

REMISIÓN DOCUMENTOS
PUBLICACIÓN SECOP
FO-AB-73
23-07-2020
V. 01

Yopal, 19 de febrero de 2021

Me permito enviar para publicación en el SECOP, los documentos que se listan, asociados al contrato que se describe a continuación:

IDENTIFICACIÓN DEL CONTRATO	
NÚMERO CONTRATO	0313
FECHA DE SUSCRIPCIÓN	2021-02-17
OBJETO	"REALIZAR Y VERIFICAR EL COMPONENTE LEGAL DEL PROGRAMA DE ALIMENTACIÓN ESCOLAR EN EL DEPARTAMENTO DE CASANARE, CONFORME A LOS LINEAMIENTOS ESTABLECIDOS POR EL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL".
NOMBRE CONTRATISTA	INGRITH TATIANA MENDOZA MORALES CC. 46.379.265 DE SOGAMOSO

CLASE DE ACTUACIÓN O DOCUMENTO A PUBLICAR		
Ítem	Nombre Documento	No. Folios
1	ACTA DE INICIO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES No. SECOP II CAS-OAJ-CDPSP-0197-2021 Y NUMERO INTERNO 0318 DE 2021-02-17	2 folios
2	POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS	3 folios
3	ESTAMPILLA PROCULTURA	1 folio
TOTAL FOLIOS REMITIDOS		6 folios

Atentamente,

MIRAMA LOPEZ ZAMUDIO
Directora de Cobertura Educativa

Elaboró: Gladys Díaz R. Secretaria SED.



GOBERNACIÓN DE CASANARE
OFICINA JURÍDICA - ARCHIVO

Miranda Zamora
Quien Redbe
Fecha 19-02-21 Hora 5:10 pm

ACTA DE INICIO

FO-AB-14
2014-01-02
V.02

Acta de Inicio del CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES No. SECOP II CAS-OAJ-CDPSP-0200-2021 0313 de 2021-02-17 cuyo Objeto: REALIZAR Y VERIFICAR EL COMPONENTE LEGAL DEL PROGRAMA DE ALIMENTACIÓN ESCOLAR EN EL DEPARTAMENTO DE CASANARE, CONFORME A LOS LINEAMIENTOS ESTABLECIDOS POR EL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL.

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES No. SECOP II CAS-OAJ-CDPSP-0200-2021 - 0313

FECHA DEL CONTRATO: 2021-02-17

CONTRATANTE: DEPARTAMENTO DE CASANARE

CONTRATISTA: INGRITH TATIANA MENDOZA MORALES

FECHA DE INICIO: 2021-02-19

FECHA DE TERMINACIÓN: 2021-07-18

APORTE ENTIDAD: \$25.132.800,00 M.L.C.

APORTE COOPERANTE: \$0,00 M.L.C.

VALOR DEL CONTRATO: \$25.132.800,00 M.L.C.

OBJETO: REALIZAR Y VERIFICAR EL COMPONENTE LEGAL DEL PROGRAMA DE ALIMENTACIÓN ESCOLAR EN EL DEPARTAMENTO DE CASANARE, CONFORME A LOS LINEAMIENTOS ESTABLECIDOS POR EL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL.

PLAZO: Cinco (5) MESES CONTADOS A PARTIR DE LA SUSCRIPCIÓN DE LA PRESENTE ACTA DE INICIO.

En la ciudad de Yopal, a los Diecinueve(19) días del mes de Febrero de 2021, se reunieron MIRAMA LOPEZ ZAMUDIO, DIRECTOR(A) TÉCNICO(A) COBERTURA EDUCATIVA, quien actúa en su calidad de supervisor, de conformidad con La clausula Trece (13) de supervision y vigilancia, el cual estará sujeto a lo dispuesto en la Ley 1474 de 2011 y por otra parte INGRITH TATIANA MENDOZA MORALES, identificado(a) con CÉDULA CIUDADANÍA No. 46379265 de SOGAMOSO en su condición de Contratista. Una vez perfeccionado se suscribe la presente acta de iniciación teniendo en cuenta las siguientes consideraciones:

1. Que INGRITH TATIANA MENDOZA MORALES, conoce todas y cada una de las cláusulas estipuladas en el contrato.
2. La duración del presente contrato se estipula por el término de Cinco (5) MESES.
3. Que INGRITH TATIANA MENDOZA MORALES, deberá ceñirse a las cláusulas del contrato.

FORMA DE PAGO: El valor del presente contrato se pagará mediante CINCO (05) mensualidades vencidas, cada una por valor de Cinco millones Veintiséis mil quinientos sesenta pesos (\$ 5.026.560,00) M/Cte, previa presentación del informe por parte del contratista, la acreditación que se encuentra al día en el pago de aportes relativos al sistema de seguridad social integral de conformidad con las normas que rigen la materia y la aprobación por parte del supervisor del contrato, para un presupuesto total de VEINTICINCO MILLONES CIENTO TREINTA Y DOS MIL OCHOCIENTOS PESOS M/CTE (\$ 25.132.800,00)

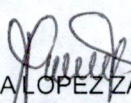


ACTA DE INICIO

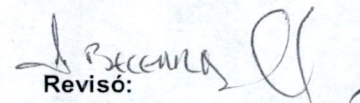
FO-AB-14
2014-01-02
V.02

Acta de Inicio del CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES No. SECOP II CAS-OAJ-CDPSP-0200-2021 0313 de 2021-02-17 cuyo Objeto: REALIZAR Y VERIFICAR EL COMPONENTE LEGAL DEL PROGRAMA DE ALIMENTACIÓN ESCOLAR EN EL DEPARTAMENTO DE CASANARE, CONFORME A LOS LINEAMIENTOS ESTABLECIDOS POR EL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL.

OBSERVACIONES:


MIRAMA LOPEZ ZAMUDIO
Supervisor(a)


INGRITH TATIANA MENDOZA MORALES
Contratista.


Revisó:

Elaboró: RICARDO BELLO PEREZ




Creando Oportunidades

BBVA

TERM: YV46

RECAUDO DE FACTURAS

FECHA : 18-02-21

OFIC: 0981

RDO 1/SOS CTES LIBRE DESTINACI

CONVENIO: 0008152

USER: 0341399

CUENTA : 0013-0354-0200110389

MORA : 09.05

REFERENCIA NO. 1

ingrit tatiana mendoza m

PAGO APLICADO CUENTA NRO.

REFERENCIA NO. 2

0046379265

REFERENCIA NO. 3

estampilla

REFERENCIA NO. 4

REFERENCIA NO. 5

REFERENCIA NO. 6

DESCRIPCION :

000000000000000000000000

PAGO APLICADO CREDITO NRO.

NRO DE CONFIRMACION:

000113216

CANTIDAD DE DOCUMENTOS: 000

FORMA DE PAGO

REFERENCIA DOCUMENTO

IMPORTE

VALOR EFECTIVO

258,928.00

TOTAL PAGO RECAUDO

FIRMA Y SELLO CAJERO

FIRMA CLIENTE

258,928.00

- CLIENTE -

258928

POSITIVA
Compañía de Seguros S.A.
N.I.T 860.011.153-6

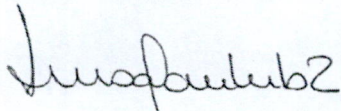
CERTIFICA

Verificada la base de datos del ramo de ARL de la compañía, se identificó que INGRITH TATIANA MENDOZA MORALES, con Cédula Ciudadanía No. 46379265 contratista de la empresa DEPARTAMENTO DEL CASANARE, con Nit No. 892099216. Registra como trabajador INDEPENDIENTE con fecha de inicio de cobertura 19/02/2021, para el contrato registrado con fecha desde 18/02/2021 y fecha hasta 18/07/2021, su estado actual de afiliación es ACTIVO y riesgo 1.

Recuerde que una vez cumplida la fecha hasta indicada en el presente certificado, el sistema aplica de forma automática la novedad de retiro, por lo anterior, en caso de tener un nuevo contrato deberá realizar una nueva afiliación para continuar con la cobertura en nuestra ARL.

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web: www.positivaenlinea.gov.co y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202101012421521.

Dada en Bogotá, a los 18 días del mes de febrero de 2021



Luisa Marina Uribe Restrepo
Gerencia de Afiliaciones y Novedades.



POSITIVA

COMPANIA 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.

2021021803004637926501

I. DATOS GENERALES DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE

* TIPO DOC. M D C T E P	PRIMER APELLIDO	MENDOZA
No. DE DOCUMENTO	SEGUNDO APELLIDO	MORALES
46379265		
PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	TATIANA
INGRITH		
* FECHA NACIMIENTO	SEXO	NACIONALIDAD
1980 05 21	M F	COLOMBIANA
EPS ACTUAL	AFP ACTUAL	
E.P.S. SANITAS S.A.	PORVENIR	
DIRECCIÓN RESIDENCIA		
CARRERA 12 NO. 12 - 24		
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	
CASANARE	YOPAL	
CELULAR O TELÉFONO FIJO	CORREO ELECTRÓNICO	
3134789622	TM1681466@GMAIL.COM	

II. INFORMACIÓN DE LA AFILIACIÓN O DEL CONTRATO

TIPO: ADMINISTRATIVO COMERCIAL CIVIL PÚBLICO PRIVADO	SUMINISTRO DE TRANSPORTE SI NO	
* FECHA INICIO	* FECHA DE TERMINACIÓN	No. DE MESES
2021 02 18	2021 07 18	5
DÍAS Y HORARIO DE TRABAJO	DE	HASTA
LUNES MARTES MIÉRCOLES JUEVES VIERNES SABADO DOMINGO	06:00 PM	06:00 PM
VALOR TOTAL	VALOR MENSUAL	* INGRESO BASE DE COTIZACIÓN
\$25.132.800	\$5.026.560	\$2.010.624
* ACTIVIDAD A EJECUTAR	CÓDIGO	
EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES EJECUTIVAS DE LA AC	1751201	
CARGO U OCUPACIÓN	TAXISTA SI NO	
ABOGADOS		
DIRECCIÓN		
KR 20 08 02		
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	
CASANARE	YOPAL	

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

* ENTIDAD CONTRATANTE	TIPO DOC. M D C N T E P	* NOMBRE O RAZÓN SOCIAL
No. DE DOCUMENTO	DV	DEPARTAMENTO DEL CASANARE
892099216	6	
CÓDIGO ACTIVIDAD ECONÓMICA	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)	
CENTRO DE TRABAJO	1751201 DE ARL	
DIRECCIÓN PRINCIPAL		
CRA 20 N°8-02		
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	
CASANARE	YOPAL	
TELÉFONO	FAX	CORREO ELECTRÓNICO
7654321		TESORERIA@CASANARE.GOV.CO
* DATOS QUIEN FIRMA CONTRATO	TIPO DOC. M D C T E P	
No. DE DOCUMENTO		PRIMER APELLIDO
46360251		OJEDA
		SEGUNDO APELLIDO
		RODRIGUEZ
PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	
ELISABETH		

CON ESTE FORMULARIO SE PERFECCIONA LA AFILIACIÓN DEL TRABAJADOR 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

FIRMA DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE

PARA USO EXCLUSIVO DE LA ARL

CÓDIGO ACTIVIDAD ECONÓMICA

1751201

CLASE DE RIESGO

1

TARIFA

0,52200

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

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 virada o que pueda asociarse a mí (los "Datos Personales"), para las siguientes finalidades, entre otras: (a) Prestar los servicios de la Compañía de acuerdo a 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 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) en los procesos de cotización, colocación y ejecución de los seguros de la Compañía, así como la negociación de los contratos, la determinación de primas, 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) En la información y ofertas comerciales de productos de la Compañía, así como realizar actividades de mercadeo, eventos, capacitaciones, seminarios, talleres, 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 ha celebrado contratos con este objeto, para fines comerciales, administrativos y/u operativos, incluyendo, pero sin limitarse a la expedición de carnets, 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 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 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 que hubieran sido tratados por la Compañía en el pasado, en el cumplimiento de sus deberes legales. **Sí ☒ No ☐**

D. Datos Sensibles: Declaro que he sido informado que la siguiente información es considerada como Datos Sensibles en el marco del presente Contrato: 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 he 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. 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 ☒ No ☐**

E. Declaro 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:

- Conocer, actualizar y rectificar los Datos Personales frente a los responsables del Tratamiento o encargados del Tratamiento.
- Solicitar prueba de la autorización otorgada al Responsable del Tratamiento salvo cuando expresamente esté exceptuado por la ley, como requiere para el Tratamiento.
- 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.
- Presentar ante la autoridad competente quejas por infracciones a la normativa de protección de datos.
- 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.
- Acceder gratuitamente a los Datos Personales que hayan sido objeto de Tratamiento.
- Los demás derechos consagrados en la Política de Tratamiento de la Información de Positiva.

Se firma la presente autorización en la ciudad de YOPAL a los (18) días del mes de FEBRERO del año 21

INGRITH TATIANA MENDOZA MORALES

Nombres y Apellidos del Trabajador Independiente

Firma del Trabajador Independiente

LO BUENO DEBE SER PARA TODOS

www.positiva.gov.co

AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS

PERSONALES - TRABAJADOR INDEPENDIENTE



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 virada o que pueda asociarse a mí (los "Datos Personales"), para las siguientes finalidades, entre otras: (a) Prestar los servicios de la Compañía de acuerdo 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 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) 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) Realizar los procesos de cotización, colocación y ejecución de los seguros de la Compañía, así como la negociación de los contratos, la determinación de primas, 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) En la información y ofertas comerciales de productos de la Compañía, así como realizar actividades de mercadeo, eventos, capacitaciones, seminarios, talleres, actividades de comercialización de servicios y/o productos que preste o que pudiera llegar a prestar u ofrecer la Compañía; (k) Elaborar estudios técnicos 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 ha celebrado contratos con este objeto, para fines comerciales, administrativos y/u operativos, incluyendo, pero sin limitarse a la expedición de carnets, 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 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 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 que hubieran sido tratados por la Compañía en el pasado, en el cumplimiento de sus deberes legales. **Sí** ☒ **No** ☐

D. Datos Sensibles: Declaro que he sido informado que la siguiente información es considerada como Datos Sensibles en el marco del presente Contrato: 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 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. Por lo 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** ☒ **No** ☐

E. Declaro 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:

- Conocer, actualizar y rectificar los Datos Personales frente a los responsables del Tratamiento o encargados del Tratamiento.
- Solicitar prueba de la autorización otorgada al Responsable del Tratamiento salvo cuando expresamente esté exceptuado por la ley, como requiere para el Tratamiento.
- 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.
- Presentar ante la autoridad competente quejas por infracciones a la normativa de protección de datos.
- 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.
- Acceder gratuitamente a los Datos Personales que hayan sido objeto de Tratamiento.
- Los demás derechos consagrados en la Política de Tratamiento de la Información de Positiva.

Se firma la presente autorización en la ciudad de YOPAL a los (18) días del mes de FEBRERO del año 21

INGRITH TATIANA MENDOZA MORALES

Nombres y Apellidos del Trabajador Independiente

Firma del Trabajador Independiente

LO BUENODEBE SER PARA TODOS

www.positiva.gov.co