Bogotá D.C, ._____del mes de_____de 2023

Señores
Dirección Salud
EAAB-ESP

Asunto: Declaración Juramentada Beneficiarios con derecho a los Planes de Salud PAS y PC de la EAAB-ESP

Por medio de la presente manifiesto, bajo la gravedad de juramento, que los datos aquí consignados son veraces y que las personas relacionadas como activas en el respectivo plan de salud, se encuentran vivas y cumplen con las condiciones exigidas en las Convenciones Colectivas de Trabajo Vigentes y el Manual del Servicio Médico y Odontológico de la EAAB-ESP.

**DATOS DEL TRABAJADOR O PENSIONADO:**

**No. Documento de identidad:** _____

**No Registro:** _____

**Nombres y apellidos:**_____

**Dirección:**_____

**Ciudad/municipio:**_____

**Teléfono:**_____

**Correo electrónico:** _____

**DATOS DE LOS BENEFICIARIOS APROBADOS POR EL TRABAJADOR O PENSIONADO PARA SER INSCRITOS EN LOS PLANES DE SALUD DE LA EAAB-ESP:**

| T.Doc. | Número del Documento | Apellido(s) | Nombre(s) | Parentesco | Edad del beneficiario |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

Instrucciones para diligenciar el cuadro:
**T. Doc:** Escriba RC si el documento de identidad del beneficiario es un registro civil
Escriba TI si el documento de identidad del beneficiario es tarjeta de identidad
Escriba CC si el documento de identidad del beneficiario es cédula de ciudadanía.
**Número del Documento**: Escriba el número del documento de identidad
**Apellidos:** Escriba los apellidos completos del beneficiario
**Nombres:** Escriba los nombres completos del beneficiario
**Parentesco:** Escriba si el beneficiario es hijo, conyugue, padre o madre, nieto menor de 1 año.
**Edad:** Escriba la edad del beneficiario en años o en meses si es menor de 1 año, indicando que son meses.

**DEBER DE INFORMACIÓN:**

Por otra parte, con la firma de esta declaración, me comprometo a informar a la Dirección Salud de la EAAB-ESP de manera inmediata a la ocurrencia de cualquier novedad que se presente en mi grupo de beneficiarios y que constituyan causal de cambio de datos o extinción del derecho como beneficiario a disfrutar de los Planes de Salud, tales como fallecimientos, pérdida de la calidad de estudiante, dependencia económica, disminución de la discapacidad, mayoría de edad, cambio de documento de identidad, divorcio y demás que puedan afectar la calidad de beneficiario.

**TRATAMIENTO DE DATOS:**

De conformidad con lo establecido en la Ley estatutaria 1581 de 2012 y a su Decreto Reglamentario 1377 de 2013, AUTORIZO de manera voluntaria, expresa e informada a la EAAB-ESP, para realizar eltratamiento de los datos personales recolectados para la actualización de los planes de salud tales como: nombres, teléfonos, correos electrónicos, direcciones, entre otros, los cuales serán utilizados para garantizar los servicios de salud a los que se tiene el derecho convencional, reportes a entes de control y partes interesadas. Conozco el procedimiento para ejercer mis derechos como titular de los datos, y así mismo la EAAB ESP respetará los principios contemplados en la ley: legalidad, finalidad, libertad, veracidado calidad, transparencia, acceso y circulación restringida, seguridad y confidencialidad.

**OBSERVACIONES:**

_____

_____

_____

Cordialmente,

Firma del trabajador: _____