CONTRATO INDIVIDUAL DE TRABAJO A TÉRMINO FIJO

Entre **María Antonia Zárate Camargo**, representante legal de **la Corporación Educativa y Social Waldorf**, con domicilio en Bogotá D.C., en calidad de **EMPLEADOR,** quien se denominará **LA EMPRESA** y **Francia Alejandra Posada Torres**, residente en la Calle 59 Sur # 52 - 24 - Torre 23 Apto 404 de Bogotá D.C., con **C.C. No. 52.858.785** de Bogotá, y quien se llamará **EL TRABAJADOR**, celebramos el presente contrato de trabajo contenido en las siguientes cláusulas: **PRIMERA.-OBJETO:** La empresa contrata los servicios personales del trabajador para desempeñar sus labores en la sede principal de la Corporación Waldorf ubicada en la Tv 73 H Bis # 75 B 46 Sur y éste se obliga: **a)** A poner al servicio de la empresa toda su capacidad normal de trabajo en el cargo de **Responsable del Servicio del Programa de Jardín Infantil**, de conformidad con lo establecido en los manuales de funciones (Anexo) y procedimientos y las labores anexas y complementarias y las demás que le asignan la ley, dentro del horario que se le indique, de conformidad con las órdenes e instrucciones que se le imparta la empresa, **b)** A no prestar directa o indirectamente servicios laborales a otras empresas, ni a trabajar por cuenta propia en el mismo oficio, durante la vigencia de éste contrato, y **c)** A guardar absoluta reserva y confidencialidad de todos los hechos, los datos administrativos, científicos, técnicos, documentos físicos o electrónicos, etc., que lleguen a su conocimiento, con causa o con ocasión del servicio. **SEGUNDA. -EXCLUSIVIDAD:** El trabajador se compromete durante la vigencia del contrato de trabajo a no prestar sus servicios a terceros, ni a participar en la constitución o conformación de sociedades que desarrollen actividades similares, anexas, complementarias o semejantes a la empresa. **TERCERA.-CONFIDENCIALIDAD:** El trabajador se obliga de manera expresa a abstenerse, durante el contrato de trabajo y con posterioridad a su terminación, de revelar, suministrar, vender, arrendar, publicar, copiar, reproducir, remover, disponer, transferir y en general utilizar directa o indirectamente en favor propio o de otras personas en forma total o parcial, cualquiera que sea su finalidad, la información confidencial o propiedad intelectual de la empresa, a la cual haya tenido acceso o de la cual ha tenido conocimiento en desarrollo de su cargo o con ocasión de éste, sin que medie autorización previa, expresa y escrita del titular de la información para el efecto. **PARÁGRAFO 1:** El trabajador declara que conoce y entiende las normas legales sobre propiedad intelectual y competencia desleal comprometiéndose por tanto a cumplirlas con posterioridad a la terminación de su contrato de trabajo. **PARÁGRAFO 2:** Las partes a título indicativo (no exclusivo) declaran que la siguiente información y documentos de la empresa son de carácter confidencial: Estados Financieros de la Empresa, Declaraciones de Renta, Balances, software creados o diseñados para la Empresa, Informes estadísticos, Manuales de funciones y Procedimientos, reportes, informes técnicos, registros fotográficos y fílmicos, Convenios, Contratos, información de productos, la información contenida en las bases de datos de la Compañía, así como cualquier otro documento que resulte sensible y relevante para el adecuado manejo de los negocios de la empresa. **CUARTA. -SALARIO:** La empresa pagará al trabajador como remuneración por la prestación de sus servicios la suma de **DOS MILLONES OCHOCIENTOS OCHENTA Y UN MIL SEISCIENTOS NOVENTA PESOS M/L** mensuales ($2.881.690.oo) pagaderos en mensualidades vencidas; los últimos cinco días hábiles de cada mes. Dentro de este pago se encuentra incluida la remuneración de los descansos dominicales y festivos. **PARÁGRAFO:** La empresa pagará los derechos laborales por medio de consignación o transferencia bancaria a la cuenta personal del trabajador. Él, a más tardar dentro de los 15 días siguientes a la firma de este contrato, deberá haber presentado la certificación bancaria correspondiente. **QUINTA. -JORNADA LABORAL:** El trabajador se obliga a laborar mínimo la jornada ordinaria en los turnos y dentro de las horas señaladas por la empresa, pudiendo ella hacer los ajustes o cambios de horario cuando lo estime conveniente. **SEXTA. -DURACIÓN** El presente contrato se celebra por un término fijo hasta el 07 de Diciembre de 2024, iniciándose a partir de la fecha de su firma, pero la primera quinta parte del mismo se considera como período de prueba, por consiguiente cualquiera de las partes podrá terminarlo unilateralmente en cualquier momento durante ese tiempo. **PARÁGRAFO: OBLIGACIÓN ESPECIAL A LA TERMINACIÓN DEL CONTRATO POR CUALQUIER CAUSA, FORMA O MODO:** El trabajador se obliga especialmente con la empresa a entregar a la terminación del contrato de trabajo, su cargo y puesto de trabajo, entregando el respectivo inventario, mercancía, elementos, documentos e información pertinente, con informes detallados de toda la operación y con rendición de cuentas. **SÉPTIMA.-JUSTAS CAUSAS DE DESPIDO:** Son justas causas para poner fin a éste contrato unilateralmente por parte de la empresa, además de las enumeradas en el Art. 7º, del Decreto Ley 2351 de 1.965, las siguientes faltas que para el efecto se califican como graves: a) La inobservancia o violación de los respectivos manuales de funciones y procedimientos que además se consideran parte integral del presente contrato; b) La violación por parte del trabajador de cualquiera de sus obligaciones legales,

contractuales o reglamentarias y en especial las cláusulas de exclusividad y confidencialidad; c) La no asistencia puntual al trabajo, sin excusa suficiente a juicio de la empresa, por dos veces dentro de un mismo mes calendario; d) La ejecución por parte del trabajador de labores remuneradas o no, al servicio de terceros sin autorización de la empresa, es decir, el incumplimiento de la cláusula de exclusividad; e) La revelación de secretos y datos reservados de la empresa; f) El hecho que el trabajador llegue embriagado o ingiera bebidas embriagantes a sustancias similares en el sitio de trabajo, aún por primera vez; g) El hecho que el trabajador abandone el sitio de trabajo sin el permiso de sus superiores; h) La no asistencia a una sección completa de la jornada de trabajo, o más, sin excusa suficiente a juicio del empleador; i) La mala atención al público, clientes o usuarios o la mala ejecución de los procedimientos de la empresa, según el caso; j) El hecho que el trabajador se niegue a prestar un turno de servicio sin razones válidas, a juicio del empleador; k) Todo acto del trabajador que perturbe la disciplina o el buen orden en el lugar de trabajo o que dé lugar a reclamos por parte de los usuarios de la empresa; l) El permitir sin autorización de la empresa o sin ocasión del servicio la entrada y permanencia de personas extrañas a las dependencias puestas bajo su responsabilidad m) El hecho que el trabajador sin previa autorización, cambie de turno, modifique el horario de servicios con otro empleado o con personas ajenas a la empresa; n) El irrespeto a sus superiores, compañeros clientes o usuarios, en forma verbal o escrita, y todo acto de violencia o simple amenaza o actitud desafiante o agresiva, en el servicio o fuera de él; ñ) La violación o incumplimiento de las labores u obligaciones específicas para las cuales fue contratado; o) La utilización de los medios y herramientas de trabajo suministrados para la prestación de servicios para terceros no autorizados previamente y por escrito; p) Comentar, aún en forma indirecta, asuntos confidenciales puestos bajo su responsabilidad o conocidos en virtud de su trabajo; q) Aceptar o solicitar créditos o dádivas a los clientes de la empresa, a cambio de favores o tratamientos especiales en los asuntos que dichos clientes tramiten ante la empresa, y r) El incumplimiento de las metas y obligaciones señaladas en la cláusula primera de éste contrato. **OCTAVA. -PROPIEDAD INTELECTUAL:** Las invenciones y trabajos originales de autor (incluyendo descubrimientos, ideas, mejoras, software, hardware o diseños de sistemas, ya sean patentables, registrables o no), concebidos o hechos por el trabajador durante la ejecución del presente contrato y que de alguna manera se relacionen con el objeto del mismo pertenecerán a la empresa. En consecuencia, el trabajador se obliga a informar a la empresa inmediatamente, sobre la existencia de dichas invenciones o trabajos originales. El trabajador accederá a facilitar el cumplimiento oportuno de las correspondientes formalidades y dará su firma o extenderá los poderes y documentos necesarios para transferir los derechos de autor a la empresa, cuando así se le solicite, sin que ella quede obligada a pago de compensación alguna. Todo lo anterior de conformidad con lo dispuesto en el artículo 539 del Código de Comercio, en concordancia con el primer inciso de los artículos 22, 88, 114 de la Decisión 486 de 2000, de la Comisión de la Comunidad Andina de Naciones. En consecuencia, la empresa tendrá derecho de hacer patentar a su nombre o a nombre de terceros esos inventos o mejoras, respetándose el derecho del trabajador a ser mencionado como inventor en la patente, si así lo desea. El trabajador accederá a facilitar el cumplimiento oportuno de las formalidades, y dará su firma o extenderá los poderes y documentos necesarios para tal fin según y cuando se lo solicite la empresa, sin que ésta quede obligada el pago de compensación alguna. **NOVENA. -USO DE SOFTWARE:** La empresa tiene licencia de todos los programas de software que utiliza. El trabajador no es propietario de ninguno de ellos o de sus manuales o herramientas, y no tiene derecho a reproducirlos. En cuanto al uso de redes o a las licencias corporativas en los equipos, el trabajador sólo utilizará el software de acuerdo con lo convenido en la licencia. El trabajador, al tener conocimiento de cualquier uso indebido del software, deberá notificarlo inmediatamente a superior jerárquico. El trabajador no podrá hacer, comprar o utilizar copias no autorizadas de software, constituyendo la violación a esta prohibición justa causa para dar por terminado unilateralmente el contrato de trabajo. Así mismo, se le prohíbe al trabajador el uso de equipos de computación y del respectivo software para elaboración de trabajos personales. **DÉCIMA. -TRASLADOS:** El trabajador puede ser trasladado para prestar sus servicios a lugar distinto del inicialmente contratado. Los gastos que se originen con el traslado serán cubiertos por la empresa de conformidad con el numeral 8°, del Artículo 57 del C.S.T. El trabajador se obliga a aceptar los cambios de oficio que decida la empresa dentro de su poder subordinante, de conformidad con la ley. **DÉCIMO PRIMERA.-AUTORIZACIONES:** De conformidad con los ordinales 1, 3, 5 y 6 del artículo 58 del C.S.T., el trabajador se compromete a devolver a la empresa, en el momento de su retiro o cuando vaya a disfrutar de las vacaciones, al entregar cada turno o cuando la empresa lo solicite, las dotaciones y demás instrumentos, suministrados por la empresa para cumplir sus funciones, en caso contrario, es decir, que no se haga dicha entrega de los elementos bajo su cuidado, la empresa queda autorizada por el trabajador para descontar de la suma que le corresponda por concepto

de salarios, prestaciones sociales, vacaciones e indemnizaciones, el valor de los elementos no devueltos o entregados en mal estado, salvo el deterioro natural por su uso. Igualmente, cuando por razón de negligencia, descuido u otra excusa inválida del trabajador, a juicio del empleador, se causan daños en el lugar del trabajo, en maquinarias, equipos o instalaciones, implementos, o se produzcan pérdidas de mercancías, materias primas equipos de oficina, herramientas etc., la empresa queda autorizada por el trabajador para efectuar los descuentos de sus salarios, prestaciones sociales, vacaciones e indemnizaciones que le correspondan, hasta completar el valor de los daños o pérdidas o la respectiva indemnización a terceros, según el caso. **DÉCIMO SEGUNDA. -PAGOS NO SALARIALES:** De conformidad con el Artículo 128 del C.S.T., los pagos allí enumerados no tendrán carácter salarial y en especial los pagos que reciba el trabajador, adicionales o diferentes al salario pactado en la cláusula segunda de éste contrato y los en cláusula adicional se consignarán. El presente contrato reemplaza en su integridad y deja sin efecto alguno cualquiera otro verbal o escrito celebrado por las partes con anterioridad. Se deja constancia que el trabajador recibe copia del presente contrato de trabajo y de los manuales de funciones y procedimientos.

En constancia se firma en Bogotá D.C., a los dos (02) días del mes de Mayo 2024.

EL TRABAJADOR

LA EMPRESA

compensar | salud eps

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

No. de Radicación:

Fecha de Radicación (Día - Mes - Año): 21 01 2025

21 ENE 2025

Cod. 517 Diana Milena Cadena Cuervo

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. Contribución solidaria	5. Tipo de afiliado	6. Tipo de cotizante	7. Código (a registrar por la EPS)
A. Afiliación [ ]	A. Individual: • Cotizante o cabeza de Familia [X] • Beneficiario o afiliado adicional [ ]	A. Contributivo [X]	Si [ ]	A. Cotizante [X]	A. Dependiente [X]	01
B. Reporte de Novedades [X]	B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]	B. Subsidiado [ ]	No [ ]	B. Cabeza de familia [ ] C. Beneficiario [ ] D. Afiliado adicional [ ]	B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]	

A. AFILIACIÓN / II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante, cabeza de familia o benef ciario cuando aplique o af liado adicional)

8. Apellidos y nombres			
POSADA	TORRES	FRANCIA	ALEJANDRA

9. Tipo de documento de identidad	10. Número de documento de identidad	11. Sexo biológico	12. Sexo identificación
C.C	52858785	Femenino [X] Masculino [ ]	F [X] M [ ] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cuál?

13. Nacionalidad	14. Lugar de nacimiento			15. Fecha de nacimiento (Día - Mes - Año)
COLOMBIANA	VILLAVICENCIO-META	CUNDINAMARCA	BOGOTA	04/06/1982

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

16. Etnia	17. Comunidad	18. Discapacidad	
		Si [ ]	No [ ] Categoría de discapacidad

19. Tiene encuesta SISBÉN	20. Clasificación SISBÉN	21. Grupo de población especial	22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL
Si [ ] No [ ]	Nivel [ ] Grupo [ ]		POSITIVA

23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotización - IBC	25. Tarifa Contribución Solidaria	26. Residencia
PROTECCIÓ	1423500		DIAG 41 SUR # 34 -22

7189019	3017538016	ALEJANDRAYBEBE@GMAIL.COM	CUNDINAMARCA

BOGOTA	CIUDAD BOLIVAR	Zona	Cabecera Municipal [ ]	Centro Poblado [ ]	Rural Disperso [ ] Resto Rural [ ]

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR (Datos básicos de identif cación del cónyuge o compañero (a) permanente del cotizante)

27. Apellidos y nombres			

28. Tipo de documento de identidad	29. Número de documento de identidad	30. Sexo biológico	31. Sexo identificación
		Femenino [ ] Masculino [ ]	F [ ] M [ ] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cuál?

32. Nacionalidad	33. Lugar de nacimiento			34. Fecha de nacimiento (Día - Mes - Año)

Datos básicos de identif cación de los benef ciarios y de los af liados adicionales

	35. Apellidos y nombres			
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

	36. Tipo de documento de identidad	37. No. del documento de identidad	38. Nacionalidad	39. Sexo biológico		40. Sexo Identificación						41. Lugar de nacimiento			42. Fecha de nacimiento (Día - Mes - Año)
				Femenino	Masculino	F	M	T	NB	Otro	Cuál?	País	Departamento	Municipio	
B1															
B2															
B3															
B4															
B5															

Datos complementarios del Benef ciario

	43. Parentesco	44. Etnia	45. Comunidad	46. Grupo de población especial	47. Tiene encuesta SISBÉN		48. Clasificación SISBÉN		49. Discapacidad			50. Incapacidad permanente	
					SI	NO	Nivel	Grupo	SI	NO	Categoría de discapacidad	SI	NO
B1													
B2													
B3													
B4													
B5													

51. Datos de residencia

	Departamento	Municipio/ Distrito	Cabecera Municipal	Centro Poblado	Rural disperso	Resto Rural	Teléfono fijo y/o celular	52. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
B1								
B2								
B3								
B4								
B5								

	Dirección	Localidad/Comuna	Correo Electrónico
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

V001

FOR-EPSVTA-0002

	53. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS	54. Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C	Ciudad Bolivar	1065
B1		
B2		
B3		
B4		
B5		

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL APORTANTE, DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA O RESPONSABLES DEL PAGO

55. Nombre o razón social	56. Tipo de documento de identificación	57. Número del documento de identificación	58. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)	
CORPORACIÓN EDUCATIVA Y SOCIAL WALDORF	NIT	830108464-0		
59. Ubicación				
TV 73 H BIS # 75 B 46 SUR	7189019	CESWALDORF@CESWALDORF.ORG	CUNDINAMARCA	BOGOTA

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. Tipo de Novedad

- [ ] 1. Modificación de datos básicos de identificación.
- [ ] 2. Corrección de datos básicos de identificación.
- [ ] 3. Actualización del documento de identificación.
- [ ] 4. Actualización y corrección de datos complementarios.
- [ ] 5. Terminación de la inscripción en la EPS. Código
- [ ] 6. Reporte de pago a través de un tercero. Código
- [ ] 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
- [ ] 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
- [x] 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. Inscripción EPS retorno al país.
- [ ] 12. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [ ] 13. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [ ] 14. Movilidad: [ ] A. Régimen Contributivo [ ] B. Régimen Subsidiado
- [ ] 15. Traslado: [ ] A. Mismo Régimen [ ] B. Diferente Régimen
- [ ] 16. Reporte de fallecimiento del Cotizante o Cabeza de familia.
- [ ] 17. Reporte del trámite de protección al cesante.
- [ ] 18. Reporte de la calidad de Pre- pensionado.
- [ ] 19. Reporte de la calidad de Pensionado.
- [ ] 20. Ingreso a Contribución Solidaria.
- [ ] 21. Retiro de Contribución Solidaria.

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de identificación			

Tipo de documento de identidad	Número de documento de identidad	62. Sexo biológico	Femenino	Masculino	63. Sexo identificación	F	M	T	NB	Otro	Cuál?

64. Fecha de nacimiento (Día - Mes - Año)	65. EPS anterior	66. Fecha de novedad (Día - Mes - Año)	67. Motivo de traslado	Cod.	68. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones
		13/01/2025			

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- [x] 69. Declaraciones de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- [ ] 70. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
- [ ] 71. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- [ ] 72. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
- [x] 73. 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.
- [x] 74. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.
- [x] 75. 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.
- [x] 76. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.
- [ ] 77. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes.
- [ ] 78. Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, según la encuesta del Sisbén vigente.

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

79. En caso de ausencia o fallecimiento del cabeza de familia reporte la persona de su grupo familiar que se hará cargo del pago de la Contribución Solidaria

Apellidos y nombres			

Tipo de documento de identidad	Número de documento de identidad

IX. FIRMAS

80. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional	81. Aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de Oficio

X. ANEXOS

- [ ] 82. Anexo copia del documento de identidad CN [ ] RC [ ] TI [ ] CC [ ] PA [ ] CE [ ] CD [ ] SC [ ] PT [ ] Cantidad de documentos de identidad anexos:
- [ ] 83. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- [ ] 84. Copia del registro civil de matrimonio, o de la escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
- [ ] 85. 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.
- [ ] 86. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.
- [ ] 87. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
- [ ] 88. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres.
- [ ] 89. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud numeral 4 y 5 del artículo 2.1.7.3 del Decreto 780 de 2016.
- [ ] 90. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [ ] 91. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

Total Anexos

XI. DATOS DE LA ENTIDAD TERRITORIAL Y/O INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL

92. Identificación de la Entidad Territorial	Código del municipio	Código del departamento	93. Nombre de la Institución

XII. DATOS DEL FUNCIONARIO DE LA ENTIDAD TERRITORIAL O DE LA INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL

94. Apellidos y nombres			

Tipo de documento de identidad	Número de documento de identidad	95. Firma del funcionario

96. Fecha de radicación (Día - Mes - Año)	97. Fecha de validación (Día - Mes - Año)

OBSERVACIONES: Ost 52858785

feb.

21 ENE 2025

Cod. 617 Diana Milena Caldas Quintero

SUJETO A VERIFICACIÓN

Recuerde que con la firma del formulario, el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el capítulo VII del formulario

VIGILADO Supersalud
PROGRAMA COMPENSAR EPS Aviso 20-2 de 15 de Enero de 2016 PLAN COMPLEMENTARIO APROBADO RESOLUCIÓN 1273
Vigilado Supersubsidio

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: _____ 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:

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 ENE 2025

Sed. 617 Diana Milena Cañas Ortiz
SUJETO A VERIFICACIÓN

AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Autorizo de manera voluntaria, explícita e inequívoca, previamente informada a la caja de compensación familiar Compensar y sus unidades de servicio (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 y novedades 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. Validar mi identidad a través de mecanismos de autenticación electrónica. Registrar mi información en la base de datos del Operador de Información Compensar - miplanilla. 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, estrategias de marketing, promociones o concursos y todas aquellas actividades asociadas a los servicios de Compensar. Entiendo que compensar realiza el envío de información y la gestión de cobranzas a través de visitas, 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.

Si ☐ No ☐

Firma del afiliado: _____

No. Identificación: 52858785

VIGILADO Supersalud

Vigilado Supersubsidio

FOR-EPSVTA-0002 V001

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **POSADA TORRES FRANCIA ALEJANDRA** identificado(a) con **CC** número **52.858.785** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 11 de octubre de 2002 y sus recursos se encuentran distribuidos como se enuncia a continuación, de conformidad con lo consagrado en el Decreto 2373 de 2010 así:

1. El 20% al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MODERADO
2. El 80% al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 23 de enero de 2025.

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

2025012310485

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, **FRANCIA ALEJANDRA POSADA TORRES** identificado con **CC** No. **52858785**, registra la siguiente información.

Datos del Empleador	Datos de la Relación Laboral
CORPORACION EDUCATIVA Y SOCIAL WALDORF - NI. 830108464	**Fecha de inicio de cobertura :** 16/01/2025 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Tipo Vinculación:** TRABAJADOR DEPENDIENTE **Clase de Riesgo:** 2

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): 202501011356237.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 15 días del mes de enero de 2025.

Cordialmente,

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

MIS_4_1_3_FR15 v_07