



**AUTORIZACIÓN Y REFRENDACIÓN DE USO DE DATOS PERSONALES-EPS
GESTIÓN DE LA AFILIACIÓN, GESTIÓN SOGC, GESTIÓN PLANEACIÓN DE
SERVICIOS DE SALUD Y GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD
A-01-17**

VERSIÓN 2

Mayo de 2021

1. AUTORIZACIÓN PARA EL MANEJO DE DATOS PERSONALES

Con el fin de que la Caja de Compensación Familiar del Huila en adelante **COMFAMILIAR**, me preste una mejor atención en los distintos productos y servicios relacionados como parte de mi afiliación a **COMFAMILIAR**, y con el objetivo de dar cumplimiento de sus objetivos estratégicos, así mismo, con la finalidad de garantizar los principios de libertad, confidencialidad, veracidad, transparencia, finalidad, circulación restringida, seguridad, entre otros contemplados en la Ley 1581 de 2012, de manera expresa, voluntaria y previamente informada de conformidad con la Ley 1581 de 2012, y el Decreto 1377 de 2013, como con las normas que lo modifiquen y lo complementen, procedo a otorgar la presente **AUTORIZACIÓN**:

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN							No. DE IDENTIFICACIÓN	FECHA NACIMIENTO			SEXO	
		C.C.	T.I.	C.E.	P.A.	R.C.	N.U.P.	A.S.I.		AÑO	MES	DÍA	H	M
PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	M.S.I.	C.D.	C.N.V.	S.C.	P.E.P.	N.I.T.							
DIRECCIÓN DE RESIDENCIA				BARRIO DE RESIDENCIA				MUNICIPIO DE RESIDENCIA						
TELÉFONO CELULAR	TELÉFONO FIJO	CORREO ELECTRÓNICO												

Autorizo a **COMFAMILIAR**, a realizar el tratamiento de mis datos personales y los de mis beneficiarios. Actividad que incluye la recolección, almacenamiento, actualización, uso, circulación, trasmisión, transferencia, supresión o eliminación, entre otros para las siguientes finalidades:

- Dar cumplimiento a las finalidades del servicio de **COMFAMILIAR**, y las cuales necesitan para prestar el servicio, el uso de mis datos personales.
- En desarrollo de actividades que pueden ser prestadas directamente o con el apoyo de terceros, mediante la celebración de contratos o convenios, con quienes se compartirá mi información personal que se requiera, para los fines relacionados con el objeto contratado, así como para garantizar a los afiliados, el acceso oportuno a los servicios de salud.
- Para actividades de mercadeo y/o promoción de servicios propios del objeto social de **COMFAMILIAR** en cada una de sus unidades de negocio, o de terceros con quienes **COMFAMILIAR** haya celebrado alianzas comerciales, convenios o contratos interinstitucionales o de colaboración, las cuales pueden ser adelantadas directamente por **COMFAMILIAR** o con el apoyo de terceros encargados con quienes se compartirá mi información personal.
- Para realizar fines estadísticos, comerciales y de control de riesgos, como la realización por parte de **COMFAMILIAR** o sus aliados de estudios estadísticos, analíticos, comerciales con la finalidad de mejorar nuestros productos y servicios, y siempre bajo el marco regulatorio y de protección de la información.
- Para cumplir con los requerimientos de los organismos de vigilancia y control, así como los distintos órganos que en virtud de cumplimiento legal requieran el acceso a información personal y de forma general a aquellos archivos de información pública y privada.
- Caracterización y seguimiento a la población, para la gestión del riesgo en salud, utilizando la información derivada de los servicios asistenciales, o cualquier otro dato con el que se cuente para esta finalidad.
- Para compartir mis datos personales, con autoridades nacionales o extranjeras cuando la solicitud se base en razones legales, procesales, o para colaborar con gobiernos extranjeros que requieran la información.
- Enviarme información sobre cambios o mejoras en el esquema de prestación de los servicios de **COMFAMILIAR** e IPS contratadas, y comercial, por correo electrónico, internet, canales virtuales o de forma física sobre los servicios, eventos, promociones de los servicios de **COMFAMILIAR** o de terceros con quienes **COMFAMILIAR** haya celebrado alianzas comerciales, convenios o contratos interinstitucionales o de colaboración. Esto durante los horarios establecidos por la ley para el envío de esta información.

	AUTORIZACIÓN Y REFRENDACIÓN DE USO DE DATOS PERSONALES-EPS GESTION DE LA AFILIACIÓN, GESTIÓN SOGC, GESTIÓN PLANEACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD Y GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD A-01-17	VERSIÓN 2
		Mayo de 2021

1. Informarme sobre cambios, promociones, modificaciones sobre los productos y servicios en los servicios EPS, IPS, financieros, subsidio, educación, recreación y turismo, y los relacionados como parte de mi afiliación a **COMFAMILIAR**.

2. DECLARACIONES DEL TITULAR

Declaro que toda la información suministrada en este formato y los que lo complementen es veraz e integra. Conozco los derechos y obligaciones que me asisten frente a la protección de datos personales y de conformidad con las políticas de protección de datos personales de **COMFAMILIAR**.

Además de los derechos consagrados en la Ley 1581 de 2012, se me debe garantizar:

- a) Conocer integralmente y de forma gratuita mis datos personales, así como actualizarlos y rectificarlos frente a **COMFAMILIAR** o los encargados del tratamiento.
- b) Ser informado del uso que se dé a mis datos personales.
- c) Conocer el uso que se le da a mis datos personales, previa solicitud a **COMFAMILIAR**.
- d) Solicitar prueba de la autorización otorgada a **COMFAMILIAR**, salvo cuando expresamente se exceptúe como requisito para el tratamiento, de conformidad con la ley.
- e) Revocar la autorización y/o solicitar la supresión del dato cuando no se respeten los principios, derechos y garantías consagradas en la Ley.
- f) Presentar peticiones, quejas y reclamos ante las autoridades competente.

3. MANEJO DE DATOS SENSIBLES

COMFAMILIAR, en la prestación de todos los servicios protegerá los datos sensibles entre ellos, los consagrados en el artículo 5 de la Ley 1581 de 2012. He sido informado acerca de la NO obligatoriedad de las respuestas a las preguntas que me sean hechas cuando estas versen sobre datos sensibles, tales como origen racial, étnico, orientación política, convicciones religiosas, filosóficas, pertenecía a sindicatos, organizaciones sociales, de derechos humanos, datos relativos a la salud, a la vida sexual y los datos biométricos o sobre los datos de los niños, niñas y adolescentes.

4. CANALES Y PETICIONES

Para efectos de ejercer mis derechos a conocer, actualizar, rectificar y suprimir información, revocar la autorización, entre otros, podre acudir a **COMFAMILIAR** como responsable del tratamiento de manera gratuita a la Oficina de Servicio al Cliente de **COMFAMILIAR**, ubicada en la calle 11 No. 5-63 Neiva Huila, a las oficinas de los municipios de Huila y Boyacá donde hace presencia u opera **COMFAMILIAR** o al correo electrónico habeasdata@comfamiliarhuila.com, PBX. 8664452 ext. 1139 o a través de la página web www.comfamiliarhuila.com link atención al usuario - PQR. Como titular de la información puedo utilizar cualquiera de los canales con el fin de ejercer mis derechos. La información se encuentra almacenada en las bases de datos hasta cuando por obligación legal, contractual y de conformidad a la Política de Protección de Datos Personales debamos mantenerlos, la cual puede consultar en www.comfamiliarhuila.com.

Cualquier duda adicional puedo acudir a algunos de los canales mencionados o lo establecido en la Política de Protección de Datos Personales.

Fecha _____

Firma de la Persona o Representante Legal que AUTORIZA

Numero de documento