Chinchiná, Caldas, mayo de 2025

Cuenta de cobro N.°: 002

CONCEJO MUNICIPAL DE CHINCHINÁ CALDAS

NIT: 810.005.119-9

Debe a:

JHONATAN SÁNCHEZ QUINTERO

CC. 1.054.994.672 de Chinchiná

LA SUMA DE DOS MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS MCTE. ($2.500.000)

Por concepto: Pago parcial, por la ejecución del contrato de prestación de servicios de apoyo a la gestión contrato N.° 009 de abril 03 de 2025

Periodo: mayo

JHONATAN SÁNCHEZ QUINTERO

CC. 1.054.994.672 de Chinchiná

ACTA PARCIAL DE PAGO

FECHA DEL ACTA:	MAYO de 2025
Nro. DE ACTA	002
CONTRATO:	**DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN**
CONTRATANTE:	Concejo Municipal de Chinchiná, Representado legalmente por el **H.C JONATHAN MARIN HENAO**
CONTRATISTA:	**JHONATAN SANCHEZ QUINTERO** - Cédula de Ciudadanía 1.054.994.672 de Chinchiná
OBJETO:	PRESTAR LOS SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION EN EL ACOMPAÑAMIENTO AL REGISTRO DE IMÁGENES MANEJO DE LA PÁGINA WEB REDES SOCIALES DE LA CORPORACIÓN Y MONITOREO DE CARGUE DE INFORMACIÓN EN LAS PLATAFORMAS VIRTUALES QUE DESIGNA LA LEY
FECHA DE SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO:	03 de abril del año 2025
VALOR:	Siete millones quinientos mil pesos ($7.500.000) m/cte.
FECHA DE INICIO DEL CONTRATO:	04 de abril del año 2025
CESION CONTRATO	01 de mayo del año 2025
PLAZO:	Hasta el 30 de junio del año 2025
SUPERVISOR:	**JOSE WILLIAM OCAMPO LOPEZ**
CARGO DEL SUPERVISOR:	**PRIMER VICEPRESIDENTE**
CONTRATISTA:	**JHONATAN SANCHEZ QUINTERO** - Cédula de Ciudadanía 1.054.994.672 de Chinchiná

En el mes de mayo del año 2025 en la ciudad de Chinchiná (Caldas), en las instalaciones del Concejo Municipal, se reunieron el contratista y el supervisor, con el objeto de realizar acta de pago parcial del contrato de prestación de servicios de apoyo a la gestión, cuyo número del contrato es 009 de abril de 2025.

Así las cosas, el valor total de la presente acta parcial de pago DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN es de ($2.500.000) DOS MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS M/CTE soportados en el certificado de Disponibilidad presupuestal 1-2025-025 del 01 de ABRIL de 2025 y Registro presupuestal 2-2025066 del 01 de MAYO de 2025

Para su aprobación se firma en Chinchiná en el mes de mayo de 2025 por los que en ella intervinieron.

JOSE WILLIAM OCAMPO LOPEZ
SUPERVISOR

JHONATAN SÁNCHEZ QUINTERO
CONTRATISTA

INFORME DE SUPERVISIÓN NRO. 002
EL SUSCRITO SUPERVISOR DEL CONTRATO

CERTIFICA:

OBJETIVO: Informe de supervisión del contrato que se relaciona a continuación y verificar que las Obligaciones del Contratista sean realizadas, con celeridad y en los términos adecuados.

INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO:

DESCRIPCION	**DETALLE**		
CONTRATO NRO.	**009 de abril de 2025**		
CLASE DE CONTRATO	**CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION**		
CONTRATISTA	**JHONATAN SÁNCHEZ QUINTERO**		
C.C.	**1.054.994.672**		
OBJETO	PRESTAR LOS SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION EN EL ACOMPAÑAMIENTO AL REGISTRO DE IMÁGENES MANEJO DE LA PÁGINA WEB REDES SOCIALES DE LA CORPORACIÓN Y MONITOREO DE CARGUE DE INFORMACIÓN EN LAS PLATAFORMAS VIRTUALES QUE DESIGNA LA LEY		
CERTIFICADOS	**NRO**	**FECHA**	**VALOR**
DISPONIBILIDAD	**1-2025025**	**01/04/2025**	**$7.500.000**
REGISTRO PRESUPUESTAL	**2-2025049**	**04/04/2025**	**$7.500.000**
REGISTRO PRESUPUESTAL CESION	**2-2025066**	**01/05/2025**	**$5.000.000**
CONDICIONES INICIALES			
VALOR DEL CONTRATO	**$7.500.000**		
PLAZO DE EJECUCIÓN	**DESDE LA SUSCRIPCION DEL ACTA DE INICIO, HASTA EL 30 DE JUNIO DE 2025**		
FECHA DESIGNACION SUPERVISION	**ABRIL 01 DE 2025**		
FECHA DE INICIO	**ABRIL 04 DE 2025**		
CESION CONTRATO	**MAYO 01 DE 2025**		
FECHA DE TERMINACION	**30 de JUNIO DE 2025**		

2. DESARROLLO DEL CONTRATO

Mediante Resolución N°009 de 01 de abril de 2025 se me designó como supervisor del contrato objeto de este informe, así como en cumplimiento de la misma, me permito presentar informe en los siguientes aspectos:

EJECUCION DEL CONTRATO:

Las Obligaciones contractuales son las siguientes:

1. Realizar publicaciones en las diferentes redes sociales del Concejo Municipal, subir la información requerida a las plataformas que designe a ley, según indicaciones del presidente de la corporación.

2. Acompañamiento en la proyección, implementación, socialización seguimiento al código de éticas del concejo municipal.

3. publicar en la página web institucional las diferentes noticias, actividades e información pertinente que permita tenerla actualizada.

4. brindar acompañamiento en las diferentes sesiones ordinarias y extraordinarias que permita el buen desarrollo de las mismas, cuando así se requiera.

5. apoyar la realización y seguimiento del plan anticorrupción y atención al ciudadano del concejo municipal y publicar los acuerdos municipales en las páginas web oficiales de dicha corporación.

6. Presentar informes de las obligaciones establecidas en el presente contrato.

7. permitir y facilitar acceso magnético a los acuerdos municipales a las personas que lo soliciten.

8. acompañamiento en la realización de los diferentes planes, manuales y/o estrategias que sean designados por el presidente del Concejo Municipal en aras de una transparencia organizacional.

9. informar inmediatamente cualquier situación que se le presente en el desarrollo del objeto contractual.

10. toma de fotos a los concejales e invitados a las sesiones, grabación de videos

11. acompañamiento de servicio fílmico y fotográfico a los eventos o actividades que la Corporación requiera.

12. Responder por el uso y el buen cuidado del manejo que jurídicamente se le debe de dar a las tablas de retención documental

13. las demás que sean asignadas por el Presidente de la Corporación

Se adjunta el informe de actividades realizadas por el contratista donde hace constar el cumplimiento de las diferentes obligaciones descritas anteriormente, para dar cumplimiento con el objeto contractual.

CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES LEGALES

Se verificó el cumplimiento de la afiliación a la seguridad social (Salud, pensión, ARL).
MES DE MAYO DE 2025

PRODUCTOS ENTREGADOS

ITEM	DESCRIPCION	NRO FOLIOS
1	COPIA DEL INFORME CORRESPONDIENTE AL PERIODO DE MAYO DE 2025	19 FOLIOS

ESTADO DEL CONTRATO

VALOR DEL CONTRATO **$7.500.000**

PAGO PERIODO DE ABRIL DE 2025	$ 2.500.000
PAGO PERIODO DE MAYO DE 2025	$ 2.500.000
SALDO A FAVOR DEL CONTRATISTA	$ 2.500.000
SUMAS IGUALES	**$ 7.500.000**

EL VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA SOBRE EL INFORME DE SUPERVISIÓN PERIODO DEL MES DE MAYO DE 2025 ES DE: **DOS MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS MCTE. ($2.500.000)**

Para constancia se firma en Chinchiná Caldas, en el mes de mayo de dos mil veinticinco (2025)

JOSE WILLIAM OCAMPO LOPEZ
Primer vicepresidente – Supervisor del Contrato

Chinchiná, mayo de 2025

HONORABLE CONCEJAL:
JOSE WILLIAM OCAMPO LOPEZ
Supervisor contrato

INFORME DE ACTIVIDADES	
CONTRATISTA:	**JHONATAN SÁNCHEZ QUINTERO**
CONTRATO No.	009 del 3 de ABRIL de 2025
Pago2 de 3	
OBJETO:	PRESTAR LOS SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION EN EL ACOMPAÑAMIENTO AL REGISTRO DE IMÁGENES MANEJO DE LA PÁGINA WEB REDES SOCIALES DE LA CORPORACIÓN Y MONITOREO DE CARGUE DE INFORMACIÓN EN LAS PLATAFORMAS VIRTUALES QUE DESIGNA LA LEY

	OBLIGACIONES ESPECIFICAS DEL CONTRATO	**ACTIVIDADES**
1	Realizar publicaciones en las diferentes redes sociales del Concejo Municipal, subir la información requerida a las plataformas que designe a ley, según indicaciones del presidente de la corporación.	-se realizaron dos videos Reel de las sesiones para redes sociales - se realizaron Órdenes del día. - Se realizó un carrusel para Instagram -Se diseñaron y publicaron post de días importantes a nivel Nacional e Internacional. -se hicieron tarjetas de Cumpleaños. -se apoyó a la secretaria general en la publicación de 2 resoluciones -se realizaron fotos de informe del seguimiento de la construcción del patinódromo a cargo del H.C. Jhon Jairo Mejía. -fotografía a todos los concejales y personal administrativo. -cambio de banners en la página del concejo e Instagram -se apoyó en la construcción del video para la rendición de cuentas del concejo municipal en el primer cuatrimestre.

2	Acompañamiento en la proyección, implementación, socialización seguimiento al código de éticas del concejo municipal.	Acompañamiento a la secretaria General de Concejo, en la actualización y publicación, socialización y seguimiento al código de Ética de la Corporación
3	publicar en la página web institucional las diferentes noticias, actividades e información pertinente que permita tenerla actualizada.	Durante el mes de mayo se realizó la respectiva actualización para realizar el cargue de toda la documentación importante durante la vigencia 2025
4	brindar acompañamiento en las diferentes sesiones ordinarias y extraordinarias que permita el buen desarrollo de las mismas, cuando así se requiera.	Se hace cubrimiento fotográfico y se publicaron en las redes sociales las transmisiones de las sesiones y comisiones del mes de mayo en YOUTUBE
5	apoyar la realización y seguimiento del plan anticorrupción y atención al ciudadano del concejo municipal y publicar los acuerdos municipales en las páginas web oficiales de dicha corporación.	Se realizó acompañamiento en el plan anticorrupción y así mismo fue publicado en la página Oficial de Concejo Municipal.
6	Presentar informes de las obligaciones establecidas en el presente contrato.	Se presentaron informes y evidencias de las obligaciones establecidas en el contrato de prestación de servicios.
7	permitir y facilitar acceso magnético a los acuerdos municipales a las personas que lo soliciten.	Se facilitó acceso a los acuerdos municipales solicitados por algunas dependencias de la Administración Municipal y de la Comunidad en General
8	acompañamientos en la realización de los diferentes planes, manuales y/o estrategias que sean designados por el presidente del Concejo Municipal en aras de una transparencia organizacional.	Cumpliendo con las instrucciones dadas por el Presidente del Concejo Municipal se ha aportado a los requerimientos necesarios para la construcción de los planes mencionados.
9	informar inmediatamente cualquier situación que se le presente en el desarrollo del objeto contractual.	Todas las situaciones han sido presentadas al Presidente y a la secretaria del Concejo Municipal.
10	toma de fotos a los concejales e invitados a las sesiones, grabación de videos	Se hace el acompañamiento fotográfico de las sesiones y comisiones del mes de mayo

11	acompañamiento de servicio fílmico y fotográfico a los eventos o actividades que la Corporación requiera.	Se acompañó a los concejales en la visita al patinódromo y en la sesión descentralizada en la I.E Bartolomé Mitre
12	Responder por el uso y el buen cuidado del manejo que jurídicamente se le debe de dar a las tablas de retención documental	Se diligenció el formato FUID con la información por parte del área de comunicaciones
13	las demás que sean asignadas por el Presidente de la Corporación	Se realizaron videos tipo historias para las redes del concejo municipal, y en la creación del video de aniversario de Chinchiná



JHONATAN SÁNCHEZ QUINTERO
CC 1.054.994.672

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4014615418	2|5|0|4|2|0|2|5

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

1.tipo de tramite	2.Tipo afiliacion	3.Regimen	4.Contribución Solidaria
A. Afiliación ☐ B.Reporte de Novedades ☒	A. Individual: -Cotizante Cabeza de familia ☒ -Beneficiario afiliado adicional ☐ B. Colectiva ☐ C. Institucional ☐ D. De oficio ☐	A.Contributivo ☒ B.Subsidiado ☐	Si ☐ No ☒

5. Tipo de afiliado	6. Tipo de cotizante	7.Codigo (a registrar por la EPS)
A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐ D. Afiliado adicional ☐	A. Dependiente ☐ B. Independiente ☒ C. Pensionado ☐	3

A. AFILIACIÓN

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante , cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional)

8.Apellidos y nombres			
SANCHEZ (Primer apellido)	QUINTERO (Segundo apellido)	JHONATAN (Primer nombre)	Segundo nombre

9.Tipo documento de Identidad	10.Número del documento de Identidad	11.Sexo biológico	12.Sexo identificación
CC	1054994672	Femenino ☐ Masculino ☒	F ☐ M ☒ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual

13. Nacionalidad	14.Lugar Nacimiento				15.Fecha Nacimiento
COLOMBIA	Pais: COLOMBIA	Departamento: CALDAS	Municipio: CHINCHINA		0|7|1|0|1|9|9|3

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

16.Etnia	17.Comunidad	18.Discapacidad	Si ☐ No ☒
6		Categoria Discapacidad	

19.Tiene encuesta SISBEN	20.Clasificación SISBEN	21.Grupo población especial
SI ☐ NO ☒	Nivel Grupo	

22. Administradora de riesgos Laborales - ARL	23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotizacion - IBC	25. Tarifa Contribución Solidaria
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	PROTECCION	1423500	

26.Residencia			
CR 8 A 22 48 Dirección	Telefono fijo	3222866043 Telefono celular	JHONATANSANCHEZQUINTERO@GMAIL.COM Correo electronico

Departamento	Municipio/Distrito	Localidad / comuna	zona
CALDAS	CHINCHINA		Urbana cabecera municipal ☒ Urbana centro poblado ☐ Rural dispersa ☐ Resto rural ☐

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

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

27. Apellidos y nombres			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

28. Tipo documento de identidad	29. Número documento identidad	30. Sexo biológico	31. Sexo identificación
		Femenino ☐ Masculino ☐	F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual

32. Nacionalidad	33.Lugar Nacimiento			34.Fecha Nacimiento
	Pais:	Departamento:	Municipio:	

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

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

	36. Tipo documento de identidad	37. Número de identidad	38. Nacionalidad	39.Sexo Biológico		40.Sexo Identificación						41.Lugar Nacimiento			42.Fecha de nacimiento
				Femenino	Masculino	F	M	T	NB	otro	cual	Pais	Departamento	Municipio	
B1															
B2															
B3															
B4															
B5															

Datos complementarios del Beneficiario

	43.Parentesco	44.Etnia	45.Comunidad	46.Grupo poblacional especial	47.Encuesta SISBEN		48.Clasificacion SISBEN		49.Discapacidad			50.Incapacidad Permanente	
					Si	No	Nivel	Grupo	Si	No	Categoria	Si	No
B1													
B2													
B3													
B4													
B5													

51. Datos de residencia

	Departamento	Municipio/Distrito	Zona				Teléfono Fijo y/o celular	52.Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
			Cabecera municipal	Centro poblado	Rural dispersa	Resto rural		
B1								
B2								
B3								
B4								
B5								

	Dirección	Localidad/Comuna	Correo Electrónico
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

Seleccion de la IPS Primaria

	53. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS	54.Codigo de la IPS(a registrar por la EPS)
C	VS CHINCHINA - VS CHINCHINA	VSCHINCHIN - VSCHINCHIN
B	-	-
B	-	-
B	-	-

V. DATOS DE IDENTIFICACION DEL APORTANTE, DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACION COLECTIVA O RESPONSABLES DE PAGO

55. Nombre o razón social	56. Tipo de identificación	57. Numero de documento de identificación	58. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS)
JHONATAN SANCHEZ QUINTERO	CC	1054994672	01

59.Ubicación				
CR 8 A 22 48 Dirección	3222866043 Teléfono fijo o celular	JHONATANSANCHEZQUINTERO@GMAIL.COM Correo electrónico	CALDAS Departamento	CHINCHINA Municipio/distrito

No de Radicacion
4014615418

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. 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. 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
- ☒ 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar
- ☐ 10. Terminación de la relacion laboral o perdida 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 tramite de protección al cesante
- ☐ 18. Reporte de la calidad de pre-pensionado
- ☐ 19. Reporte de la calidad del pensionado
- ☐ 20. Ingreso a contribución solidaria
- ☐ 21. Retiro de contribución solidaria

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de la identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de Identidad	Número documento de Identidad	62. Sexo biológico	63.Sexo identificación	64.Fecha de nacimiento
☐		Femenino ☐ Masculino ☐	F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual	

65.EPS anterior	66.Fecha de Novedad	67.Motivo de traslado Código:	68.Caja de Compensación Familiar o pagador de pensiones
	0|1|0|5|2|0|2|5	☐	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- 69. ☐ Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- 70. ☐ Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributvo,Especial o de Excepción.
- 71. ☐ Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de 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 Salud .
- 73. ☐ 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.
- 74. ☐ 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
- 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
- 76. ☒ Autorización para que la EPS envie información al correo electronico o celular como mensaje 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 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

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de Identidad	Número documento de Identidad

IX. FIRMAS

80. Cotizante o cabeza de familia o beneficiario	81. El empleador 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: ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Total: 0
- ☐ 83. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- ☐ 84. Copia registro civil de matrimonio, o de la escritura pública,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la union marital.
- ☐ 85. 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.
- ☐ 86. Copia certificado de adopción o acta de entrega del menor
- ☐ 87.Copia orden judicial o acto administrativo de custodia.
- ☐ 88.Documento en que conste la perdida de la patria potestad, o el certificaco de defunción de los padres o la declaración suscita por el cotizante sobre la ausencia de los padres.
- ☐ 89.Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud
- ☐ 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 consiste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

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

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

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

94. Apellidos y Nombres

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

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

96. Fecha de Radicación	97. Fecha de Validación	

Observaciones

Recuerde que la firma, al final del formulario, valida las declaraciones marcadas y/o diligenciadas en el capítulo VII Declaraciones y IX. Autorizaciones, así 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	**QUINTERO**	**JHONATAN**	

No de identificación	Tipo de documento	Fecha de nacimiento	Sexo	Fecha diligenciamiento
1054994672	**X**	**1993 10 07**	**X**	**2025 25 04**

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? X
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
3. ¿Leyó el contenido de la Carta de Derechos y deberes del afiliado y del paciente? X
4. ¿Leyó el contenido de la Carta de Desempeño de la EPS? X
5. ¿Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información fue asesorado adecuadamente por la EPS? X

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:

: JHONATAN SANCHEZ QUINTERO identificado con el documento de identidad: C No. 1054994672, doy mi consentimiento para que Salud Total EPSS envíe al correo electrónico jhonatansanchezquintero@gmail.com la Carta de derechos del afiliado y del paciente y la Carta de desempeño

Firma del afiliado (Cotizante):

Nombres y Apellidos: JHONATAN SANCHEZ QUINTERO
Número de identificación: 1054994672

Fecha de diligenciamiento
2025 25 04

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 trámi 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: _____

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

Tu salud no es a medias debe ser total

SaludTotal EPS

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **SANCHEZ QUINTERO JHONATAN** identificado(a) con **CC** número **1.054.994.672** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 26 de agosto de 2014 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 22 de abril 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

20250422124955

porvenir
sólo hay uno

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR

PORVENIR S.A.

En su condición de administradora del

FONDO DE CESANTÍAS PORVENIR

NIT 800.170.043-7

CERTIFICA QUE:

JHONATAN SANCHEZ QUINTERO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.054.994.672**, se encuentra afiliado(a) al **AL FONDO DE CESANTÍAS PORVENIR**.

La presente certificación se expide el 22 de Abril del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Hacienda

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, **JHONATAN SANCHEZ QUINTERO** identificado con **CC** No. **1054994672**, registra la siguiente información.

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
CONCEJO MUNICIPAL DE CHINCHINA - NI. 810005119	**Fecha de inicio de cobertura:** 08/05/2025 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Fecha de inicio de Contrato:** 08/05/2025 **Fecha fin de Contrato:** 30/06/2025 **Tipo Vinculación:** TRABAJADOR INDEPENDIENTE **Clase de Riesgo:** 1

Recuerde que una vez cumplida la fecha fin de contrato, el sistema aplica de forma automática la novedad de retiro, por lo anterior, en caso de tener un nuevo contrato o prorroga deberá realizar la correspondiente novedad a través de nuestro portal www.positivaenlinea.gov.co, para continuar con la cobertura.

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): 202501015103476.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 8 días del mes de mayo de 2025.

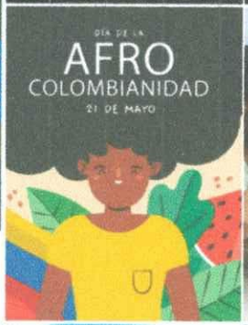
Cordialmente,

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





















Hace 3 horas

Noticias

#ENVIVO SESION ORDINARIA JUEVES 22 DE MAYO

SESION ORDINARIA SEGURIDAD EN EL MUNICIPIO

PARTICIPA





Hace 21 horas

Noticias

BOLETÍN DE PRENSA 006

BOLETIN DE PRENSA

PARTICIPA





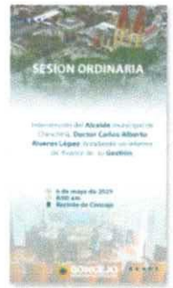

CONCEJO
SESION
ORDINARIA
Actualización Catastral
Si no pudiste verla en
Concejo
Chinchiná
ICACIONES
REELS
GUARDADAS
ETIQUETADAS
151
134
341



Imagen de WhatsApp 2025-04-30 a las 11.13.57_5b167b20



Invitación PBOT



Invitación Sesiones Vertical 2



Invitación Sesiones Vertical33



PBOT MIERCOLES



SESION 8 MAYO



SESION 9 MAYO



SESION 14 MAYO



SESION 15 MAYO



SESION 20 MAYO



SESION 22 MAYO



SISION ORDINARIA 16 MAYO



SISION ORDINARIA2- 13 MAYO



SISION ORDINARIA2- 16 MAYO