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:**	2024-10-24	**Hasta:**	2024-10-31	
Nombre del Contratista:	ANGIE VANESSA ROMERO GOMEZ		**Número de Documento:**	1023958425	
Correo Electrónico:	angie12vanessa@hotmail.com		**Número Telefónico:**	3132085769	
Nombre del Supervisor:	YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA	**Cargo:**	PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA SALUD	**Código - Grado:**	242-25

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	7789-2024	**Año Contrato:**	2024	**CDP Contrato Inicial:**	2545
Perfil:	PROFESIONAL UNIVERSITARIO II-EBE				
Dirección a la que Pertenece:	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD				
Unidad de Servicios:	USS SANTA MARTA				

LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS

Centro de Costos	Dirección	Unidad	Número Horas	Número Horas Adicionales	Valor Hora	Total	Procetaje(%) Centro de Costos
V07UI917	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD	USS SANTA MARTA	29	0	21729	$630141	67.5%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 630141**	**SEISCIENTOS TREINTA MIL CIENTOCUARENTA Y UNPESOS**					

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

Fecha de Inicio del Contrato	2024-10-22	**Fecha de Terminación del Contrato Inicial**	2024-11-30
No. Cuenta Según el Mes Certificado	**Mes Cuenta de Cobro**	**Valor a Pagar**	
1	OCTUBRE	$ 630141	

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 5997105	**$ 5997105**	**$ 630141**	**$ 5366964**

© Siasur - 2024

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	1. Realizar apropiación conceptual de los lineamientos y fichas técnicas que se establezcan para cada convenio por parte de SDS	-Consultas realizadas de acuerdo a resolucion 3280 y teniendo en cuenta guia operativa	-Historias clinicas en Dinámica gerencial
2	2. Realizar visita domiciliaria familiar para la identificación, gestión de riesgos y seguimiento al plan de cuidado familiar en salud, acorde a actividades establecidas en los lineamientos operativos	-Se realizan actividades según lo estipulado en los lineamientos y teniendo en cuenta la linea técnica recibida (casa a casa, ruteo y seguimiento)	-Historias clinicas en Dinámica gerencial, formatos en drive, consentimientos informados y desistimientos
3	3. Desarrollar las intervenciones individuales y colectivas en una misma visita a la familia, garantizando la calidad, pertinencia e integralidad de cada una de ellas, acorde a las actividades definidas en los productos correspondientes	-Educación durante la atencion de consulta en el hogar, canalizaciones realizadas según necesidades encontradas	-Registro de recomendaciones en historias clinicas en dinámica gerencial, canalizaciones realizadas en SIRC
4	4. Realizar activación de ruta, derivaciones y notificaciones de eventos de interés en salud pública, agendamiento según el riesgo identificado de cada uno de los usuarios y familias, y su respectivo seguimiento	-Educación durante la atencion de consulta en el hogar, canalizaciones realizadas según necesidades encontradas	-Registro de recomendaciones en historias clinicas en dinámica gerencial, canalizaciones realizadas en SIRC
5	5. Realizar identificación de riesgos y alertas en salud relacionados con los eventos de interés en salud pública, así mismo brindar educación acorde a la necesidad del usuario y validar adherencia al tratamiento	-Consultas realizadas de acuerdo a resolucion 3280 y teniendo en cuenta guia operativa	-Historias clinicas en Dinámica gerencial
6	6. Diligenciar correctamente la historia clínica de acuerdo a los códigos del CIE-10 según la impresión diagnóstica, garantizado la calidad en el registro de la información, así mismo el registro de la información en el aplicativo en línea dispuesto por la SDS.	-Se realizan consultas de acuerdo a resolucion 3280 y teniendo en cuenta guia operativa, se abordan los riesgos sociales y de salud de cada familia lo cual queda consignado en las historias clinicas en Dinamica gerencial	-Historias clinicas en Dinámica gerencial
7	7. Participar en reuniones, asistencias técnicas, comités del cuidado convocadas por la subred y/o SDS	-Se asiste a comites y fortalacemimiento dictados por SDS	-listado de asistencia
8	8. Presentar informes y/o tableros de control solicitados por la subred y/o SDS	-Se realizan fichas de notificación teniendo en cuenta ocurrencia o identificacion de eventos de interes en salud publica durante la consultab en enl hogar	-Fichas de notificacion al sistema de vigilancia epidemiológica
9	9. formular y ejecutar las acciones preventivas y/o correctivas, y/o plan de mejoramiento a que haya lugar de acuerdo a las evaluaciones, recomendaciones obtenidas por parte del equipo de seguimiento asignado por la SDS y recomendaciones del coordinador.	-Entrega de soportes documentales organizados: consentimientos informados y desistimientos	-Archivo que contiene consentimientos informados y desistimientos
10	10. Mantener Adherencia al proceso de gestión documental, en la organización y custodia de los documentos generados.	-Se realizan actividades según lo estipulado en los lineamientos y teniendo en cuenta la linea técnica recibida (casa a casa, ruteo y seguimiento)	-Historias clinicas en Dinámica gerencial, formatos en drive, consentimientos informados y desistimientos

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
11	11. Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales	-Consultas realizadas de acuerdo a resolucion 3280 y teniendo en cuenta guia operativa las cuales son registradas en dinamica gerencial, Diligenciamiento diario de formato de "Ingresos enfermero plan de cuidado" durante la consulta	-Historias clinicas en Dinámica gerencial, Formato de "Ingresos enfermero plan de cuidado" en Drive

© Siasur - 2024

INFORMACIÓN DE PAGO					
Entidad Bancaria	BANCO CAJA SOCIAL - BCSC S.A.	**Tipo de Cuenta**	AHORROS	**Número de Cuenta**	24098515567

HISTÓRICO

OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	ANGIE VANESSA ROMERO GOMEZ	2024-10-28 20:21:57
ACEPTADO SUPERVISIÓN	YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA	2024-10-30 17:37:38
ACEPTADO CONTRATACIÓN	MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO	2024-10-30 21:08:31
INFORME DE ACTIVIDADES PAGADO. SI SU BANCO ES DIFERENTE A DAVIVIENDA EL PAGO PUEDE TARDAR UN DÍA HABIL EN VERSE REFLEJADO EN SU CUENTA	CLAUDIA MARCELA CACERES POVEDA	2024-11-14 12:32:27

Autorizo para que se haga uso de la firma únicamente para el objetivo antes descrito. Y asumo mi responsabilidad por la custodia, reserva y uso de la firma (Conforme con lo previsto en la Resolución 126 del 13 de febrero de 2024)
NOTA: La firma mecánica será para uso exclusivo del aplicativo **SIASUR, MÓDULO DE INFORMES DE ACTIVIDADES DE CONTRATO** de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.



YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA
PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA SALUD

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL POS DE EPS SANITAS

La **EPS SANITAS** en desarrollo de su programa especial para la garantía y prestación del Plan Obligatorio de Salud denominado EPS **SANITAS**,

CERTIFICA

Que Angie Vanessa Romero Gomez, identificado(a) con CC número 1023958425, está registrado(a) en el POS DE EPS SANITAS con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 1023958425
NOMBRES Y APELLIDOS	Angie Vanessa Romero Gomez
TIPO DE AFILIADO	Titular
PARENTESCO	Titular
FECHA DE NACIMIENTO	28/02/1997
ESTADO DE LA AFILIACIÓN	0 Tiene Derecho A Cobertura Integral
CAUSA ESTADO DE AFILIACIÓN	10 - Cobertura Integral
FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS	25/04/2022
FECHA DE RETIRO LABORAL / EPS SANITAS	Activo(a)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SANITAS	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
SEMANAS COTIZADAS EN ÚLTIMO AÑO	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
RÉGIMEN	Contributivo
FECHA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN	25/04/2022
NIVEL SISBEN	No aplica
EMPLEADOR(ES)*	

CEDULA DE CIUDADANIA 1023958425 ANGIE VANESSA ROMERO GOMEZ Desde 24/11/2022 - Vigente

Generado por interfaces 28/10/2024

ESTE DOCUMENTO "NO ES VÁLIDO" PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, NI PARA TRASLADOS.

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **ROMERO GOMEZ ANGIE VANESSA** identificado(a) con **CC** número **1.023.958.425** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 01 de octubre de 2022 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO**.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 28 de octubre de 2024.

Cordialmente,



Cesar Mauricio Aubad Echeverry
Equipo Soporte para Clientes

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**
Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**
www.proteccion.com

2024102819463

HACE CONSTAR:

Que el (los) cliente(s)

ANGIE VANESSA ROMERO GOMEZ Identificado con CC 1023958425

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

Cuentamiga

Número:	24098515567
Fecha de apertura:	9 de Diciembre de 2019
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 pueda interesar, realizada en el Canal Digital de la ciudad de Bogotá, el día Martes, 25 de Julio de 2023.

Cordialmente,

Vicepresidencia de Banca Masiva

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA | Banco Caja Social

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1023958425	ANGIE VANESSA ROMERO GOMEZ	calle 39 sur # 50 a 25	4560032	angie12vanessa@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-10	2024-10	I	27/11/2024	82025188	$375.500	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	162.500	0		0		0	19	2.200	0	164.700	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	208.000	0	0	0	0	19	2.800	0	210.800	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	19	0	0	0
ICBF				
0	19	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	162.500	164.700
Pensión	1	208.000	210.800
Riesgos Laborales	0	0	0
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	2	370.500	375.500

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1023958425	ANGIE VANESSA ROMERO GOMEZ		calle 39 sur # 50 a 25	4560032	angie12vanessa@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-10	2024-10	I	27/11/2024	82025188	$375.500	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estornado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1023958425	ROMERO GOMEZ ANGIE VANESSA	3	0			N																	230201	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS005	1.300.000	162.500		0		0		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

Nequi

Resumen de pago

Descripción de compra
MiPlanilla.com Pago Proteccion Social

Estado de la solicitud
Transacción aprobada

Tienda
COMPENSAR-OI

Fecha de solicitud
26 de noviembre de 2024

CUS
1078004359

Referencia Nequi
M11616240

¿Cuánto?
$ 375.500,00

Valor de los impuestos
$ 0,00

Número de referencia 2
CC

Número de referencia 3
1023958425

Factura de comercio
82025188

Tu plata salió de:



Disponible

Consentimiento Informado para la Toma de Fotografías

MAPA ECONOMICO-ECOLOGICO.

10 / 11 / 2024

Se tomarán fotografías con el fin de llevar este material como registro de la realización de la actividad

Las fotografías pueden ser utilizadas en:

- Redes sociales
- universidades

Doy mi consentimiento para que se tomen fotografías de mí, y para que dichas imágenes sean utilizadas según lo descrito anteriormente. Entiendo que mi participación es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento.

Derechos del Participante

- Tengo derecho a solicitar la eliminación de mis fotos si así lo deseo.
- Mis datos personales serán tratados con confidencialidad y no serán compartidos sin mi consentimiento.

*Firma del Participante: _____

Consentimiento Informado para la Toma de Fotografías

MAPA ECONOMICO-ECOLOGICO.

10 / 11 / 2024

Se tomarán fotografías con el fin de llevar este material como registro de la realización de la actividad

Las fotografías pueden ser utilizadas en:

- Redes sociales
- universidades

Doy mi consentimiento para que se tomen fotografías de mí, y para que dichas imágenes sean utilizadas según lo descrito anteriormente. Entiendo que mi participación es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento.

Derechos del Participante

- Tengo derecho a solicitar la eliminación de mis fotos si así lo deseo.
- Mis datos personales serán tratados con confidencialidad y no serán compartidos sin mi consentimiento.

*Firma del Participante: Cristhan Miranda.

Consentimiento Informado para la Toma de Fotografías

MAPA ECONOMICO-ECOLOGICO.

10 / 11 / 2024

Se tomarán fotografías con el fin de llevar este material como registro de la realización de la actividad

Las fotografías pueden ser utilizadas en:

- Redes sociales
- universidades

Doy mi consentimiento para que se tomen fotografías de mí, y para que dichas imágenes sean utilizadas según lo descrito anteriormente. Entiendo que mi participación es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento.

Derechos del Participante

- Tengo derecho a solicitar la eliminación de mis fotos si así lo deseo.
- Mis datos personales serán tratados con confidencialidad y no serán compartidos sin mi consentimiento.

*Firma del Participante: _____

Consentimiento Informado para la Toma de Fotografías

MAPA ECONOMICO-ECOLOGICO.

10 / 11 / 2024

Se tomarán fotografías con el fin de llevar este material como registro de la realización de la actividad

Las fotografías pueden ser utilizadas en:

- Redes sociales
- universidades

Doy mi consentimiento para que se tomen fotografías de mí, y para que dichas imágenes sean utilizadas según lo descrito anteriormente. Entiendo que mi participación es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento.

Derechos del Participante

- Tengo derecho a solicitar la eliminación de mis fotos si así lo deseo.
- Mis datos personales serán tratados con confidencialidad y no serán compartidos sin mi consentimiento.

*Firma del Participante: _____

Consentimiento Informado para la Toma de Fotografías

MAPA ECONOMICO-ECOLOGICO.

10 / 11 / 2024

Se tomarán fotografías con el fin de llevar este material como registro de la realización de la actividad

Las fotografías pueden ser utilizadas en:

- Redes sociales
- universidades

Doy mi consentimiento para que se tomen fotografías de mí, y para que dichas imágenes sean utilizadas según lo descrito anteriormente. Entiendo que mi participación es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento.

Derechos del Participante

- Tengo derecho a solicitar la eliminación de mis fotos si así lo deseo.
- Mis datos personales serán tratados con confidencialidad y no serán compartidos sin mi consentimiento.

*Firma del Participante: Estiven Moreno.

Consentimiento Informado para la Toma de Fotografías

MAPA ECONOMICO-ECOLOGICO.

10 / 11 / 2024

Se tomarán fotografías con el fin de llevar este material como registro de la realización de la actividad

Las fotografías pueden ser utilizadas en:

- Redes sociales
- universidades

Doy mi consentimiento para que se tomen fotografías de mí, y para que dichas imágenes sean utilizadas según lo descrito anteriormente. Entiendo que mi participación es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento.

Derechos del Participante

- Tengo derecho a solicitar la eliminación de mis fotos si así lo deseo.
- Mis datos personales serán tratados con confidencialidad y no serán compartidos sin mi consentimiento.

*Firma del Participante: Soraida Stella Vasquez

Consentimiento Informado para la Toma de Fotografías

MAPA ECONOMICO-ECOLOGICO.

10 / 11 / 2024

Se tomarán fotografías con el fin de llevar este material como registro de la realización de la actividad

Las fotografías pueden ser utilizadas en:

- Redes sociales
- universidades

Doy mi consentimiento para que se tomen fotografías de mí, y para que dichas imágenes sean utilizadas según lo descrito anteriormente. Entiendo que mi participación es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento.

Derechos del Participante

- Tengo derecho a solicitar la eliminación de mis fotos si así lo deseo.
- Mis datos personales serán tratados con confidencialidad y no serán compartidos sin mi consentimiento.

*Firma del Participante: _____

Consentimiento Informado para la Toma de Fotografías

MAPA ECONOMICO-ECOLOGICO.

10 / 11 / 2024

Se tomarán fotografías con el fin de llevar este material como registro de la realización de la actividad

Las fotografías pueden ser utilizadas en:

- Redes sociales
- universidades

Doy mi consentimiento para que se tomen fotografías de mí, y para que dichas imágenes sean utilizadas según lo descrito anteriormente. Entiendo que mi participación es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento.

Derechos del Participante

- Tengo derecho a solicitar la eliminación de mis fotos si así lo deseo.
- Mis datos personales serán tratados con confidencialidad y no serán compartidos sin mi consentimiento.

*Firma del Participante: Angie Gomez

Consentimiento Informado para la Toma de Fotografías

MAPA ECONOMICO-ECOLOGICO.

10 / 11 / 2024

Se tomarán fotografías con el fin de llevar este material como registro de la realización de la actividad

Las fotografías pueden ser utilizadas en:

- Redes sociales
- universidades

Doy mi consentimiento para que se tomen fotografías de mí, y para que dichas imágenes sean utilizadas según lo descrito anteriormente. Entiendo que mi participación es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento.

Derechos del Participante

- Tengo derecho a solicitar la eliminación de mis fotos si así lo deseo.
- Mis datos personales serán tratados con confidencialidad y no serán compartidos sin mi consentimiento.

*Firma del Participante: Kelly Higuera.

Consentimiento Informado para la Toma de Fotografías

MAPA ECONOMICO-ECOLOGICO.

10 / 11 / 2024

Se tomarán fotografías con el fin de llevar este material como registro de la realización de la actividad

Las fotografías pueden ser utilizadas en:

- Redes sociales
- universidades

Doy mi consentimiento para que se tomen fotografías de mí, y para que dichas imágenes sean utilizadas según lo descrito anteriormente. Entiendo que mi participación es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento.

Derechos del Participante

- Tengo derecho a solicitar la eliminación de mis fotos si así lo deseo.
- Mis datos personales serán tratados con confidencialidad y no serán compartidos sin mi consentimiento.

*Firma del Participante: Johan Cardenas