

Caracterización de Líderes Comunitarios en Salud

Secretaría de Salud de Medellín

***Obligatorio**



Alcaldía de Medellín

Autorización manejo de datos personales

De conformidad con lo definido por la Ley 1581 de 2012, el Decreto Reglamentario 1377 de 2013, la Circular Externa 002 de 2015 expedida por la Superintendencia de Industria y Comercio, la política interna de manejo de la información implementada por la Alcaldía de Medellín mediante el Decreto 1096 de 2018, o aquellas que las modifiquen o sustituyan, a través de las cuales se establecen disposiciones generales en materia de hábeas data y se regula el tratamiento de la información que contenga datos personales, me permito declarar de manera expresa que:

Autorizo de manera libre, voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca a la Alcaldía de Medellín, para que en los términos legalmente establecidos realice la recolección, almacenamiento, uso, circulación, supresión y en general, el tratamiento de los datos personales que he procedido a entregar o que entregaré, en virtud de los espacios de participación social en salud en los que me inscriba, en desarrollo y ejecución de los fines descritos en el presente documento.

Dicha autorización para adelantar el tratamiento de mis datos personales, se extiende durante la totalidad del tiempo en el que pueda llegar consolidarse una relación o persista, por cualquier circunstancia, con la Alcaldía de Medellín y con posterioridad al finiquito de la misma, siempre que tal tratamiento se encuentre relacionado con las finalidades para las cuales los datos personales fueron recabados, en especial para los fines pertinentes de los procesos de participación social en salud y administrativos de la Institución.

En ese sentido, declaro conocer que los datos personales objeto de tratamiento, serán utilizados específicamente para las finalidades derivadas de los procesos de participación social en salud.

Política de manejo de datos personales adoptada por la Alcaldía de Medellín

(<https://www.medellin.gov.co/irj/portal/medellin?NavigationTarget=navurl://0c1fac2d10e8310090ff005de7c0c77b>).

Finalmente, manifiesto conocer que en los casos en que requiera ejercer los derechos anteriormente mencionados, la solicitud respectiva podrá ser elevada a través del aplicativo de PQRSD de la Alcaldía de Medellín (<https://www.medellin.gov.co/irj/portal/medellin?NavigationTarget=inicio/AtencionCiudadana>).

1. Autoriza el manejo de datos personales para procesos de Participación Social en Salud en Medellín?

Marca solo un óvalo.

Sí *Salta a la pregunta 2*

No

Caracterización de Líderes Comunitarios en Salud

2. Tipo de documento *

Marca solo un óvalo.

Cédula

Tarjeta de identidad

Otro: _____

3. Documento de identidad *

4. Primer nombre *

5. Segundo nombre

6. Primer apellido *

7. Segundo apellido

8. Sexo *

Marca solo un óvalo.

Mujer

Hombre

Otro

9. Fecha de nacimiento

Ejemplo: 7 de enero del 2019

10. Régimen de Seguridad Social *

Marca solo un óvalo.

Contributivo

Subsidiado

Especial

No afiliado

11. EPS

12. Teléfono de contacto 1 *

13. Teléfono de contacto 2

14. Correo electrónico

15. Comuna *

Marca solo un óvalo.

- Comuna 1
- Comuna 2
- Comuna 3
- Comuna 4
- Comuna 5
- Comuna 6
- Comuna 7
- Comuna 8
- Comuna 9
- Comuna 10
- Comuna 11
- Comuna 12
- Comuna 13
- Comuna 14
- Comuna 15
- Comuna 16
- Palmitas 50
- San Cristóbal 60
- Altavista 70
- San Antonio de Prado 80
- Santa Elena 90

16. Enfoque diferencial de la persona *

Si la persona se identifica con alguno(s) de estos grupos poblacionales, marque la(s) casillas; en caso contrario, marque "Ninguno de los anteriores"

Selecciona todos los que correspondan.

- Afrodescendiente
- Indígena
- ROM
- LGBTI
- Situación de calle
- Campesino
- Discapacidad
- Población víctima
- Ninguno de los anteriores

Otro: _____

17. Pertenece al COPACOS? *

Marca solo un óvalo.

- Sí *Salta a la pregunta 18*
- No *Salta a la pregunta 24*

Sección sin título

18. Estado en el COPACOS *

Marca solo un óvalo.

- Activo
- Inasistente
- Otro: _____

19. Periodos *

Marca solo un óvalo.

Primero

Segundo

20. Fecha de inicio del último periodo en el COPACOS

Ejemplo: 7 de enero del 2019

21. Nombre de la Organización que representa en el COPACOS? *

22. Grupo Poblacional de la Organización *

En caso que la organización que representa en el COPACOS pertenezca a un grupo poblacional, especifique cual; de lo contrario, señale "Ninguno de los anteriores"

Selecciona todos los que correspondan.

Afrodescendiente

Indígena

ROM

LGBTI

Situación de calle

Campesino

Discapacidad

Población víctima

Ninguno de los anteriores

23. Representa al COPACOS ante el CTP? *

Marca solo un óvalo.

Sí

No

Sección sin título

24. Pertenece a una Asociación de Usuarios? *

Marca solo un óvalo.

Sí *Salta a la pregunta 25*

No *Salta a la pregunta 27*

25. Nombre de la Institución de la Asociación de Usuarios *

26. Es representante por la Asociación de Usuarios ante la Junta Directiva de la ESE o EPS? *

Marca solo un óvalo.

Sí

No

Sección sin título

27. Pertenece a un Comité de Ética Hospitalaria?

Marca solo un óvalo.

Sí *Salta a la pregunta 28*

No *Salta a la pregunta 29*

Sección sin título

28. Nombre del Comité de Ética Hospitalaria *

Sección sin título

29. Pertenece a una veeduría en salud?

Marca solo un óvalo.

Sí *Salta a la pregunta 30*

No *Salta a la pregunta 31*

Sección sin título

30. Nombre de la veeduría a la que pertenece *

Sección sin título

31. En qué otros espacios de participación social en salud está vinculado? *

Selecciona todos los que correspondan.

- Mesa Ampliada de Salud
- COVECOM
- Consejo Territorial de Seguridad Social en Salud

Otro: _____

Este contenido no ha sido creado ni aprobado por Google.

Google Formularios