CUENTA DE COBRO REGIMEN SIMPLIFICADO

Documento Equivalente a Factura, (Art.3 Dec.522 de 2003)

Ciudad y Fecha:	Cartagena de Indias, 26 de Mayo de 2025	Cuenta Cobro No.	3

PERSONERIA DISTRITAL DE CARTAGENA
NIT. 806.000084-2

DEBE A:

ANA MARY NAVARRO DEL RIO
IDENTIFICACIÓN No. 1143413172

LA SUMA DE:
$2,200,000
Dos Millones Doscientos Mil pesos 00 M/CTE

POR CONCEPTO DE:

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES TEMPORAL POR PARTE DEL CONTRATISTA COMO ABOGADA Y DE CONFORMIDAD A LA EXPERIENCIA E IDONEIDAD REQUERIDAS POR LA PERSONERÍA DISTRITAL DE CARTAGENA PARA ACTIVIDADES MISIONALES Y/O ADMINISTRATIVAS REQUERIDAS POR EL ÁREA DE PERSONERÍA DELEGADA PARA LA VIGILANCIA DE LA CONDUCTA OFICIAL - INSTRUCCIÓN DISCIPLINARIA O LA DELEGADA, OFICINA O DEPENDENCIA A LA QUE SEA ASIGNADO PARA APOYO. .

Desembolso No.	3	Periodo reportado:	Del 27 de Abril al 26 de Mayo del 2025

Entidad Bancaria:	BANCO DAVIVIENDA SA	Tipo de Cuenta:	AHORRO
Cuenta Bancaria No.	0550488423441705	Títular de la Cuenta:	ANA MARY NAVARRO DEL RIO



ANA MARY NAVARRO DEL RIO
1143413172

	PERSONERIA DISTRITAL DE CARTAGENA	Código: GA-F-005
	GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA	Versión: 2
	FORMATO DE INFORME DE ACTIVIDADES	Fecha de aprobación (d/m/a): 22/04/2016

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS No.CO1.PCCNTR.7568829	
OBJETO	CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES TEMPORAL POR PARTE DEL CONTRATISTA COMO ABOGADA Y DE CONFORMIDAD A LA EXPERIENCIA E IDONEIDAD REQUERIDAS POR LA PERSONERÍA DISTRITAL DE CARTAGENA PARA ACTIVIDADES MISIONALES Y/O ADMINISTRATIVAS REQUERIDAS POR EL ÁREA DE PERSONERÍA DELEGADA PARA LA VIGILANCIA DE LA CONDUCTA OFICIAL - INSTRUCCIÓN DISCIPLINARIA O LA DELEGADA, OFICINA O DEPENDENCIA A LA QUE SEA ASIGNADO PARA APOYO.
VALOR DEL CONTRATO	$ 15400000
PLAZO DE EJECUCION	7 MESES
FECHA FIRMA CONTRATO	27 de Febrero del 2025
FECHA INICIO CONTRATO	27 de Febrero del 2025
DOCUMENTO DE IDENTIFICACION:	1143413172
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	ANA MARY NAVARRO DEL RIO
VALOR PAGO PARCIAL:	2200000
PERIODO DE ACTIVIDADES:	Del 27 de Abril al 26 de Mayo del 2025

ACTIVIDADES REALIZADAS

No.	Radicado	Fecha	Nombre de la Actividad	Asunto	Descripcion
1	2504291143413172128269	2025-04-29	PROYECCION DE OFICIOS		AUTO REMITE POR COMPETENCIA A LA OACID DE LA ALCALDIA DISTRITAL
2	2504291143413172128270	2025-04-29	PROYECCION DE OFICIOS		OFICIO REMITE POR COMPETENCIA A LA OACID
3	2504291143413172128273	2025-04-29	ASISTENCIA A CAPACITACION		CAPACITACIÓN CONTRATACIÓN ESTATAL SECOP II
4	2505141143413172130948	2025-05-14	PROYECCION DE OFICIOS		REMITE POR COMPETENCIA RE2504080915102803
5	2505141143413172130967	2025-05-14	PROYECCION DE OFICIOS		AUTO QUE APERTURA INDAGACIÓN DISCIPLINARIA RAD. 447-2025
6	2505211143413172132097	2025-05-21	PROYECCION DE OFICIOS		SOLICITUD DE DOCUMENTOS INDAGACIÓN 447-25
7	2505221143413172132312	2025-05-22	PROYECCION DE OFICIOS		OFICIOS REMITE QUEJA A LA PGN



ANA MARY NAVARRO DEL RIO
1143413172

Cartagena de Indias, 27 de Mayo del 2025

CERTIFICADO DE REVISION DE CUENTAS DE COBRO

Luego de la revisión en la cuenta de cobro para el(a) contratista ANA MARY NAVARRO DEL RIO, identificado(a) con cedula de ciudadania No. 1143413172, con el contrato de servicios No. CO1.PCCNTR.7568829 en su cuota No. 3 encontramos:

1. La documentación anexada se encuentra dentro de los lineamientos jurídicos y legales que se exigen para su pago.

2. El pago de su seguridad social fue verificado en la plataforma de liquidación.

3. El pago de la seguridad social está bajo las condiciones de ley; el IBC es igual o superior al 40% de la cuota del contrato.

4. Se evidencia y verifica el pago a los aportes parafiscales de salud, pension y ARL.

5. Se verifica que el periodo de pago de la seguridad social es el correcto y coincide con el periodo de las actividades.

6. Se verifica que la cuenta ya cumplió con su periodo de actividades.

CONCLUSION: LA CUENTA DE COBRO SE ENCUENTRA EN ESTADO VIABILIZADO PARA LA SUPERVISION DE ACTIVIDADES.

Revisó,



LUIS EDUARDO PALOMARES AMADOR
73138667

	PERSONERIA DISTRITAL DE CARTAGENA	
	GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA	
	FORMATO DE INFORME DE SUPERVISIÓN DE CONTRATO. (Art. 83 Ley 1474/2011 – Art. 4.5 Res. 1224001 de 2018)	
CODIGO: GA-F-018	VERSIÓN: 4	FECHA DE APROBACIÓN :(d-m-a): 13/05/2021

INFORME DE CONTROL TÉCNICO, ADMINISTRATIVO, FINANCIERO, CONTABLE, Y JURÍDICO SOBRE EL CUMPLIMIENTO DEL OBJETO DEL CONTRATO.	
1. INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA, TÉCNICA Y JURÍDICA DEL CONTRATO No. CO1.PCCNTR.7568829	
1.1 Lugar y fecha de suscripción:	Cartagena de Indias, 27 de Febrero del 2025
1.2 Tipo de Contrato:	Prestación de servicios
1.3 Contratista:	Nombre: ANA MARY NAVARRO DEL RIO CC/NIT: 1143413172
1.4 Contratante:	PERSONERIA DISTRITAL DE CARTAGENA NIT: 806000084-2
1.5 Supervisor:	Nombre: RAUL FERNANDO GUERRERO DURANGO
1.6 Objeto:	CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES TEMPORAL POR PARTE DEL CONTRATISTA COMO ABOGADA Y DE CONFORMIDAD A LA EXPERIENCIA E IDONEIDAD REQUERIDAS POR LA PERSONERÍA DISTRITAL DE CARTAGENA PARA ACTIVIDADES MISIONALES Y/O ADMINISTRATIVAS REQUERIDAS POR EL ÁREA DE PERSONERÍA DELEGADA PARA LA VIGILANCIA DE LA CONDUCTA OFICIAL - INSTRUCCIÓN DISCIPLINARIA O LA DELEGADA, OFICINA O DEPENDENCIA A LA QUE SEA ASIGNADO PARA APOYO.
1.7 Plazo:	7 MESES
1.8 Plazo Otro Si:	
1.9 Polizas:	
1.10 Fecha de Inicio:	27 de Febrero del 2025
2. INFORMACIÓN FINANCIERA Y CONTABLE DEL CONTRATO No. CO1.PCCNTR.7568829	
2.1 CDP No:	14
2.2 CDP OTROS SI No:	
2.3 CRP No:	178
2.4 CRP OTRO SI No:	
2.5 Valor del contrato:	$ 15400000
2.6 Valor del Otro SI:	$
2.7 Valor parcial:	$ 2200000
3. CONTROL DE CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO No. CO1.PCCNTR.7568829	
El suscrito Supervisor, por medio del presente informe certifica que ha revisado a través del sistema SIAP y/o SECOP II el informe de actividades presentado por el contratista y los soportes de estas, para acreditar el cumplimiento del objeto contractual durante el periodo de ejecución comprendido entre Del 27 de Abril al 26 de Mayo del 2025 y que dicho informe de actividades satisface el cumplimiento las obligaciones contraídas en el Contrato, por lo que se reciben a satisfacción. Así mismo se informa, que el Contratista anexó a través del sistema SIAP y/o SECOP II su factura o cuenta de cobro con la documentación exigida para el trámite de pago, la cual fue objeto de verificación por la Dirección Administrativa de la Personería de Cartagena, respecto a la información financiera, periodos de pago y de seguridad social del contratista.	

Conforme con lo anterior, se expide el presente informe para el pago de los servicios prestados, el 27 de Mayo del 2025.

RAUL FERNANDO GUERRERO DURANGO
9097257

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1143413172		NAVARRO DEL RIO ANA MARY	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	socorro plan 554 mz 99 lote 1	CARTAGENA-BOLIVAR	3005616085	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-04	2025-04	09576014	9485357591	I	2025/05/19	2025/05/26	BANCO DE OCCIDENTE	7	$415,400

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$7,500		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$7,500		$0	$0
Ciudad: CARTAGENA Depto: BOLIVAR (1 Afiliados)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$7,500		$0	$0
1	CC	1143413172 NAVARRO ANA	25-14	30	$1,423,500	$227,800	EPS010	30	$1,423,500	$178,000		0	$0	$0	14-23	30	$1,423,500	$7,500	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**			$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$7,500		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1143413172		NAVARRO DEL RIO ANA MARY	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	socorro plan 554 mz 99 lote 1	CARTAGENA-BOLIVAR	3005616085	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-04	2025-04	09576014	9485357591	I	2025/05/19	2025/05/26	BANCO DE OCCIDENTE	7	$415,400

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$227,800	$1,100	$0	$228,900
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$227,800	$1,100	$0	$228,900
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$7,500	$100	$0	$7,600
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$7,500	$100	$0	$7,600
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$178,000	$900	$0	$178,900
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	$178,000	$900	$0	$178,900
TOTAL				**1**	**$413,300**	**$2,100**	**$0**	**$415,400**

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS
NIT 860.011.153-6
ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
www.positiva.gov.co

FORMULARIO DE AFILIACIÓN DEL TRABAJADOR **INDEPENDIENTE** A LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES

SEÑOR CONTRATISTA
Recuerde que una vez cumplida la fecha de terminación de la afiliación, SI usted desea continuar con el cubrimiento ante nuestra ARL, lo invitamos a que ingrese al portal transaccional y registre la novedad respectiva.

20240624031143413172O1

I. DATOS GENERALES DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE

* TIPO DOC. CC / No. DE DOCUMENTO 1143413172	PRIMER APELLIDO NAVARRO
	SEGUNDO APELLIDO DEL RIO
PRIMER NOMBRE ANA	SEGUNDO NOMBRE MARY
* FECHA NACIMIENTO AÑO 1999 MES 04 DÍA 05	SEXO M ( ) F (X)
NACIONALIDAD COLOMBIA	
EPS ACTUAL SALUD TOTAL S.A. E.P.S.	AFP ACTUAL COLPENSIONES ADMINISTRADORA C
DIRECCIÓN RESIDENCIA SOCORRO PLAN 554 MZ 99 LT 1	
DEPARTAMENTO BOLIVAR	MUNICIPIO CARTAGENA (DISTRITO)
CELULAR O TELÉFONO FIJO 3005616085	CORREO ELECTRÓNICO ANANAVARRODR@HOTMAIL.COM

II. INFORMACIÓN DE LA AFILIACIÓN O DEL CONTRATO

TIPO: ADMINISTRATIVO (X) COMERCIAL ( ) CIVIL ( )	PÚBLICO (X) PRIVADO ( ) SUMINISTRO DE TRANSPORTE SI ( ) NO (X)
* FECHA INICIO AÑO 2024 MES 05 DÍA 16	* FECHA DE TERMINACIÓN AÑO 2024 MES 10 DÍA 16 — No. DE MESES 5
DÍAS Y HORARIO DE TRABAJO LUNES (X) MARTES (X) MIERCOLES (X) JUEVES (X) VIERNES (X) SABADO ( ) DOMINGO ( )	DE 06:00 AM (X) PM ( ) HASTA 06:00 AM ( ) PM (X)
VALOR TOTAL $11000000	VALOR MENSUAL $2200000 — * INGRESO BASE DE COTIZACIÓN $1300000
* ACTIVIDAD A EJECUTAR ACTIVIDADES JURÍDICAS, INCLUYE EL DE REPRESENTACIÓN D	CÓDIGO 1691001 USO ARL
CARGO U OCUPACIÓN CONTRATISTA	TAXISTA SI ( ) NO (X)
DIRECCIÓN PERSONERIA DE CARTAGENA	
DEPARTAMENTO BOLIVAR	MUNICIPIO CARTAGENA (DISTRITO)

III. INFORMACION DEL CONTRATANTE, EMPRESA TRANSPORTADORA (Habilitada por el Ministerio de Transporte para taxistas) O CONTRATANTE PARA INDEPENDIENTE VOLUNTARIO.

* ENTIDAD CONTRATANTE TIPO DOC. NI / No. DE DOCUMENTO 806000084 DV 2	* NOMBRE O RAZÓN SOCIAL PERSONERIA DISTRITAL DE CARTAGENA
CÓDIGO ACTIVIDAD ECONÓMICA CENTRO DE TRABAJO 1841201 DE ARL	La clasificación del riesgo se determinará con el mayor entre la clase de riesgo del centro de trabajo del contratante y el propio de la actividad ejecutada por el contratista. (Art. 11 Dec 723/13)
DIRECCIÓN PRINCIPAL BR AMBERES	
DEPARTAMENTO BOLIVAR	MUNICIPIO CARTAGENA (DISTRITO)
TELÉFONO 3016757865 — FAX	CORREO ELECTRÓNICO JAZMIN.MENDOZA@HOTMAIL.COM
* DATOS QUIEN FIRMA CONTRATO TIPO DOC. CC / No. DE DOCUMENTO 33199788	PRIMER APELLIDO DE CARO — SEGUNDO APELLIDO MEZA
PRIMER NOMBRE CARMEN	SEGUNDO NOMBRE ELENA

CON ESTE FORMULARIO SE PERFECCIONA LA AFILIACIÓN DELTRABAJADOR INDEPENDIENTE AL SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES, EL CUAL SE RIGE EN TODOS SUS ASPECTOS POR LO DISPUESTO EN EL DECRETO LEY 1295 DE 1994, LEY 776 DE 2002, DECRETO 723 DE 2013, DECRETO 1563 DE 2016 Y DEMÁS NORMAS QUE MODIFIQUEN, ADICIONEN O SUSTITUYAN.

DECLARO QUE LOS DATOS REGISTRADOS EN ESTE FORMULARIO SON VERÍDICOS Y PUEDEN SER CONFIRMADOS POR LA ENTIDAD ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES

Formulario Firmado Electrónicamente / 2024-06-24 / 17:46:37

* ANA MARY NAVARRO DEL RIO

FIRMA DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE

PARA USO EXCLUSIVO DE LA ARL

CÓDIGO ACTIVIDAD ECONÓMICA: 1691001
CLASE DE RIESGO: 1
TARIFA: 0,52200

* **LA FALSEDAD EN LOS CAMPOS MARCADOS CON (*) GENERAN NULIDAD DEL FORMULARIO Y POR ENDE EN LA AFILIACIÓN**

Rev. Noviembre/ 2019

Autorizado por la Superintendencia Financiera para operar el ramo de seguros de Riesgos Laborales, mediante Resolución No. 3187 del 28 de Diciembre de 1995. Para todos los efectos de afiliación y cobertura del Sistema General de Riesgos Laborales.
VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
DISTRIBUCIÓN GRATUITA PROHIBIDA SU VENTA

AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS
PERSONALES - TRABAJADOR INDEPENDIENTE

POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS

A. Declaro que Positiva Compañía de Seguros S.A. (la "Compañía") me ha informado que el Aviso de Privacidad y el manual de tratamiento de Datos Personales se encuentra publicado en https://www.positiva.gov.co/tramites-Servicios/habeas-data/Paginas/default.aspx

B. Declaro que he sido informado que la Compañía podrá recolectar, almacenar, usar, procesar, transmitir, o transferir (el "Tratamiento"), la información vinculada o que pueda asociarse a mí (los "Datos Personales"), para las siguientes finalidades, entre otras: (a) Prestar los servicios de la Compañía de acuerdo con las necesidades particulares de sus clientes, con el fin de brindar los servicios y productos pertinentes; (b) Cumplir los contratos de servicios celebrados con los clientes, incluyendo, pero sin limitarse a la verificación de afiliaciones y suscripciones y del vínculo existente entre los beneficiarios de las pólizas y los asegurados; (c) El trámite de solicitud de vinculación como consumidor financiero a la Compañía, incluyendo sin limitarse al diligenciamiento de las respectivas solicitudes de seguro y de afiliación a la administración de riesgos laborales, así como cualquier otro necesario para su vinculación a la Compañía; (d) El envío del clausulado o condicionado de las pólizas de seguro y/o del contrato de afiliación a la administración de riesgos laborales de la Compañía a los clientes, en virtud de lo señalado en el artículo 37 de la Ley 1480 de 2011 (Estatuto del Consumidor) o las normas que la modifiquen o adicionen; (e) ealizar los procesos de cotización, colocación y ejecución de los seguros de la Compañía, así como la negociación de los contratos, la determinación de primas y la selección de riesgos, incluyendo, pero sin limitarse a la verificación de la capacidad de pago del tomador del seguro; (f) El proceso relativo al trámite, pago y reembolso de siniestros y a la cancelación y revocación del seguro; (g) Realizar el análisis para el control y la prevención del fraude y de lavado de activos, incluyendo, pero sin limitarse a la consulta y reporte a listas restrictivas y a centrales de información de riesgos financieros; (h) Realizar el análisis de riesgos de las solicitudes de seguros o de afiliación a la administración de riesgos laborales que realicen los clientes de la Compañía, con el fin de hacerles recomendaciones para optimizar las pólizas o respecto de otro tipo de seguros que requieran u obtengan los clientes; (i) Realizar las actividades encaminadas a la gestión integral del seguro contratado con el fin de garantizar que los derechos de los clientes siempre sean representados y/o preservados; (j) Enviar información y ofertas comerciales de productos de la Compañía, así como realizar actividades de mercadeo, eventos, capacitaciones, seminarios, talleres y/o actividades de comercialización de servicios y/o productos que preste o que pudiera llegar a prestar u ofrecer la Compañía; (k) Elaborar estudios técnico-actuariales, segmentaciones, estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general, estudios de técnica aseguradora, incluyendo, pero sin limitarse a las encuestas de satisfacción sobre los servicios prestados por la Compañía; (l) Cumplir con las obligaciones tributarias y de registros comerciales, corporativos y contables de la Compañía, de acuerdo a las disposiciones legales vigentes; (m) La transmisión de datos a terceros con los cuales se hayan celebrado contratos con este objeto, para fines comerciales, administrativos y/u operativos, incluyendo, pero sin limitarse a la expedición de carnets, de certificados y certificaciones a los clientes y/o a terceros, de acuerdo a las disposiciones legales vigentes; (n) Verificar información jurídica, financiera y técnica en procesos contractuales que adelante la Compañía o terceros; (ñ) Procesos al interior de la Compañía, con fines de desarrollo operativo y/o de administración de sistemas; (o) Las demás finalidades que determinen los Responsables en procesos de obtención de Datos Personales para su Tratamiento, con el fin de dar cumplimiento a las obligaciones legales y regulatorias, así como a las políticas de la Compañía; (p) El proceso de archivo, de actualización de los sistemas y de protección y custodia de información y de bases de datos de la Compañía; (q) Adelantar campañas de actualización de datos; (r) El envío de las modificaciones a las Políticas, así como la solicitud de nuevas autorizaciones para el Tratamiento de los Datos Personales.

C. De acuerdo a lo anterior, declaro que autorizo a la Compañía, sus filiales, vinculadas, controladas, y/o terceros contratados por la Compañía para la ejecución de sus obligaciones contractuales, para el Tratamiento de mis Datos Personales, para las finalidades anteriormente informadas, que se encuentran descritas en la Política de Tratamiento de Datos Personales, y en el marco de lo establecido en la normatividad vigente, particularmente en la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013, y la Ley 1266 de 2008, y todas aquellas que las modifiquen, adicionen, supriman o reglamenten, ahora o en el futuro, y los que hubieran sido tratados por la Compañía en el pasado, en el cumplimiento de sus deberes legales. **Sí** [X] **No** [ ]

D. Datos Sensibles: Declaro que he sido informado que la siguiente información es considerada como Datos Sensibles en el marco del presente Contrato: la información relativa al estado de salud e historia clínica, patologías reconocidas, calificación de origen y/o pérdida de capacidad laboral de eventos, antecedentes médicos, antecedentes gineco-obstétricos, datos biométricos y relativos a la vida sexual, y todos aquellos que de acuerdo a la normatividad vigente, se encuentren clasificados como tal. De acuerdo a lo anterior, informo que he otorgado mi autorización voluntaria para que la Compañía pueda recolectar, solicitar, consultar, almacenar, compartir, enviar, reportar, modificar, actualizar, usar, grabar y conservar, y en general, realizar el Tratamiento de mis datos sensibles, ahora o en el futuro, y los que hubieran sido tratados por la Compañía en el pasado, en el cumplimiento de sus deberes legales, e informo que se ha manifestado que los mismos no serán usados para fines distintos a los informados y que en todo caso no podrán ser usados para fines comerciales. Así mismo, autorizo a la Compañía para la solicitud y consulta de historias clínicas y registros médicos que sean necesarios para el cumplimiento de sus obligaciones contractuales. **Sí** [X] **No** [ ]

E. eclaro y acepto que la Compañía podrá llevar a cabo la transferencia, transmisión, traslado, entrega, y/o divulgación de los Datos Personales a terceros autorizados por mí o por la ley, físicamente, por correo electrónico, o por cualquier medio de comunicación, cuando así se requiera en el cumplimiento de sus deberes legales y/o contractuales, manteniendo siempre los debidos estándares de reserva y seguridad sobre los mismos.

F. Declaro que he sido informado que el Responsable del Tratamiento de los Datos Personales, es Positiva Compañía de Seguros S.A., la cual podrá ser contactada a través de:

Dirección: Avenida Carrera 45 No. 94 – 72 Vicepresidencia de Operaciones - Grupo de Servicio al Cliente. Edificio Positiva Compañía de Seguros, Bogotá D.C.
Correo Electrónico: servicioalcliente@positiva.gov.co
Teléfono: 3307000 en Bogotá y 018000111170 para el resto del país.
Contacto Proceso PQRD.

G. Declaro y acepto que la Compañía me ha informado sobre mis derechos como titular de los Datos Personales, los cuales son:

a. Conocer, actualizar y rectificar los Datos Personales frente a los responsables del Tratamiento o encargados del Tratamiento.
b. Solicitar prueba de la autorización otorgada al Responsable del Tratamiento salvo cuando expresamente esté exceptuado por la ley, como requisito para el Tratamiento.
c. Ser informado, por el responsable del Tratamiento o el encargado del Tratamiento, cuando así se lo solicite, sobre el uso que le ha dado a los Datos Personales.
d. Presentar ante la autoridad competente quejas por infracciones a la normativa de protección de datos.
e. Revocar la autorización y/o solicitar la supresión del dato cuando en el Tratamiento no se respeten los principios, derechos y garantías constitucionales y legales, previa verificación por parte de la autoridad competente.
f. Acceder gratuitamente a los Datos Personales que hayan sido objeto de Tratamiento.
g. Los demás derechos consagrados en la Política de Tratamiento de la Información de Positiva.

Se firma la presente autorización en la ciudad de CARTAGENA (DISTRI a los (24) días del mes de junio del año 2024

Formulario Firmado Electrónicamente / 2024-06-24 / 17:46:37

ANA MARY NAVARRO DEL RIO
Nombres y Apellidos del Trabajador Independiente

ANA MARY NAVARRO DEL RIO
Firma del Trabajador Independiente