

CONSENTIMIENTO INFORMADO

En pleno uso de mis facultades, libre y voluntariamente autorizo a que **JARGU S.A. CORREDORES DE SEGUROS**, en calidad de intermediario del programa de seguros del **FONDO DE BIENESTAR SOCIAL DE LA CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA**, en el marco de la póliza de vida No. **3400005021**, de la cual tengo la calidad de asegurado/a, conozca mi historia clínica y 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 **JARGU S.A.** realice seguimiento de mi condición de salud para las actuaciones que se deban adelantar ante la aseguradora, 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 **JARGU S.A. CORREDORES DE SEGUROS**.

Nombre: _____

Firma: _____

Cédula: _____

Ciudad y Fecha: _____