

	FORMATO INFORME DE SUPERVISOR	Código: GJC22F	Versión: 1
		FECHA DE ÚLTIMA REVISIÓN: 16/01/2024	

CELEBRADO ENTRE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE Y
MELANIE PATRICIA OROZCO SANCHEZ Identificado con C.C. 1004463781

Fecha de Diligenciamiento:	2024-09-25
----------------------------	------------

I. DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE.				
N° CONTRATO:	CD20244720	RP:	5828	CDP:	1424
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	4.000.000,00	VALOR DE HONORARIOS PERIODO:	1.200.000,00		
FECHA DEL ACTA DE INICIO:	2024-09-12	FECHA DE FINALIZACION:	2024-10-31		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	AURA STELLA DAZA PEÑA				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	UNIDAD FUNCIONAL DE ENFERMERÍA				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

CDP - ADICION:	N/A	RP - ADICION:	N/A	VALOR CONTRATO CON ADICION:	0,00
----------------	-----	---------------	-----	-----------------------------	------

III. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS

IV. CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS

- El contrato se encuentra debidamente legalizado: SI
- El contratista autorizó que los impuestos que debe cancelar para la legalización del mencionado contrato le sean descontados del valor a cancelar como consta en la declaración del informe de ejecución de actividades: SI
- Que el contratista presentó satisfactoriamente las obligaciones contractuales, los cuales pueden ser verificados en el informe anexo y en su respectiva carpeta contractual: SI
- Que el contratista da cumplimiento a sus obligaciones frente a los aportes al sistema de seguridad social y de parafiscales, tal como exige el artículo 50 de la Ley 789 de 2002: SI

Teniendo en cuenta lo anterior, en mi calidad de supervisor doy visto bueno para el respectivo pago correspondiente al periodo del mes de Septiembre

V. FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES


 AURA STELLA DAZA PEÑA
 36541888
 UNIDAD FUNCIONAL DE ENFERMERÍA

CUENTA DE COBRO

DATOS PERSONALES

Fecha de Diligenciamiento:	2024-09-25		
NOMBRES Y APELLIDOS:	MELANIE PATRICIA OROZCO SANCHEZ		
DOCUMENTO:	1004463781		
DIRECCIÓN:		TELÉFONO:	
CORREO ELECTRONICO:	melapatri.28@gmail.com		

Manifiesto bajo la gravedad del juramento que en la declaración de renta del año gravable 2024 no tomaré costos y deducciones

DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° CONTRATO:	CD20244720						
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE.						
RP:	5828	CDP:	1424	FECHA INICIO:	2024-09-12	FECHA FINAL:	2024-10-31
VALOR CONTRATO:	4.000.000,00			VALOR A PAGAR:	1.200.000,00		
BANCO A CONSIGNAR:	BANCO DE BOGOTA		TIPO DE CUENTA:	Ahorros	No. CUENTA:	235322914	
CDP - ADICION:	N/A	RP - ADICION:	N/A	VALOR CONTRATO CON ADICION:	0,00		
PERIODO OBJETO DE COBRO:					Septiembre		

FIRMA

Melanie Orozco S.
MELANIE PATRICIA OROZCO SANCHEZ
C.C. 1004463781 expedida en



ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE

NIT: 891780185
CARRERA 14 #23-42
4346262

AÑO: 2024 NÚMERO DE ACUERDO: 004 FECHA: 12/09/2024

REGISTROS PRESUPUESTALES No. 5828
LA PROFESIONAL UNIVERSITARIA DE PRESUPUESTO
CERTIFICA

CERTIFICADO DISPONIBILIDAD No.1424

TERCERO: 1004463761 - OROZCO SANCHEZ MELANIE PATRICIA

QUE POR MEDIO DEL CUAL SE REGISTRA EN EL LIBRO DE PRESUPUESTO, LOS VALORES QUE SE RELACIONAN A CONTINUACION:

SERVICIO DE PERSONAL ASISTENCIAL DE ESTA ESE, SEGUN OPS 4720

VALOR: \$ 4,000,000.00

CUATRO MILLONES (PESOS)

Código Rubro	Descripción	Lugar	cod. CPC	descripción CPC	Valor
2.4.5.02.09.901.20	servicios personales (personal asistencial)	ESE JULIO MENDEZ BARRENECHE			4,000,000
Contrato		No. Contrato	Fecha Inicial		Fecha Final
PRESTACION DE SERVICIOS		4720			

LEDYS GALINDO MORALES
PROFESIONAL UNIVERSITARIO PRESUPUESTO

USUARIO IMPRIME: ANDRES JESUS ARMANDO GAMEZ AND
IMPRESO POR: Sistemas CitiSalud SAS
ELABORADO POR: ANDRES JESUS ARMANDO GAMEZ AND



LISTA DE CHEQUEO PARA INDUCCIÓN DE PUESTO DE TRABAJO



Nombre completo	Melanie Orozco S.	Fecha de ingreso	13-09-2024
Cedula	1.004463781	Area de ingreso	
Presenta alguna discapacidad o una condición discapacitante: SI () o NO () SI respondió en la casilla SI. Mencione cual es:			
Nombre del líder del proceso o supervisor	Aura Deza Peña		

ACTIVIDAD	RESPONSABLE	FIRMA RESPONSABLE	HORA
1. Inicia Proceso de Contratación Firma de actos administrativos (Personal de Planta)	Oficina de Contratación (Personal de OPS) o Talento Humano (personal nombrado)		
2. Inducción de Talento Humano	Dra. Ana Carolina y/o Persona designada		8:45 a.m.
3. Inducción del área de Seguridad y Salud en el Trabajo	Grupo de Trabajo SST		9:00 a.m.
4. Inducción de SARLAFT	Deisy Zagarra		10:00 a.m.
5. Inducción del área de Sistemas y asignación del perfil de usuario / Intranet.	Ingeniera Cindy Mattos y/o Persona designada		2:30 p.m.
6. Inducción al Puesto de Trabajo	Líder de Proceso o Supervisor		3:30 p.m.
7. Archivo de Contratación	Persona designada		

**RESULTADOS
DEL CAMBIO!**

[hu/mb.gov.co](https://www.hu/mb.gov.co)
www.hu/mb.gov.co

HUMB

JULIO MENDEZ
BARRENECHE

NIA

ACTA DE INICIO CONTRATO N° CD20244720

ENTIDAD:	HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE E.S.E
CONTRATISTA:	MELANIE PATRICIA OROZCO SANCHEZ
VALOR:	\$4.000.000 (CUATRO MILLONES DE PESOS) M/L
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE
CRP N°	5828 DEL 12 DE SEPTIEMBRE DE 2024
TÉRMINO DE EJECUCIÓN:	EL PLAZO DE EJECUCION DEL CONTRATO ES APARTIR DE SU LEGALIZACION (REGISTRO PRESUPUESTAL (RP) Y SUSCRIPCION ACTA DE INICIO) HATA EL 31 DE OCTUBRE DE 2024

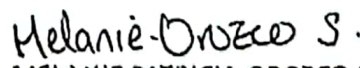
Entre los suscritos a saber AURA STELLA DAZA PEÑA, Profesional Especializado Unidad Funcional De Enfermeria, y quien actúa como supervisor del contrato N° CD20244720 y por la otra parte MELANIE PATRICIA OROZCO SANCHEZ en calidad de contratista quienes se reúnen para dar inicio al contrato en mención, cuyo objeto es el mencionado en la parte del presente documento.

Para constancia, se firma en Santa Marta, D.T.C.E.H., 12 DE SEPTIEMBRE DE 2024

Supervisor:

Contratista:


AURA STELLA DAZA PEÑA
CC. N° 36.541.888


MELANIE PATRICIA OROZCO SANCHEZ
CC. N° 1004463781

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

SaludTotal EPS-S

No de Radicación

4012945547

Fecha de Radicación

01/01/2024

I. DATOS DEL TRÁMITE

(Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo)

Página 1 de 2

1. Tipo de trámite A. Afiliación ☐ B. Reporte de Novedades ☒	2. Tipo de afiliación A. Individual ☒ B. Colectiva ☐	3. Régimen A. Contributivo ☒ B. Subsidado ☐
4. Tipo de afiliado A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐	5. Tipo de cotizante A. Dependiente ☐ B. Independiente ☒ C. Pensionado ☐	6. Código (a registrar por la EPS) <input type="text" value="3"/>

A. AFILIACIÓN

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)

7. Apellidos y nombres CROZCO Primer apellido	SANCHEZ Segundo apellido	MELANIE Primer nombre	PATRICIA Segundo nombre
8. Tipo documento de Identidad CC	9. Número del documento de Identidad 1004463781	10. Sexo Femenino ☒ Masculino ☐	11. Fecha de nacimiento 28/07/2001

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

12. Etnia 6	13. Discapacidad Tipo ☒ Condición ☒	14. Puntaje SISBEN	15. Grupo de población especial
16. Administradora de riesgos Laborales - ARL SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA S.A.	17. Administradora de Pensiones PORVENIR FPC	18. Ingreso base de cotización - IBC 1300000	
19. Residencia MZ 28 CA 25 EL PAR Dirección	20. Teléfono fijo 3002370999	21. Teléfono celular MELANIECROZCO@GMAIL.COM	
22. Santa Marta Municipio/Distrito	23. Zona Urbana ☒ Rural ☐	24. Localidad / comuna MAGDALENA	

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

25. Apellidos y nombres completos Primer apellido Segundo apellido Primer nombre Segundo nombre	26. Tipo documento de Identidad	27. Número documento Identidad	28. Sexo Femenino ☐ Masculino ☐	29. Fecha de nacimiento
--	---------------------------------	--------------------------------	--	-------------------------

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

30. Apellidos y nombres Primer apellido Segundo apellido Primer nombre Segundo nombre	31. Tipo documento de Identidad	32. Número de Identidad	33. Sexo Femenino Masculino	34. Fecha de nacimiento
--	---------------------------------	-------------------------	--------------------------------	-------------------------

Datos complementarios

35. Parentesco	36. Etnia	37. Discapacidad Tipo Condición
38. Datos de residencia Municipio/Distrito Zona Urbana Rural Departamento Teléfono Fijo y/o celular	39. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)	

Selección de la IPS Primaria

40. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS VS AVENIDA LIBERTADORES VS AVENIDA LIBERTADORES	41. Código de la IPS (a registrar por la EPS) VSLIBERTAD VSLIBERTAD
---	--

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA INSTITUCIONAL O DE OFICIO

42. Nombre o razón social MELANIE PATRICIA CROZCO SANCHEZ	43. Tipo de identificación CC	44. Número de documento de Identificación 1004463781	45. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS) 01
46. Ubicación MZ 28 CA 25 EL PAR Dirección	47. Teléfono 3002370999	48. Correo electrónico MELANIECROZCO@GMAIL.COM	49. Santa Marta Municipio/Distrito MAGDALENA Departamento

M-PYGA-F001 V 1.0-2018

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. 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 inscripción en la EPS
- Código: ☐
- ☐ 6. Reinscripción en la EPS
- ☐ 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- ☒ 8. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar
- ☐ 9. Extinción de beneficiarios o de afiliados adicionales
- ☐ 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando
- ☐ 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- ☐ 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- ☐ 13. Movilidad ☐ A. Régimen Contributivo
- ☐ ☐ B. Régimen Subsidado
- ☐ 14. Traslado ☐ A. Mismo régimen
- ☐ ☐ B. Diferente régimen
- ☐ 15. Reporte de fallecimiento
- ☐ 16. Reporte del trámite de protección al cesante
- ☐ 17. Reporte de la calidad de pre-Pensionado
- ☐ 18. Reporte de la calidad del pensionado

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de la identificación		Segundo apellido		Primer nombre		Segundo nombre	
Tipo documento de identidad		Número documento de identidad		Sexo		Fecha de nacimiento	
☐		☐		Femenino ☐ Masculino ☐		42. Fecha	
						01/01/82/01/24	
43. EPS anterior		44. Motivo de traslado		45. Caja de Compensación Familiar o pagador de pensiones			
		Código: ☐					

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- ☐ 46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- ☐ 47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
- ☐ 48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- ☐ 49. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Proveedor de Salud.
- ☒ 50. 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.
- ☒ 51. 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 por sus funciones la requieran.
- ☒ 52. 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.
- ☒ 53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o celular como mensaje de texto.

VIII. FIRMAS

54. Cotizante o cabeza de familia o beneficiario		55. El empleador aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de oficio	

IX. ANEXOS

- ☐ 56. Anexo Copia del documento de identidad: CN. ☐ RC. ☐ TI. ☐ CC. ☒ PA. ☐ CE. ☐ CD. ☐ SC. ☐
- Cantidad: ☐ ☐ ☐ ☒ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Total: ☐ 1
- ☐ 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- ☐ 58. Copia registro civil de matrimonio, o de la escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
- ☐ 59. 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 unión marital.
- ☐ 60. Copia certificado de adopción o acta de entrega del menor
- ☐ 61. Copia orden judicial o acto administrativo de custodia.
- ☐ 62. 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 padres.
- ☐ 63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud
- ☐ 64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- ☐ 65. 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.

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial		67. Datos del SISBEN		68. Fecha de radicación		69. Fecha de validación	
Código del municipio		Número ficha		Puntaje		Nivel	
☐		☐		☐		☐	
70. Datos funcionario que realiza la validación		Segundo apellido		Primer nombre		Segundo nombre	
Primer apellido							
Tipo documento de identidad		Número documento de identidad		71. Firma del funcionario			
☐		☐					
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.

M-PYGA-F001 V 1.0-2018

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	
OROZCO	SANCHEZ	MELANIE	PATRICIA	
No de identificación	Tipo de documento	Fecha de nacimiento	Sexo	Fecha diligenciamiento
1004463781	X	2001 07 28	X	2024 06 08

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

Medio de entrega deseado: Electrónico ☒ 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:

"Yo: MELANIE PATRICIA OROZCO SANCHEZ identificado con el documento de Identidad: C No. 1004463781, doy mi consentimiento para que Salud Total EPSS envíe al correo electrónico melanlorozco@gmail.com la Carta de derechos del afiliado y del paciente y la Carta de desempeño

Firma del afiliado (Cotizante):

Nombres y Apellidos: MELANIE PATRICIA OROZCO SANCHEZ
Número de identificación: 1004463781

Fecha de diligenciamiento
2024 06 08

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 auditoría 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 trámite 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 S.A.

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: 1004463781

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}



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, MELANIE PATRICIA OROZCO SANCHEZ identificado con CC No. 1004463781, registra la siguiente información.

Datos del Contratante

HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ
BARRENECHE - NI. 891780185

Datos de la Relación Laboral

Fecha de inicio de cobertura: 14/09/2024
Estado Afiliación: ACTIVO
Fecha de inicio de Contrato: 13/09/2024
Fecha fin de Contrato: 31/10/2024
Tipo Vinculación: TRABAJADOR INDEPENDIENTE
Clase de Riesgo: 3

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): 202401019718924.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 25 días del mes de septiembre de 2024.

Cordialmente,

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

Positiva Compañía de Seguros S.A.

Nit: 860.011.153-6 · Línea gratuita nacional: 01-8000-111-170 Teléfono: (601) 330-7000

Defensor del Consumidor Financiero: Ana María Giraldo Rincón - defensordelcliente@positiva.gov.co
Carrera 11A No 96 - 51 Oficina 206 Bogotá. Teléfono: (601) 610 8164

Positiva Compañía de Seguros @PositivaCol PositivaCol PositivaSeguros

LA ASEGURADORA
DE TODOS LOS
COLOMBIANOS

www.positiva.gov.co



**SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS
PORVENIR S.A.**

En sus calidad de administrador del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

Nº 1.144.444.000.0

CERTIFICA QUE:

MELANIE PATRICIA GARCIA GONZALEZ, identificada con cédula de identidad 1.004.463.781, en
su calidad de afiliada al Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir.

La presente certificación se expide el 21 de Septiembre del 2024.

Cordialmente,

Gerencia de Operación



Tenga en cuenta:

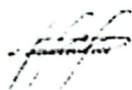
En este instrumento de su vida, le que Pólvora de Seguridad no solo es un fondo privado como Porvenir, ¿Por qué? Porque esta
administrada por el Estado, administrada libre y voluntariamente por los afiliados.



El BANCO DE BOGOTÁ a solicitud del interesado informa que MELANIE PATRICIA OROZCO SANCHEZ, identificado(a) con Cedula de ciudadanía número 1.004.463.781 está vinculado(a) con el BANCO DE BOGOTÁ a través de los siguientes productos financieros:

Cuentas de Ahorros No. 235322914, abierta/o desde el 31/7/2024.

Se expide en Bogotá el día 1 del mes de Agosto del año 2024 con destino a: A Quien Interese



Firma Autorizada

ESTA INFORMACIÓN ES CONFIDENCIAL Y SE SUMINISTRA SIN RESPONSABILIDAD ALGUNA POR PARTE DEL BANCO