Yo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ identificado con documento número \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ expedido en \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ y registro interno de ECOPETROL S.A. Nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, autorizo que a través de la Gerencia de Salud de la empresa para que proceda a realizar la revisión de mi historia clínica médica, para que se emita el concepto médico en los términos establecidos en el Formato de Concepto de Salud para Análisis de Reconocimiento de Beneficios GTH-F-391, así:

# **TIPO DE CONCEPTO**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **A.** | Continuidad del periodo de protección laboral |
|  | **B.** | Condición de salud que no permite adelantar o cursar estudios y/o implica repetición de año o periodo académico. |
|  | **C.** | Condiciones médicas que justifican cambio de programa académico universitario, técnico o tecnológico. |
|  | **D.** | Causa de fallecimiento del trabajador |

En constancia de lo anterior, se firma el día \_\_\_\_\_\_ del mes de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del Año \_\_\_\_\_\_\_\_.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **SOLICITANTE O REPRESENTANTE LEGAL** | | | | | | | | | | | | | | | |
| **APELLIDOS** |  | | | | | **NOMBRES** | | | |  | | | | | |
| **DOCUMENTO IDENTIDAD** | | | **CC.** |  | | **TI.** | |  | **CE.** | |  | | **OTRO Nº.** | |  |
| **REGISTRO ECOPETROL** | |  | | | | | **TIPO DE BENEFICIARIO** | | | | |  | | | |
| **DIRECCIÓN** | |  | | | | | | | | | | | | | |
| **TELÉFONO** |  | | **CELULAR** | |  | | | | | **CORREO** | | | |  | |
| **FIRMA DEL SOLICITANTE O REPRESENTANTE LEGAL** | | |  | | | | | | | | | | | | |
|
|

En cumplimiento con la Ley 1581 de protección de datos personales se le informa que sus datos personales serán incorporados a una base de datos cuya finalidad es la Gestión de Personal y salud, cuyo responsable del tratamiento es Ecopetrol S.A., y la vigencia será igual al periodo en que se mantenga la finalidad o el periodo de vigencia que señale una causa legal, contractual o jurisprudencial de manera específica.

Mediante la entrega y notificación del presente documento usted autoriza a Ecopetrol S.A., como Responsable del Tratamiento, a seguir tratando sus datos personales, incluidos los sanitarios, derivados del presente consentimiento realizado para la Determinación de Origen de Eventos en Salud y/o Calificación de la Pérdida de la Capacidad Laboral, y las actualizaciones que se deriven de dicha gestión.

Como Titular se le informa que podrá ejercer sus derechos de acceso y reclamos a través de los centros de atención local o a través del correo de contacto habeasdata@ecopetrol.com.co. Así mismo, podrá consultar la Declaración de Tratamiento de la Información Personal en la página web [www.ecopetrol.com.co](http://www.ecopetrol.com.co).

Ecopetrol S.A., se encuentra ubicada en la Carrera 13 No. 36 – 24 Edificio Principal, en la ciudad de Bogotá D.C.