

JESUS ANTONIO GOITIA CABRERA

Calle 129d#86a-44 (suba rincon)
3013569377 | goitiajesus00@gmail.com

OBJETIVO

Soy una persona responsable, dinámica, con aspiraciones, deseos de superación y metas basadas en el logro de objetivos; aprendo con rapidez y me intereso por cumplir de manera adecuada con la puntualidad, honestidad y responsabilidad en las distintas actividades que realizo, con facilidad de adaptación y capacidad de trabajar en equipo, en condiciones de alta presión

EXPERIENCIA PROFESIONAL

- **Calcomaniarte**
-
Instalador de calcomanías, oficios varios
- **Donde beto**
-
Domiciliario
- **Rappi**
-
Domiciliario
- **Maskoticos**
-
Domiciliario

EDUCACIÓN

- **Santa luisa (Venezuela)**
2012
Bachillerato

REFERENCIAS

- **Leydi colon - ""**
Asesora de ventas
3124576756
- **Adriana mendoza - ""**
Lic. Enfermeria
3227171508
- **Alexander granados - ""**
Domiciliario
3042483532



REPÚBLICA DE COLOMBIA
PERMISO POR PROTECCIÓN TEMPORAL

MIGRACIÓN
MINISTERIO DE RELACIONES EXTERIORES

No. 5167364

COL

GOITIA CABRERA

APELLIDOS

JESUS ANTONIO

NOMBRES

VEN

M

NACIONALIDAD

44922117

DNI Nro.

30-11-1995

FECHA DE NACIMIENTO

17-01-2022 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

30-05-2031

FECHA DE VENCIMIENTO



Jesus

FIRMA

~~VISIBLES~~

E021119i



INDICE DERECHO

El titular de este documento debe notificar a Migración Colombia cualquier cambio en la condición o información migratoria.

Juan Francisco Espinosa Palacios
Director General de Migración Colombia

MIGRACIÓN
MINISTERIO DE RELACIONES EXTERIORES
www.migracioncolombia.gov.co

IPC0L5167364<<6<<<<<<<<<<<<<<
9511305M3105308VENE0211191<<<9
GOITIA<CABRERA<<JESUS<ANTONIO<



LICENCIA PARA CONDUCIR

C.I: V-24.644.623



Apellidos: GOITIA CABRERA

Nombres: JESUS ANTONIO

F.Nacimiento: 30/11/1995

Sexo: MASCULINO

Limitaciones:

F.Expedición: 25/07/2018

F.Vencimiento: 30/11/2028

Tipo: SEGUNDO 2



Nro. de Verificación

180203516175

Este documento debe ser impreso a color en papel Bond Blanco y Plastificado.

**Driver's License - Patente di Guida
Permis de Conduire - Führerschein**

Inf. Emergencia: 000 000

Inf. Médica: N

Alérgico a: N

Grupo Sanguíneo: O

Factor RH: POSITIVO

IMPORTANTE:

Esta licencia autoriza a su portador para conducir la clase de vehículo en ella determinada, pero si sobreviene algún impedimento que incapacite física, mental o legalmente al titular o cuando el mismo conduzca en condiciones que pongan en peligro la seguridad del tránsito u ocasione daños a personas, podrá ser anulada, revocada o suspendida.



23024500000037608222

230

1128265489006419

LA SOLICITUD DE RENOVACIÓN DE ESTA LICENCIA
DEBERÁ SER EFECTUADA 60 DÍAS ANTES DE SU VENCIMIENTO

SOAT

PÓLIZA DE SEGURO DE DAÑOS CORPORALES CAUSADOS A LAS PERSONAS EN ACCIDENTES DE TRÁNSITO

FECHA DE EXPEDICIÓN	VIGENCIA
2022 12 03	DESDE 2022 12 04
	HASTA 2023 12 03



ASEGURADORA

sura

890.903.407 - 9

No. DE PÓLIZA	PLACA No.	CLASE DE VEHÍCULO	SERVICIO	CILINDRAJE/CATOS	MODELO
31042612	TNO28E	MOTOCICLETA	PARTICULAR	99	2018
PASAJEROS	MARCA	CARROCERÍA			
2	TVS	TVSSPORT			
No. MOTOR	No. CHASIS O No. SERIE	No. VIN	CAPACIDAD TON		
CF5AJ1460100	MD625MF57J1A04347	MD625MF57J1A04347	0.0		
APELLIDOS Y NOMBRES DEL TOMADOR		TELÉFONO DEL TOMADOR	TIPO DE DOCUMENTO DEL TOMADOR	No. DE DOCUMENTO DEL TOMADOR	CIUDAD RESIDENCIA TOMADOR
MARISOL NARVAEZ OSPINA		3028489821	CEDULA	52589040	
CÓDIGO DE ASEGURADORA	CÓD. SUCURSAL EXPEDIDORA	CLAVE PRODUCTOR	No. FORMULARIO	CIUDAD EXPEDICIÓN	
AT1318	2614	22986			
TARIFA	PRIMA SOAT	CONTRIBUCIONES	TASA RUNT	AMBIOS POR VÍCTIMA	
110	\$ 271,700	\$ 141,200	\$ 2,100	A. GASTOS MÉDICOS QUIRÚRGICOS, FARMACÉUTICOS Y HOSPITALARIOS	
TOTAL A PAGAR	\$ 415,000			B. INCAPACIDAD PERMANENTE	
				C. MUERTE Y GASTOS FUNERARIOS	
				D. GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACIÓN DE VÍCTIMAS	

HASTA
800
180
750
10

**SALARIOS
MÍNIMOS
LEGALES
DIARIOS
VIGENTES**

Ana Gaviola

FIRMA AUTORIZADA



CON EL SOAT SURA VAMOS MÁS ALLÁ

Porque estamos contigo si tienes un accidente de tránsito donde hay lesionados, a través del **#888**.



Señor usuario tenga en cuenta las siguientes recomendaciones:

- Recuerde portar siempre su SOAT, las autoridades de tránsito se lo pueden solicitar en cualquier momento.
- Recuerde validar que su póliza está registrada en el RUNT.
- Esté atento al momento en que deba renovar su póliza. No tener SOAT vigente acarrea multas económicas, la detención del vehículo y en caso de accidente de tránsito el recobro por todos los costos de la atención de las víctimas del accidente.
- Adquiera su SOAT en lugares autorizados.

En caso de accidente de tránsito:

- Si alguien resulta herido, debe ser atendido por el prestador de servicios de salud más cercano al lugar del accidente siempre que tenga la capacidad para brindar la atención requerida por las víctimas.
- Ningún prestador de servicios de salud del país puede negarse a atender víctimas de accidentes de tránsito (artículo 195 Decreto Ley 663 de 1993). En caso contrario, denuncie ante la Superintendencia Nacional de Salud.
- Para los gastos médicos, el cobro ante la aseguradora o el Fosyga lo debe realizar la institución prestadora de servicios de salud.
- Para presentar la reclamación ante la compañía aseguradora no se requiere acudir a terceros.

Texto habeas data

"Autorizo a SURAMERICANA S.A. para almacenar y usar mis datos personales con la finalidad de vincularme como cliente de SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A.; para el tratamiento los mismos, incluso datos biométricos, que es un dato sensible, con el fin de ejecutar el contrato, entregar, transmitir o compartir mi información con: Centrales de Riesgo para reportar mi comportamiento crediticio; con proveedores, Intermediarios de Seguros, Compañía matriz, filiales y subsidiarias; para ser contactado para el envío de información y ofertas de productos; para las demás contempladas en la política de privacidad.

Las respuestas a las preguntas sobre el tratamiento de datos sensibles son facultativas. Como Titular de sus datos tiene derecho a conocerlos, actualizarlos, revocar y conocer la autorización para su tratamiento, solicitar la supresión cuando proceda y acceder en forma gratuita a los mismos.

El responsable del tratamiento de sus datos es SURAMERICANA S.A., para ejercer los derechos sobre éstos comunicarse al 437 8888 (Medellín, Bogotá y Cali) resto del país 01 800051888. Para conocer las políticas de privacidad visite www.segurosura.com.co"



REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE TRANSPORTE
MINISTERIO DE AMBIENTE Y
DESARROLLO SOSTENIBLE

RUNT
REGISTRO ÚNICO NACIONAL DE TRÁNSITO



CERTIFICADO DE REVISIÓN TÉCNICO MECÁNICA Y DE EMISIONES CONTAMINANTES
No. 161869113

DATOS CENTRO DIAGNÓSTICO

Entidad que expide el certificado: CDA 18 CON 18 SAS

NIT: 901410868

No. de Certificado de
Acreditación: 21-CDA-089

Fecha de expedición: 2022/10/04

Fecha de vencimiento: 2023/10/04

DATOS VEHÍCULO

PLACA: TNO28E

CLASE: MOTOCICLETA

MARCA: TVS

MODELO: 2018

SERVICIO: Particular

COMBUSTIBLE: GASOLINA

CILINDRAJE: 99

NRO. MOTOR: CF5AJ1460100

NRO. CHASIS: MD625MF57J1A04347

VIN: MD625MF57J1A04347

LÍNEA: TVS SPORT

COLOR: NEGRO VERDE

NOMBRE PROPIETARIO: MARISOL NARVAEZ O.

FIRMA DEL RESPONSABLE

RICARDO VICTORINO GUZMAN



Libertad y Orden

REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE



LICENCIA DE TRÁNSITO No.

10022335346

PLACA	MARCA	LÍNEA	MODELO
TNO28E	TVS	TVS SPORT	2018
CILINDRADA CC	COLOR	SERVICIO	
99	NEGRO VERDE	PARTICULAR	
CLASE DE VEHÍCULO	TIPO CARROCERÍA	COMBUSTIBLE	CAPACIDAD Kg/PSJ
MOTOCICLETA	SIN CARROCERIA	GASOLINA	2
NÚMERO DE MOTOR	REG	VIN	
CF5AJ1460100	N	MD625MF57J1A04347	
NÚMERO DE SERIE	REG	NÚMERO DE CHASIS	REG
*****	N	MD625MF57J1A04347	N

PROPIETARIO: APELLIDO(S) Y NOMBRE(S)

IDENTIFICACIÓN

NARVAEZ OSPINA MARISOL

C.C. 52589040

RESTRICCIÓN MOVILIDAD

BLINDAJE

POTENCIA HP

8

DECLARACIÓN DE IMPORTACIÓN

FECHA IMPORT.

PUERTAS

902017000188498

22/09/2017

0

LIMITACIÓN A LA PROPIEDAD

FECHA MATRÍCULA

FECHA EXP. LIC. TTO.

FECHA VENCIMIENTO

10/04/2018

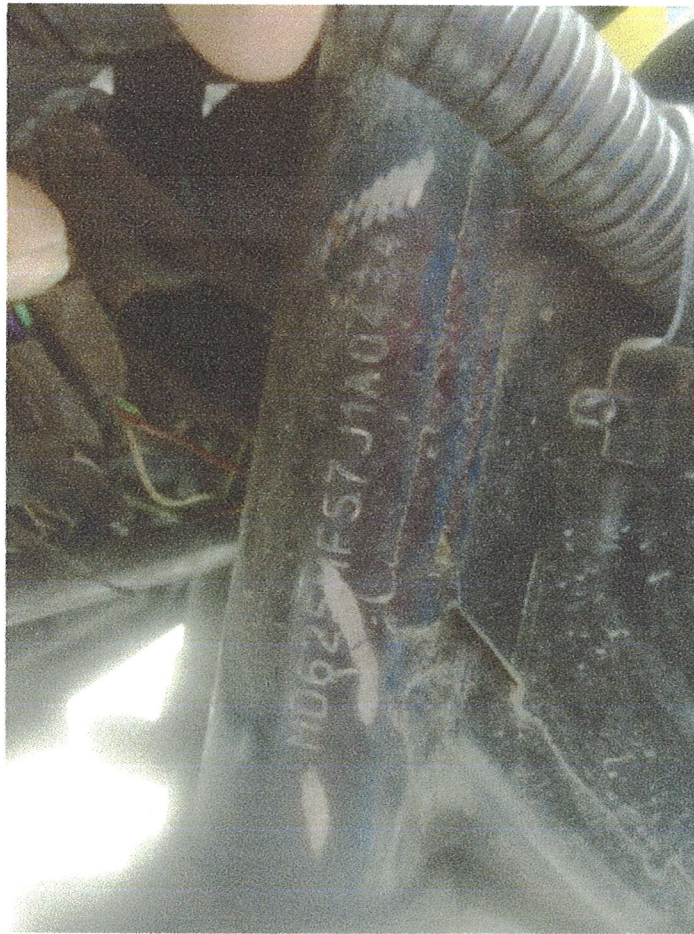
23/02/2021

ORGANISMO DE TRÁNSITO

SECRETARIA DE MOVILIDAD MUNICIPAL DE CHIA



LT01008619733





Para pagos y consultas
tu número de cliente es:

1844068-0

ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P.
NIT: 860.063.875-8
Calle 93 No. 13 - 45 Piso 1

¿Quieres tu factura virtual?
Escanea el código

ECOLÓGICO

FACTURA DE SERVICIOS PÚBLICOS No. 608906035-0

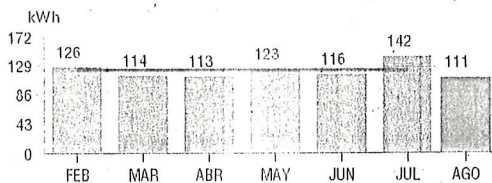
CLIENTE

51526

VITERLICIA GUERRERO FORERO
CL 129 D NO 86 A - 44

BOGOTÁ, D.C.
LOS NARANJOS

COMPORTAMIENTO CONSUMO DE ENERGÍA



VALOR kWh APLICADO
\$690.85

CONSUMO DIARIO:
3.7 kWh

VALOR DIARIO:
\$1,278

CONSUMO PROMEDIO
EN TRÁNSITO MESES:
122 kWh

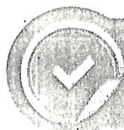
PERÍODO FACTURADO:
29 JUN/2022 A 29 JUL/2022

DÍAS
FACTURADOS: 30

CONSUMO MES
111 kWh

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO: Residencial RUTA REPARTO: 3000 7 03 703 0349
ESTRATO: 2 RUTA LECTURA: 3000 7 03 705 0349
CARGA kW: 2 MANZANA DE LECTURA: MS00920172
FACTOR: 1 MEDIDOR NO: 25014432
MEDIDOR NO:



Este mes tuvimos acceso a la LECTURA DE
TU MEDIDOR y tu CONSUMO de energía se
encuentra dentro de lo habitual!



Ayúdanos a cuidar a nuestros técnicos.

Los accidentes por mordeduras
de perros son frecuentes en
nuestros técnicos. Ayúdanos a
evitarlos, teniendo a tu mascota
bajo control cuando nuestros
técnicos están trabajando cerca
de tu vivienda.

Así, ellos pueden realizar su
trabajo de forma segura
y sin accidentes.



COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo: Vigencia: JUN/2022
G:216.26 T:49.52 D:234.32 CV:59.54 PR:46.20 R:54.86 CF:0.00 / \$660.72 Costo kWh Mes Tarifa aplicada Opción Tarifaria
690.85 Costo kWh Mes

ACTIVIDAD ECONOMICA 3514 Comercio de Energía Eléctrica Tarifa 11.04 por kWh. Suma autorizaciones según Resolución No. 0547 de 25 de enero de 2002. IVA Régimen Común. CUMPLIMIENTO
RESOLUCIÓN CREG 015 DE 1993.
Cada cliente de la presente tarifa el Cliente cuenta con las autorizaciones de delimita predios en la Ley 142 de 1994, y podrá hacer uso de éstas antes de la fecha señalada para pago oportuno. Para mayor
información consulte al 316 890 6003 o en nuestros Centros de Servicio al Cliente.
Operador de red ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. Garantiza que el suministro de energía eléctrica será continuo y de calidad según lo establecido en la Ley 142 de 1994. En cumplimiento de la resolución CREG 156 de 11 de mayo de 2011 consulte www.enel.com.co
IMPORTANTE: En cumplimiento de la resolución CREG 015 de 1993, la red eléctrica en Bogotá de Medellín, se establecieron subgrupos, categorías y precios diferenciados para ENEL COLOMBIA S.A.
S.A. y sus usuarios. Para obtener mayor información, le invitamos a consultar en nuestra página web www.enel.com.co o comunicarse a la línea 316 890 6003 o en
nuestros Centros de Servicio al Cliente.

FECHA DE EXPEDICIÓN FACTURA: 03 AGO 2022

Contáctanos!

Indicaciones en:
clientescolombia@enel.com

Chat de servicio en [www.enel.com.co/
es/personas/chat-de-atencion.html](http://www.enel.com.co/es/personas/chat-de-atencion.html)

App Enel Clientes Colombia

316 890 6003

Enel Colombia

@EnelClientesCO

EFICIENCIA SERVICIO AL CLIENTE
Bogotá y Medellín 601 7115 115
Cali y Pereira 601 5 115 115

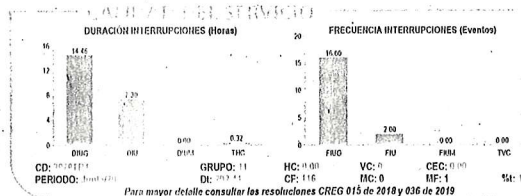
ASEO
SERVICIO AL CLIENTE
110

EMERGENCIAS
115
Gratuito
las 24 horas.

DEMNACIAS
601 5 894 894
denuncias@enel.com

DEFENSOR DEL CLIENTE

<https://www.enel.com.co/es/personas/defensor-cliente.html>
defensor@enel.com



Para mayor detalle consultar las resoluciones CREG 015 de 2018 y 036 de 2019

USO EFICIENTE DE LA ENERGÍA

Cuando salgas de viaje recuerda desconectar tus electrodomésticos
para reducir el consumo de energía.

¿QUÉ HACER CUANDO NECESITES REALIZAR UNA CONEXIÓN ELÉCTRICA SIMPLE?

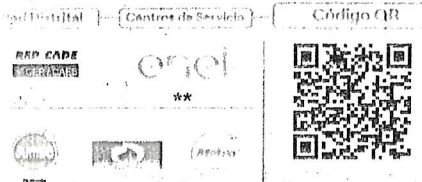
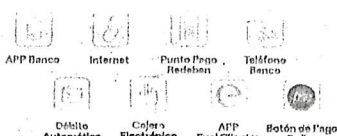
1. Envía los documentos a través
de nuestros canales de atención
WhatsApp Enel 316 8906003
Mail:
clientescolombia@enel.com
Chat servicio
Centros de Servicio

2. Un asesor Enel te llamará
y coordinará contigo la
ejecución de la visita virtual
para evaluar cumplimiento
RETE de la instalación.
3. Si la visita virtual fue
conforme, se agendará tu
visita de conexión.



Para obtener más información
sobre la visita virtual, visita
[www.enel.com.co/es/nuevas-
conexiones/visita-virtual](http://www.enel.com.co/es/nuevas-conexiones/visita-virtual)

¿Cómo pagar la factura?



**Por restricciones sanitarias registramos cierre de los puntos de consulta en algunos de nuestros Centros de Servicio. Consulta nuestra página en www.enel.com.co para más información. Ya no se aceptará el pago de la factura de energía en el SUPERCAJE Ruta, SUPERCAJE Rosa y CADE Tarjetas. Si realizas el pago en un correspondiente bancario, el día del correspondiente en el día 4 de pago. El call del correspondiente no es un soporte válido en caso de reclamo.





No. de Radicación: 30012023

Fecha de Radicación: 30/01/2023

I. DATOS DEL TRÁMITE (Los datos se encuentran anexos al formulario antes de diligenciarlo)

1. Tipo de trámite A. Afiliación ☐ B. Novedades ☒	2. Tipo de Afiliación A. Individual B. Colectiva ☒ C. Institucional ☐	3. Régimen A. Contributivo ☒ B. Subsidio ☐	4. Tipo de afiliado: A. Cotizante ☒ B. Cabeza de familia ☐ C. Beneficiario ☐	5. Tipo de cotizante: A. Dependiente ☒ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐	Código (a registrar por la EPS)
--	---	---	--	---	--

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

6. Apellidos y nombres: Mendez, Beatriz Adriana	7. Tipo de documento de identidad: C	8. Número de documento de identidad: 2357461	9. Sexo: Femenino ☒ Masculino ☐	10. Fecha de nacimiento: 16/05/1987
---	--------------------------------------	--	---	-------------------------------------

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia:	12. Discapacidad:	13. Puntaje SISBEN:	14. Grupo de población especial:	15. Administradora de riesgos laborales - ARL: Alac Colpalme	16. Administradora de pensiones: Biveni
17. Ingresos base de cotización - IBC: 1.700.000	18. Residencia: Bogotá	19. Zona: Urbana ☒ Rural ☐	20. Correo electrónico: beatriz.mendez@gmail.com	21. Teléfono celular: 31271708	22. Dirección: Elmarco

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

19. Apellidos y nombres:	20. Tipo de documento de identidad:	21. Número de documento de identidad:	22. Sexo: Femenino ☐ Masculino ☐	23. Fecha de nacimiento:
---	--	--	---	---

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

24. Apellidos y nombres				25. Tipo de documento de identidad	26. Número de documento de identidad	27. Sexo	
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre			Femenino	Masculino
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

28. Fecha de nacimiento	29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad	32. Datos de residencia			33. Valor de la UPC afiliado adicional (a registrar por la EPS)
				Municipio / Distrito	Zona Urbana / Rural	Departamento	Teléfono fijo y/o celular
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

Selección de la IPS Primaria

34. Nombre de la institución prestadora de servicios de salud - IPS: CSS Suba Norte	35. Código de la IPS (a registrar por la EPS): 1052	36. Nombre o razón social: Loxana S.A.	37. Tipo de documento de identificación: R07
38. Número del documento de identificación: 901245994	39. Tipo de aportante o pagador pensiones (a registrar por la EPS): I	40. Tipo de afiliación: 2b	41. Número de documento de identificación: 2-42

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad	41. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales	42. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales	43. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar	44. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando	45. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas	46. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas	47. Movilidad:	48. Traslado:	49. Reporte por fallecimiento	50. Reporte del trámite de protección al cesante	51. Reporte de la calidad de Pre-pensionado	52. Reporte de la calidad de Pensionado
1. Modificación datos básicos de identificación	☐	☐	☐	☐	☐	☐	A. Régimen Contributivo ☒ B. Régimen Subsidio ☐	A. Mismo Régimen ☐ B. Diferente Régimen ☐	☐	☐	☐	☐
2. Corrección datos básicos de identificación	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3. Actualización documento de identidad	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4. Actualización y corrección de datos complementarios	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
5. Terminación de la inscripción en la EPS	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
6. Reinscripción en la EPS	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación	42. Tipo de documento de identidad:	43. Número de documento de identidad:	44. Sexo: Femenino ☐ Masculino ☐	45. Fecha de nacimiento: 30/01/2023
46. EPS anterior	47. Motivo de traslado	48. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones		

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

49. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y 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.	☒
50. Declaración de la obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.	☐	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 1591 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.	☒
53. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impidan la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.	☐	54. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.	☒
54. Declaración de no información del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.	☐		
55. 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.	☒		

VIII. FIRMAS

56. Firma del cotizante o cabeza de familia: <i>Beatriz Mendez</i>	57. Firma del representante legal de la entidad: <i>Klara Bedoya</i>
--	--

IX. ANEXOS

58. Anexo copia del documento de identidad: CN ☐ Cant. ☐ RG ☐ Cant. ☐ TI ☐ Cant. ☐ CC ☐ Cant. ☐ PA ☐ Cant. ☐ CE ☐ Cant. ☐ CD ☐ Cant. ☐ SC ☐ Cant. ☐ Total	59. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.	☐
60. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.	61. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres.	☐
61. Copia del registro civil de matrimonio, o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.	62. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.	☐
62. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.	63. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.	☐
63. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.	64. Copia del acta administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que consta la calidad de beneficiario o se ordena la afiliación de oficio.	☐

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

65. Identificación de la entidad Territorial	66. Datos del SISBEN	67. Fecha de radicación	68. Fecha de validación
Código del municipio:	Código del departamento:	Número de la ficha:	Puntaje:
70. Datos del funcionario que realiza la validación	71. Firma del funcionario		
Nombre:	Apellido:		
Tipo de documento de identidad:	Número de documento de identidad:		

OBSERVACIONES: Mes Aporte CERO por cot en ON MBE



	SI	NO
¿Previo diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y del Paciente?	☒	☐
¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo la entrega de la carta de Desempeño donde se presenta de manera clara su puesto en el ranking?	☒	☐
¿Leyó el contenido de la carta de derechos y deberes del afiliado y del paciente?	☒	☐
¿Leyó el contenido de la carta de desempeño de la EPS?	☒	☐
¿Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información fue asesorado adecuadamente por la EPS?	☒	☐

Firma del afiliado (cotizante): Becebruy

No. Identificación: 2357461

FIRMA A RUEGO (Diligenciar exclusivamente cuando el cotizante no pueda firmar)

A ruego de (la) señor(a) _____ con C.C. No. _____
lo hace en su nombre, el (la) señor(a) _____
con C.C. No. _____ mayor de edad y sin ningún impedimento para dar fe de la información que se está
entregando, quien además actúa como testigo, certificando que la huella dactilar del dedo índice de la mano derecha pertenece al
(la) señor(a) _____

Firma a Ruego: _____

Nombres y apellidos: _____

Identificación: _____

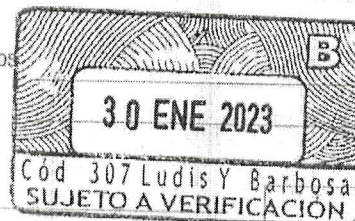
Edad: _____

Dirección: _____

de domicilio: _____

Nombres y apellidos
de quien no sabe
firmar: _____

Identificación: _____



AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Autorizo de manera voluntaria, explícita, previamente informada e inequívoca a todos los servicios de salud Compensar EPS, de acuerdo a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, Decreto 1377 de 2013 y el Decreto 886 de 2012, para tratar mi información personal, según lo establecido en su Manual de Protección de Datos Personales, disponible en: www.compensar.com / vínculo protección Datos Personales; información que será utilizada en el desarrollo de las funciones propias para:

- Dar cumplimiento a obligaciones contraídas conmigo y/o mis beneficiarios.
- Dar cumplimiento a requerimientos legales y de organismos de control.
- Proveer y/o evaluar la calidad de los productos y/o servicios requeridos por mí.
- La realización de estudios internos sobre fines estadísticos y analíticos de los datos, para mejoras de nuestros servicios o programas especializados de atención en salud; información sobre la cual podré, en cualquier momento, ejercer mis derechos de Habeas Data, para solicitar que no se me envíe información de los servicios en los casos que sea pertinente, y que no afecte el servicio de salud prestado por Compensar EPS.
- Transmitir mis datos personales a las administradoras encargadas de la seguridad social, con el fin de actualizar el estado de mi afiliación y/o traslado en el sistema.
- Compartir mis datos personales con la Caja de Compensación Familiar Compensar para efectos de la prestación de servicios de salud.

Cabe anotar, que la protección de los datos personales se efectúa a través de proveedores tecnológicos, con los cuales se tienen firmados contratos de transmisión de información, en aras de cumplir a cabalidad con los principios de acceso de la ley, así como de tomar las medidas técnicas y tecnológicas necesarias para el aseguramiento de los datos.

Como titular de la información personal sobre la que Compensar EPS ejerce el tratamiento, se me informa sobre los canales a través de los cuales puedo ejercer mis derechos a conocer, actualizar, rectificar, suprimir mis datos personales, entre ellos el correo electrónico protecciondedatos@compensar.com, y la central telefónica de la EPS.

La protección de datos personales efectuada por Compensar EPS, cumple con los principios de finalidad, necesidad, circulación restringida, confidencialidad y seguridad señalados en la Ley 1581 de 2012 y manifiesto expresamente que conozco dónde consultar la información sobre protección de datos personales, así como los efectos y alcance de la presente autorización y que estoy libre de todo vicio del consentimiento en el momento de otorgarla.

Firma del afiliado (cotizante): Becebruy

No. Identificación: PT 2357461