventos.

QUINTA. Obligaciones del contratista

- El contratista otorgará copia de la prueba que acredite su afiliación al sistema generalde seguridad social (Salud, Pensión, ARL) para la ejecución de del presente contratoy dará cumplimiento a lo estipulado por las normas de salud ocupacional vigentes.
- Guardar absoluta confidencialidad respecto a documentos, operaciones, procesos, y demás datos inherentes a las actividades de la FUNDACIÓN CHAMINADE.
- Cumplir con la obligación de afiliarse al sistema de seguridad social integral (salud, riesgos laborales y pensiones) de acuerdo a lo ordenado por la ley, presentando la correspondiente planilla de pago dentro de los cinco primeros días de cada mes a la supervisora técnica del contrato.
- Acatar todas las recomendaciones y procedimientos de EL CONTRATANTE en relación con los servicios prestados.
- Cumplir a cabalidad con el objeto contractual y su alcance.
- Prestar el servicio con autonomía técnica y administrativa.
- Dar cumplimiento al cronograma y entregables establecidos entre las partes para la prestación del servicio siendo de su exclusiva responsabilidad cualquier atraso que sufra la prestación del servicio por su causa.

- Mantener debidamente informada a él CONTRATANTE de cualquier evento que afecte o llegare a afectar el desarrollo del objeto convenido.
- Asistir a las reuniones programadas por el CONTRATANTE con el fin de evaluar y retroalimentar los procesos.
- Acreditar documentalmente, cuando el CONTRATANTE así lo solicite que cuenta con las certificaciones y autorizaciones de las autoridades para realizar, prestar los servicios objeto del presente contrato.
- Dar cumplimiento al objeto contractual y su alcance, de acuerdo con las especificaciones pedagógicas, metodológicas y técnicas.

SEXTA: Prórroga. Si vencido el plazo establecido para la ejecución del contrato de prestación de servicios el CONTRATANTE decide ampliar el plazo de vencimiento, se suscribirá minuta firmada por las partes, que hará parte integral de este contrato.

SEPTIMA: Nuevo servicio. Si finalizado el objeto del servicio contratado, el CONTRATANTE necesita un nuevo servicio del CONTRATISTA, se deberá hacer un nuevoContrato de Prestación de Servicios y no se entenderá como prorroga por desaparecer las causas contractuales que dieron origen a este contrato.

OCTAVA: Obligaciones del CONTRATISTA. Son obligaciones del CONTRATISTA:

1. Obrar con seriedad y diligencia en el servicio contratado
2. Atender las solicitudes y recomendaciones que haga el CONTRATANTE o sus delegados,con la mayor prontitud.
3. Permitir que el CONTRATANTE o un delegado haga visitas a las instalaciones del CONTRATISTA o el sitio que esté desarrollando la labor contratada.
4. Pagar seguridad social como establece la Ley.
5. Presentar el RUT (registro único tributario) y Cuenta De Cobro o Factura de acuerdo alrégimen de tributación correspondiente.

NOVENA: Obligaciones del CONTRATANTE. Son obligaciones del CONTRATANTE:

1. Cancelar los honorarios fijados al CONTRATISTA, según la forma que se pactó dentrodel término debido.
2. Entregar toda la información que solicite el CONTRATISTA para poder desarrollar con normalidad su labor independiente.

DECIMA: Terminación anticipada o anormal. – Incumplir las obligaciones propias de cadauna de las partes, dará lugar a la otra para terminar unilateralmente el Contrato de Prestación de Servicio. EL CONTRATANTE, podrá en cualquier momento dar por terminado elpresente contrato sin que se genere reclamación o indemnización alguna en su contra. Endicho evento, se procederá a liquidar el Contrato, cancelando los valores a que hubiere lugaren proporción a los servicios ejecutados por el CONTRATISTA. PARÁGRAFO: Cualquier acto de negligencia por parte del contratista que ponga en riesgo o atente contra laintegridad física y/o moral de los niños y las niñas, será causal de terminación inmediata delpresente contrato.

- Terminación unilateral del contrato. El CONTRATANTE podrá terminar de maneraunilateral e inmediato el presente contrato en caso que el contratista llegare a ser: 1).Vinculado por las autoridades competentes o cualquier otro tipo de investigación pordelitos de narcotráfico, terrorismo, secuestro, lavado de activos, financiación al terrorismo y administración de recursos relacionados con dichas actividades. 2). Incluido en listas y bases de datos de carácter público para el control de lavado de activos y financiación del terrorismo administradas por cualquier autoridad nacional

o extranjera. 3). Condenado por parte de las autoridades competentes en cualquier tipo de proceso judicial de tipo penal.

Las partes manifiestan que no se encuentran incursas en alguna de las inhabilidades o incompatibilidades para suscribir el presente contrato y declaran no estar comprometidas enconflicto de intereses, de conformidad con lo provisto en el artículo 23 de la ley 789 de 2002.**DECIMA PRIMERA: Cláusula compromisoria.** En caso de incumplir el CONTRATISTA responderá por los daños y perjuicios que ocasione a EL CONTRATANTESi el contratista no se presenta o no ejecuta el presente contrato de conformidad con sus obligaciones o no lo hace en el tiempo requerido o con la calidad esperada pagará a EL CONTRATANTE una multa al 10% del valor del presente contrato la cual será descontada de sus honorarios.

Toda controversia o diferencia relativa a este contrato, su ejecución y liquidación, se resolverá por un tribunal de arbitramento que por economía será designado por las partes y será del domicilio donde se debió ejecutar el servicio contratado o en su defecto en el domicilio de la parte que lo convoque. El tribunal de Arbitramento se sujetará a lo dispuestoen el decreto 1818 de 1998 o estatuto orgánico de los sistemas alternativos de solución de conflictos y demás normas concordantes.

DECIMA SEGUNDA: Cesión del contrato. EL CONTRATISTA no podrá ceder ni subcontratar los servicios de este contrato sin que EL CONTRATANTE haya dado su aprobación por escrito

DECIMA TERCERA: Autorización para la consulta en listas y bases de datos (Habeas Data)

El contratista autoriza a él CONTRATANTE o a quien esta designe para que verifique su nombre y número de cedula de ciudadanía en listas y bases de datos de carácter público tantonacionales como internacionales relacionados con lavados de activos, financiación de terrorismo, buscados por la justicia y en las demás que informe sobre la vinculación de personas con actividades ilícitas de cualquier tipo

DECIMA CUARTA: Clausula compromisoria. Las partes acuerdan que todo litigio o discrepancia que se derive de esta relación jurídica se resolverá acudiendo a los mecanismosde arreglo directo.

En todo caso, este contrato presta mérito ejecutivo por ser una obligación clara, expresa y exigible para las partes.

Este Contrato de Prestación de Servicios se firma en dos ejemplares para las partes en Bogotáa los 4 días del mes de junio de 2.024.

RODRIGO ANTONIO BETANCUR A.
C.C.70.563.012
Representante Legal

NANCY ROCIO SANCHEZ C .
C.C. 1.033.777.956

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el Ramo de Riesgos Laborales se evidenció que, **NANCY ROCIO SANCHEZ CANTOR** identificado con **CC** No. **1033777956**, registra la siguiente información.

Datos de la Relación Laboral
Fecha de inicio de cobertura: 03/07/2024 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Tipo Vinculación:** TRABAJADOR INDEPENDIENTE VOLUNTARIO **Clase de Riesgo:** 1

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 20240101729520.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 2 días del mes de julio de 2024.

Cordialmente,

GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

MIS_4_1_3_FR15 v_07

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4012764502	0|5|0|7|2|0|2|4

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

1.tipo de tramite
A. Afiliación ☐ B.Reporte de Novedades ☒

2.Tipo afiliacion
B. Colectiva ☐
A. Individual: -Cotizante Cabeza de familia ☒ -Beneficiario afiliado adicional ☐
B. Institucional ☐ B. De oficio ☐

3.Regimen
A.Contributivo ☒ B.Subsidiado ☐

4. Tipo de afiliado
A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐

5. Tipo de cotizante
A. Dependiente ☐ B. Independiente ☒ C. Pensionado ☐

Codigo (a registrar por la EPS) 3

A. AFILIACIÓN

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

6.Apellidos y nombres			
SANCHEZ Primer apellido	CANTOR Segundo apellido	NANCY Primer nombre	ROCIO Segundo nombre
7.Tipo documento de Identidad	**8.Número del documento de Identidad**	**9.Sexo**	**10.Fecha de nacimiento**
CC	1033777956	Femenino ☒ Masculino ☐	2|0|0|7|1|9|9|5

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11.Etnia	12.Discapacidad	13.Puntaje SISBEN	14.Grupo de poblacion especial
6	Tipo F N M Condicion T P		

15. Administradora de riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotizacion - IBC
AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A	PORVENIR FPC	1300000

18.Residencia

CL 50 C 5 B 73 SUR **Dirección**	**Telefono fijo**	3118239579 **Telefono celular**	01SOFII.NANCY@GMAIL.COM **Correo electronico**
BOGOTA **Municipio/Distrito**	**zona** Urbana ☒ Rural ☐	**Localidad / comuna**	BOGOTA **Departamento**

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante

19. Apellidos y nombres completos			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
20. Tipo documento de identidad	**21. Número documento identidad**	**22. Sexo**	**23. Fecha de nacimiento**
		Femenino ☐ Masculino ☐	

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

	24. Apellidos y nombres			
	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

	25. Tipo documento de identidad	26. Número de identidad	27.Sexo		28.Fecha de nacimiento
			Femenino	Masculino	
B1					
B2					
B3					
B4					
B5					

Datos complementarios

	29.Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad				
			Tipo			Condición	
			F	N	M	T	P
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

32. Datos de residencia

	Municipio/Distrito	Zona		Departamento	Teléfono Fijo y/o celular	33.Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
		Urbana	Rural			
B1						
B2						
B3						
B4						
B5						

Seleccion de la IPS Primaria

	34. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS	Codigo de la IPS(a registrar por la EPS)
C	VS SANTA LUCIA - UOD CPO SANTA LUCIA	VSLUCIA - UODCPOSLUC
B	-	-
B	-	-
B	-	-

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de identificación	37. Numero de docuemnto de Identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS)
NANCY ROCIO SANCHEZ CANTOR	CC	1033777956	01

39.Ubicación

CL 50 C 5 B 73 SUR Dirección	3118239579 Teleéfono	01SOFII.NANCY@GMAIL.COM Correo electrónico	BOGOTA Municipio/distrito	BOGOTA Departamento

No de Radicacion
4012764502

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/o corrección datos complementarios
- ☐ **5.** Terminación de la inscripcion en la EPS.
  Código: ☐
- ☐ **6.** Reinscripción en la EPS
- ☐ **7.** Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- ☒ **9.** Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar
- ☐ **8.** Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- ☐ **10.** Terminación de la relacion laboral o perdida 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 de fallecimiento
- ☐ **16.**Reporte del tramite de protección al cesante
- ☐ **17.** Reporte de la calidad de pre-Pensionado
- ☐ **18.** Reporte de la calidad del pensionado

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de la identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de Identidad	Número documento de Identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	42.Fecha
		Femenino ☐ Masculino ☐		0|5|0|7|2|0|2|4

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 Contributvo,Especial o de Excepción.
- **48.** ☐ Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- **49.** ☐ Declaración de no internación del cotizante,cabeza de familia ,beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Salud .
- **50.** ☐ Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clinica 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 poir 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 Decr eto 1377 de 2013
- **53.** ☒ Autorización para que la EPS envie información al correo electronico o celular como mensaje de texto

VIII. FIRMAS

54. Cotizante o cabeza de familia o beneficiario	55. El empleador aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de oficio

IX.ANEXOS

☐ **56.**Anexo Copia del documento de identidad: **CN.** ☐ **RC.** ☐ **TI.** ☐ **CC.** ☒ **PA.** ☐ **CE.** ☐ **CD.** ☐ **SC.** ☐

Cantidad: | | | | 1 | | | | | | | Total: 1

- ☐ **57.** Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- ☐ **58.** Copia registro civil de matrimonio, o de la escritura pública,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la union marital.
- ☐ **59.** Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio ,sentencia judicial para que declare la separación de cuerpos y escritura pública,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la union marital.
- ☐ **60.** Copia certificado de adopción o acta de entrega del menor
- ☐ **61.**Copia orden judicial o acto administrativo de custodia.
- ☐ **62.**Documento en que conste la perdida de la patria potestad, o el certificaco de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los padres.
- ☐ **63.**Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud
- ☐ **64.**Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- ☐ **65.**Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que consiste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

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

70. Datos funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

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

Observaciones

Recuerde que la firma, al final del formulario, valida las declaraciones marcadas y/o diligenciadas en el capítulo VII Declaraciones y IX. Autorizaciones, asi como la veracidad de las demás información registrada.

CUESTIONARIO CARTA DE DERECHOS DEL AFILIADO Y DEL PACIENTE Y CARTA DE DESEMPEÑO

Información para ser diligenciada por el cotizante del grupo familiar:

Primer apellido	Segundo apellido (o de casada)	Primer nombre	Segundo nombre
SANCHEZ	CANTOR	NANCY	ROCIO

No de identificación	Tipo de documento	Fecha de nacimiento	Sexo	Fecha diligenciamiento
1033777956	RC TI X CE PA	1995 07 20	M X	2024 05 07

CUESTIONARIO CARTA DE DERECHOS DEL AFILIADO Y DEL PACIENTE Y CARTA DE DESEMPEÑO

Apreciado Protegido: La Carta de derechos del afiliado y del paciente, y la carta de desempeño, se constituyen en herramienta importante de consulta, para que conozca sus derechos y deberes, al igual que la infraestructura con la que contamos para brindarle la mejor atención, lo estipulado en normatividad vigente y por supuesto, los canales de comunicación con los que puede hacernos llegar sus comentarios y sugerencias.

Con el fin de garantizar la entrega de este importante documento le solicitamos responder el siguiente cuestionario:

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? X NO
3. ¿Leyó el contenido de la Carta de Derechos y deberes del afiliado y del paciente? X NO
4. ¿Leyó el contenido de la Carta de Desempeño de la EPS? X NO
5. ¿Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información fue asesorado adecuadamente por la EPS? X NO

Medio de entrega deseado: Electrónico X Físico __

CONSENTIMIENTO PARA ENVÍO VIRTUAL (solo para entrega electrónica)

Así pues, con el fin de garantizar su entrega, le solicitamos su respectiva autorización para realizar el envío de La Carta de derechos del afiliado y del paciente y la Carta de desempeño a su correo electrónico:

"Yo: NANCY ROCIO SANCHEZ CANTOR identificado con el documento de identidad: C No. 1033777956, doy mi consentimiento para que Salud Total EPSS envíe al correo electrónico 01sofii.nancy@gmail.com la Carta de derechos del afiliado y del paciente y la Carta de desempeño

Firma del afiliado (Cotizante):

Nombres y Apellidos: NANCY ROCIO SANCHEZ CANTOR
Número de identificación: 1033777956

Fecha de diligenciamiento
2024 05 07

FIRMA A RUEGO

A ruego del señor(a) _____ identificado (a) con el documento de identidad: _____No._____ quien manifiesta no saber firmar o no poder firmar, lo hace en su nombre, el señor (a) _____ mayor de edad, identificado (a) con documento de identidad _____ No. _____ y sin ningún impedimento para dar fe de la información que está recibiendo, 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:
Documento de Identidad:
Edad:
Domicilio:

_____
Nombres y apellidos de la persona de quien no sabe firmar

Huella digital del cotizante
(en caso de no saber firmar)

AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

"Con la suscripción del presente documento, en cumplimiento a la ley 1581 de 2012 y demás normas que reglamenten, modifiquen o deroguen, hago constar expresamente que Salud Total EPS-S S.A. me informó sobre los derechos que me asisten como titular de datos personales y, por tanto, AUTORIZO de manera libre e informada a Salud Total EPS-S S.A., con Nit. 830.140.907-4 como responsable del tratamiento de datos personales, para la recolección, almacenamiento, uso desde el momento de mi afiliación, continuación de uso y tratamiento de mis datos personales, los cuales serán almacenados en bases de datos que se encuentran en medios físicos y/o magnéticos para los siguientes fines:

- Afiliación, traslado, identificación, validación de derechos y actualización de datos de los protegidos.
- Autorizaciones de servicios de salud requeridos por los protegidos.
- Caracterización, seguimiento, identificación de la población y gestión del riesgo.
- Garantizar la prestación de las tecnologías en salud cubiertas por el Plan Obligatorio de Salud Contributivo en las fases de promoción y fomento de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación para todas las patologías.
- La asignación y/o reasignación de citas, recaudo y recuperación de cartera, información y demás operaciones relacionadas con el Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- Cumplimiento de las obligaciones propias del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- Evaluación de indicadores de alertas tempranas, oportunidad y calidad de los productos y servicios brindados.
- Identificación de Proveedores y Prestadores, así como medición de necesidad, oportunidad y calidad en los productos y servicios prestados por éstos.
- Transferencia y/o transmisión al exterior de datos personales, transferencia y/o transmisión de datos con las empresas vinculadas o matrices, con empresas de auditoria o revisoría fiscal, con prestadores de servicios de salud públicos o privados, así como con proveedores necesarios para el desarrollo de las anotadas finalidades y del objeto social de SALUD TOTAL EPS-S S.A., con los cuales se tienen contratos en aras de cumplir con los deberes de acceso y confidencialidad, así como de tomar las medidas técnicas y tecnológicas necesarias para el aseguramiento de los datos.
- Dar a conocer los diferentes servicios y productos ofrecidos por la EPS, temas de publicidad y en general mantener contacto con los usuarios y afiliados mediante cualquier medio de comunicación (escrito y/o electrónico), con el fin de adelantar cualquier trámite necesario para el desarrollo del objeto social de SALUD TOTAL EPS-S S.A.
- Cualquier otra operación necesaria para el desarrollo del objeto social de SALUD TOTAL EPS S.A. atendiendo a su naturaleza y el cumplimiento a los protocolos de bioseguridad.
- Cumplimiento de requerimientos legales de entidades administrativas o jurisdiccionales inclusive después de terminada la relación contractual y en general para el cumplimiento de obligaciones contractuales y legales de Salud Total EPS-S S.A.

Se aclara que la información referente a beneficiarios y miembros del grupo familiar en los que pueden encontrarse datos de niñas, niños y adolescentes, datos de la salud y datos biométricos como (fotografías, huellas, videos, entre otros) son datos sensibles, sobre los cuales no está obligado a autorizar su tratamiento; no obstante lo anterior, solo serán utilizados por la Empresa para el cumplimiento de las obligaciones propias del Sistema General de Seguridad Social en Salud y de los sistemas integrados de gestión adoptados por Salud Total EPS-S SA.

Como Titular de datos personales, sé que tengo derecho a conocer, actualizar y rectificar mis datos personales, solicitar prueba de la autorización otorgada para su tratamiento, ser informado sobre el uso que se ha dado a los mismos, presentar quejas ante la SIC, revocar la autorización y/o solicitar la supresión de sus datos en los casos en que sea procedente y acceder en forma gratuita a los mismos a través de los canales de comunicación para tal fin, establecidos en la Política de protección de datos personales de Salud Total EPS-S S.A. que declaro conocer y aceptar, publicada en la página web*: www.saludtotal.com.co*, igualmente en cualquier momento puedo ejercer mis

derechos y comunicarme con el responsable del tratamiento de los datos personales por solicitud dirigida al E-mail: *protecciondatos@saludtotal.com.co,* al Teléfono: (57+1) 4854555 y a nivel nacional 018000 114524.

Firma del afiliado (Cotizante) _____

Número de identificación: _____1033777956_____

www.saludtotal.com.co
Línea local en Bogotá 4854555
Línea Nacional de atención al cliente 018000114524
Síguenos en Salud Total EPS. Oficial





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:

NANCY ROCIO SANCHEZ CANTOR, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.033.777.956**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 7 de Julio del 2024.

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.