

## CONSENTIMIENTO INFORMADO

En pleno uso de mis facultades, libre y voluntariamente autorizo a DELIMA MARSH S.A. en calidad de intermediario de la Secretaría de Educación del Distrito y a la Aseguradora SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, que emite la cobertura de la póliza 99400000015, y en mi condición de beneficiario que legítimamente poseo la historia Clínica, para que conozca de la historia clínica para que conozca toda la información allí contenida como aspectos científicos, técnicos y administrativos relativos a la atención en salud, diagnósticos, tratamientos, rehabilitación de enfermedades y en general toda la información contenida en la misma, de acuerdo con lo estipulado en la Ley 23 de 1981, las Resoluciones 2346 de 2007, 1995 de 1999 y 1918 del 2009 del Ministerio de Salud y Protección Social y todas las normas que pueda expedir el Gobierno de la República de Colombia en relación de las mismas con el fin que DELIMA MARSH S.A. y SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA realicen seguimiento de las condiciones de salud para los fines propios del intermediario de seguros, esto es sin limitarse a: i) realizar reclamaciones a las compañías aseguradoras y empresas de medicina prepagada, ii) validar las objeciones realizadas por las compañías de seguros o empresas de medicina prepagada para validar si están fundamentadas, iii) Evaluar casos médicos críticos por ausentismo laboral y reintegro laboral, iv) Para realizar evaluación y seguimiento a los casos de los sistemas de vigilancia epidemiológica v) Para la aplicación y manejo de la evaluación del riesgo psicosocial, vi) Para interactuar con las diferentes entidades del Sistema de Seguridad Social, compañías aseguradoras y entidades con competencia legal de diagnosticar mi estado de salud, la calificación del origen y pérdida de capacidad laboral, así como para agilizar los trámites en los procesos asistenciales o de reclamación, así como cualquier requerimiento relacionado con mi estado de salud.

Por lo anterior, me obligo a suministrar la información completa y veraz requerida por DELIMA MARSH S.A. y SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA.

## AUTORIZACIÓN

Que en atención a los lineamientos de la Ley 1581 de 2012 y sus decretos reglamentarios declaro expresamente:

Que autorizo a DELIMA MARSH S.A y SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA a dar tratamiento a mis datos personales, de acuerdo con las siguientes estipulaciones:

- **FINALIDAD DEL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES:** Mis datos personales serán tratados y/o utilizados por DELIMA MARSH S.A. y SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, para las siguientes finalidades: i) realizar reclamaciones a las compañías aseguradoras y empresas de medicina prepagada, ii) validar las objeciones realizadas por las compañías de seguros o empresas de medicina prepagada para validar si están fundamentadas, iii) Evaluar casos médicos críticos por ausentismo laboral y reintegro laboral, iv) Para realizar evaluación y seguimiento a los casos de los sistemas de vigilancia epidemiológica v) Para la aplicación y manejo de la evaluación del riesgo psicosocial, vi) Para interactuar con las diferentes entidades del Sistema de Seguridad Social, compañías aseguradoras y entidades con competencia legal de diagnosticar mi estado de salud, la calificación del origen y pérdida de capacidad laboral, así como para agilizar los trámites en los procesos asistenciales o de reclamación, así como cualquier requerimiento relacionado con mi estado de salud.

El tratamiento podrá ser realizado directamente por mi empleador o por Delima Marsh S.A. y/o SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA o por lo encargados del tratamiento que ella considere necesario.

- **USUARIOS DE LA INFORMACIÓN:** Que los datos podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para las finalidades mencionadas, a: i) Las personas jurídicas que tienen la calidad de filiales, subsidiarias o vinculadas, o de matriz de Delima Marsh S.A. ii). A las aseguradoras, administradoras de riesgos laborales que intervengan en el proceso de celebración, ejecución y terminación del contrato de seguro tomado por mi empleador (iii) A los médicos de Delima Marsh S.A.
- **TRANSFERENCIA INTERNACIONAL DE INFORMACIÓN A TERCEROS PAÍSES:** Que en ciertas situaciones es necesario realizar transferencias internacionales de mis datos para cumplir las finalidades del tratamiento.
- **DATOS SENSIBLES:** Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me harán sobre datos personales sensibles, de conformidad con la definición legal vigente. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas, por lo que autorizo expresamente para que se lleve a cabo el tratamiento de mis datos sensibles.
- **DATOS PERSONALES DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES:** Que son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niñas, niños y adolescentes. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas.
- **DERECHOS DEL TITULAR DE LA INFORMACIÓN:** Que como titular de la información, me asisten los derechos previstos en las Leyes 1266 de 2008 y 1581 de 2012. En especial, me asiste el derecho a conocer, actualizar y rectificar las informaciones que se hayan recogido sobre mí.
- **RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LA INFORMACIÓN:** Que el responsable del tratamiento de mis datos serán los encargados del tratamiento de la información es DELIMA MARSH S.A. identificada con Nit. 890.301.584-0 con domicilio en la ciudad de Bogotá D.C. en la Avenida el Dorado No. 69B – 45 Piso 10. y/ y/o a SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, identificada con Nit 860.524.654-6 con domicilio en la ciudad de Bogotá D.C. en la calle 100 # 9A – 45 Piso 12.

Nombre: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

Cédula: \_\_\_\_\_ Ciudad y Fecha: \_\_\_\_\_