

CUESTIONARIO ENTREGA CARTA DE DERECHOS Y DEBERES DEL AFILIADO Y DEL PACIENTE EN EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD Y DE LA CARTA DE DESEMPEÑO

AUTORIZACIÓN PREVIA PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES Y DATOS PERSONALES SENSIBLES

SI **NO**

¿Previo al 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 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?

¿Autoriza a EPS Famisanar S.A.S el envío de la carta de derechos y deberes y la carta de desempeño al correo electrónico?

En mi calidad de cotizante, manifiesto de manera clara, expresa, libre, inequivoca y espontánea que le otorgo a la EPS FAMISANAR S.A.S en su calidad de **RESPONSABLE** del tratamiento de mis datos personales, mi consentimiento previo para recolectar, almacenar, usar, circular, suprimir, reportar y en general para tratar los **DATOS PERSONALES, DATOS PERSONALES SENSIBLES** y demás información susceptible de tratamiento; registrada a mi nombre y/o de los beneficiarios de mi grupo familiar en sus Bases de Datos, con la finalidad de realizar las actividades propias del aseguramiento en salud y en los términos previstos en su **POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE LA INFORMACIÓN** y **AVISO DE PRIVACIDAD**, disponibles en www.famisanar.com.co, todo lo cual conforme lo establecido en la Ley Estatutaria 1581 de 2012 y demás normas que la sustituyan, adicionen, reglamenten, complementen o modifiquen.

Así mismo manifiesto que mis derechos como titular de los datos son los consagrados en la Constitución Nacional y la Ley, especialmente el derecho a conocer, actualizar, rectificar, y, a suprimir mi información personal y revocar el consentimiento otorgado para el tratamiento de datos personales cuando ello fuera procedente (artículo 9º Decreto 1377 de 2013).

Datos sensibles: Se entiende por datos sensibles aquellos que afectan la intimidad del Titular o cuyo uso indebido puede generar su discriminación, tales como aquellos que revelen el origen racial o étnico, la orientación política, las convicciones religiosas o filosóficas, la pertenencia a sindicatos, organizaciones sociales, de derechos humanos o que promueva intereses de cualquier partido político o que garanticen los derechos y garantías de partidos políticos de oposición, así como los datos relativos a la salud, a la vida sexual, y los datos biométricos." (Numeral 3º artículo 3º Decreto 1377 de 2013).

Firma del afiliado:

Cesar Vargas

Nombres y Apellidos **CESAR ORLANDO VARGAS PALACIOS**
Identificación: **CC 79407278**

AUTORIZACIÓN DONACIÓN DE ÓRGANOS Y TEJIDOS - LEY 1805 DE 2016

De acuerdo a lo definido en el artículo 4º de la Ley 1805, manifiesto a continuación que mi voluntad de ser donante de órganos y tejidos es:

SI **NO**

Firma del afiliado:

Nombres y Apellidos **CESAR ORLANDO VARGAS PALACIOS**
Identificación: **CC 79407278**

"ARTÍCULO 15. Los menores de edad podrán ser donantes de órganos y tejidos, siempre y cuando sus representantes legales expresen su consentimiento informado para la donación de órganos y/o tejidos dentro de las (8) horas siguientes a la concurrencia de la muerte cerebral. El médico responsable deberá informarles sus derechos y los beneficios de la donación.

FIRMA A RUEGO

A ruego del señor (a) _____ identificado (a) con el documento _____ No. _____ quien _____
manifiesta no poder o no saber firmar, lo hace en su nombre el (la) señor(a) _____ quien es mayor de
edad y sin ningún impedimento para dar fe de la información que está recibiendo.

Como testigo, da fe de todo lo anterior y certifica que la huella aquí impuesta pertenece al señor (a) _____

Firmante a Ruego:

Nombres y Apellidos: _____
Identificación: _____
Edad: _____
Dirección de Domicilio: _____

Nombres y Apellidos
de quien no sabe o _____
no puede firmar: _____



Medellín, 05 de octubre de 2021

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de EXPROYEC JAL SAS que se encuentra EN MORA.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante
Centro de trabajo: 0000000001 PRINCIPAL DC			Clase: 4	Porcentaje Cotización: 4,35 %	
C79407278	VARGAS PALACIOS CESAR ORLANDO	06/10/2021		424216 ³ K	DEPENDIENTE

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A así como para su desafiliación
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 05/10/2021 17:10:21 .

Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.

Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 186.86.32.55, 198.143.57.18, 172.16.42.57