

## Formulario de Vinculación de Beneficiario

### 1. Información General del Beneficiario

**Nombre completo:**

**Tipo y número de documento de identidad:**

- Tarjeta de identidad
- Registro civil
- Cédula de ciudadanía (si aplica): \_\_\_\_\_

**Fecha de nacimiento:**

**Edad:**

**Género:**

- Masculino
- Femenino
- Otro: \_\_\_\_\_

**Lugar de nacimiento (ciudad/departamento):**

**Lugar de residencia actual (ciudad/departamento):**

**Dirección completa:**

**Teléfono de contacto:**

**Correo electrónico (si aplica):**

### 2. Información Médica

**Diagnóstico primario:**

(Especificar la enfermedad endocrina crónica)

**Fecha de diagnóstico:**

**Centro médico donde fue diagnosticado:**

**Nombre del médico tratante:**

**¿Requiere medicación diaria?**

- Sí (especificar medicamentos y dosis): \_\_\_\_\_
- No

**¿Actualmente está en tratamiento activo?**

- Sí (especificar tratamiento): \_\_\_\_\_
- No

**¿Ha sido hospitalizado en los últimos 12 meses?**

- Sí (detallar motivo): \_\_\_\_\_
- No

**¿Cuenta con cobertura del sistema de salud?**

- Sí (especificar régimen):
  - Contributivo
  - Subsidiado
  - Otro: \_\_\_\_\_
  - Especifique cuál es su asegurador: \_\_\_\_\_
- No

**3. Información del Tutor o Representante Legal**

(Si el beneficiario es menor de edad o no puede representar sus propios intereses).

**Nombre completo:**

**Tipo y número de documento de identidad:**

**Relación con el beneficiario:**

- Padre
- Madre
- Tutor legal
- Otro: \_\_\_\_\_

**Teléfono de contacto:**

**Correo electrónico:**

**Dirección (si es diferente a la del beneficiario):**

**Número de cuenta bancaria o billetera digital, tipo de cuenta-banco-nombre y cédula del titular**

**4. Información Socioeconómica**

**Nivel educativo del beneficiario (o tutor en caso de niños pequeños):**

- Sin educación formal
- Primaria
- Secundaria
- Técnica/tecnológica
- Profesional

**Situación laboral del tutor o cuidador principal:**

- Desempleado
- Empleado formal
- Empleado informal
- Independiente

**Número de personas en el hogar:**

**Ingresos mensuales totales del hogar (aproximados):**

- Menos de 1 SMMLV
- Entre 1 y 2 SMMLV
- Más de 2 SMMLV

**¿El hogar cuenta con acceso a servicios básicos?**

- Agua potable
- Energía eléctrica
- Internet

**5. Apoyo Solicitado**

**Tipo de ayuda requerida:**

- Cobertura de medicamentos
- Apoyo en tratamientos médicos
- Asesoría médica especializada
- Ayuda psicológica/emocional
- Capacitación educativa sobre la enfermedad
- Otro: \_\_\_\_\_

**Comentarios adicionales:**

(Indicar necesidades específicas o información relevante).

**6. Documentación Adjunta (Obligatoria)**

- Copia del documento de identidad del beneficiario.
- Copia del diagnóstico médico actualizado.
- Certificación de ingresos familiares (si aplica).
- Comprobante de afiliación al sistema SISBEN (si aplica).
- Copia del documento de identidad del tutor o representante legal (si aplica).

## **7. Consentimiento Informado**

### **Autorización para el tratamiento de datos personales:**

Autorizo a la Fundación para la recolección, almacenamiento y uso de los datos suministrados con el propósito de evaluar y gestionar esta solicitud, conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre Protección de Datos Personales en Colombia.

**Firma del beneficiario (o tutor legal):** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_

### **Autorización para compartir información médica:**

Autorizo a la Fundación para contactar al médico tratante o instituciones de salud relacionadas con el tratamiento del beneficiario, si es necesario para gestionar la ayuda.

**Firma del beneficiario (o tutor legal):** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_

## **Instrucciones para Presentar el Formulario**

1. Complete este formulario con claridad.
2. Adjunte los documentos requeridos.
3. Envíelo al correo electrónico: [info@fundacionsiendo.com](mailto:info@fundacionsiendo.com).

Si tiene preguntas, comuníquese al número: 3105347356.



## **ACTA DE COMPROMISOS**

Entre la Fundación SiEndo y los beneficiarios de los programas.

En Bogotá, a los [ ] días del mes de [ ] del año [ ], se suscribe el presente Acta de Compromisos entre:

1. Fundación SiEndo, representada por [Nombre del representante], en su calidad de [cargo], con domicilio en [dirección], quien en adelante se denominará "LA FUNDACIÓN".

2. [Nombre del beneficiario], identificado/a con [Documento de Identidad y número], en calidad de beneficiario/a del programa [nombre del programa], quien en adelante se denominará "EL BENEFICIARIO".

Ambas partes acuerdan los siguientes compromisos:

### **COMPROMISOS DE LA FUNDACIÓN**

1. Monitorear y registrar la participación del beneficiario en los programas: llevar un control detallado de los beneficios entregados, citas atendidas y documentos de soporte presentados por el beneficiario.
2. Asegurar la transparencia y la comunicación: informar de manera clara las políticas, procedimientos y límites del programa a EL BENEFICIARIO.

### **COMPROMISOS DEL BENEFICIARIO**

1. Cumplir con los requisitos del programa
2. Proveer la documentación necesaria y actualizada solicitada por la FUNDACIÓN.
3. Asistir a las reuniones y actividades programadas por la Fundación
4. Garantizar la asistencia del beneficiario a las citas médicas programadas y priorizar la atención en situaciones de urgencia.
5. Documentación de soporte: proveer a LA FUNDACIÓN los comprobantes necesarios, tales como constancias de asistencia médica, recibos o tiquetes de transporte y facturas de hospedaje y alimentación, según corresponda.
6. Hacer Uso Responsable de las ayudas proporcionadas por la Fundación.
7. Utilizar los recursos otorgados exclusivamente para los fines establecidos en el programa y de acuerdo con las indicaciones proporcionadas por LA FUNDACIÓN.



8. Comunicar oportunamente cualquier cambio relevante incluyendo: la situación médica, socioeconómica, de contacto, domicilio o en la programación de las citas médicas.
9. Cumplir con las normas del programa.
10. Respetar los términos y condiciones establecidos por LA FUNDACIÓN, incluyendo los plazos para la presentación de solicitudes y reembolsos.
11. Promover la participación activa del beneficiario y sus cuidadores en las actividades educativas y comunitarias organizadas por la FUNDACIÓN.

### **DISPOSICIONES GENERALES**

1. Condiciones de permanencia: el incumplimiento de los compromisos por parte de EL BENEFICIARIO puede resultar en la suspensión temporal o definitiva del acceso a los beneficios.
2. Confidencialidad: ambas partes se comprometen a mantener la confidencialidad de la información personal y médica del beneficiario.
3. Resolución de conflictos: cualquier controversia será resuelta de manera amistosa entre las partes. De no ser posible, se someterá a mediación conforme a las leyes aplicables en Colombia.

En señal de conformidad, ambas partes firman el presente documento en dos ejemplares, quedando una copia en poder de cada parte.

### **POR LA FUNDACIÓN**

Nombre: \_\_\_\_\_

Cargo: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

### **POR EL BENEFICIARIO**

Nombre: \_\_\_\_\_

Documento de Identidad: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_



## DOCUMENTO DE EXONERACIÓN DE RESPONSABILIDAD

La Fundación SiEndo, una organización sin fines de lucro, debidamente constituida conforme a las leyes de la República de Colombia, con domicilio en Bogotá y representada por Paola Duran Ventura, en adelante, "La Fundación",

Y: (nombre del representante legal de la paciente) \_\_\_\_\_ con documento de identificación número \_\_\_\_\_ y domicilio en \_\_\_\_\_, en adelante, "El Paciente" o "El Beneficiario", según corresponda,

Se acuerda lo siguiente:

### 1. OBJETO DE LA EXONERACIÓN

La Fundación se dedica a proporcionar apoyo a niños, niñas y adolescentes diagnosticados con enfermedades endocrinas crónicas en Acceso a información confiable, Facilitar la creación de comunidades de niños, jóvenes y familias, Ayuda en el acceso a Medicamentos e Insumos, Ayuda para Garantizar el Acceso a un Servicio Médico Óptimo y

Promover la Investigación, la Abogacía y Educar al Personal de Salud todo esto en enfermedades endocrinas crónicas. Acceso a información confiable, Facilitar la creación de comunidades de niños, jóvenes y familias, Ayuda en el acceso a Medicamentos e Insumos, Ayuda para Garantizar el Acceso a un Servicio Médico Óptimo y

Promover la Investigación, la Abogacía y Educar al Personal de Salud todo esto en enfermedades endocrinológicas crónicas.

### 2. ALCANCE DE LA ASISTENCIA

La asistencia proporcionada por La Fundación es de carácter voluntario y no supone, **en ninguna circunstancia**, la sustitución de tratamientos médicos oficiales o el asesoramiento profesional brindado por médicos especialistas en enfermedades endocrinológicas crónicas. El Beneficiario comprende y acepta que:

- La Fundación no ofrece servicios médicos directos, ni apoyo psicológico o psiquiátrico y no dispensa medicamentos.
- La Fundación no contrata servicio de transporte, comida u hospedaje.
- El apoyo brindado está sujeto a la disponibilidad de recursos y programas que La Fundación determine y puede variar sin previo aviso.



### 3. EXONERACIÓN DE RESPONSABILIDAD

El Beneficiario, por el presente documento, exonera y libera a La Fundación y a sus directivos, empleados, voluntarios y afiliados de cualquier responsabilidad por daños, perjuicios, pérdidas o efectos adversos, directos o indirectos, derivados de la asistencia proporcionada por La Fundación, incluyendo, pero no limitado a:

- Errores o fallas en la información suministrada por terceros en relación con enfermedades endocrinas crónicas.
- Errores o fallas de las empresas de transporte contratadas por los beneficiarios con el dinero del subsidio de traslado entregado para citas médicas.
- Errores o fallas de los lugares de hospedaje o alimentación contratado por los beneficiarios con el dinero del subsidio de traslado entregado para citas médicas.

### 4. RECONOCIMIENTO DE RESPONSABILIDAD PERSONAL

El Beneficiario reconoce que es su responsabilidad buscar y seguir los tratamientos médicos recetados por profesionales de la salud calificados, y entiende que cualquier consejo, recurso o material proporcionado por La Fundación es meramente complementario y no debe interpretarse como un sustituto de los tratamientos prescritos.

### 5. CONFIDENCIALIDAD

La Fundación se compromete a proteger la información personal y médica del Beneficiario conforme a las disposiciones legales vigentes sobre protección de datos y privacidad. La Fundación solo compartirá esta información con terceros bajo consentimiento expreso del Beneficiario o cuando sea requerido por ley.

### 6. ACEPTACIÓN Y FIRMA

Al firmar este documento, el Beneficiario declara haber leído y comprendido todos los términos de esta exoneración y manifiesta su aceptación voluntaria y libre de cualquier coacción.

Firma del Beneficiario o Representante Legal

Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Firma de Representante de la Fundación

Fecha\*\*: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_



## HABEAS DATA

Dando cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, "Por el cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales" y de conformidad con lo señalado en el Decreto 1377 de 2013, con la firma de este documento manifiesto que he sido informado por La Fundación SIEndo de lo siguiente: 1. La Fundación SIEndo actuará como Responsable del Tratamiento de datos personales de los cuales soy titular y de los datos personales de mi hija (o), menor de edad, que, conjunta o separadamente podrá recolectar, usar y tratar mis datos personales conforme la Política de Tratamiento de Datos Personales la Fundación SIEndo disponible en página web de la entidad. 2. Que me ha sido informada la (s) finalidad (es) de la recolección de los datos personales, la cual consiste en: \_\_\_\_\_.

3. Es de carácter facultativo o voluntario responder preguntas que versen sobre Datos Sensibles o sobre menores de edad. 4. Mis derechos como titular de los datos son los previstos en la Constitución y la ley, especialmente el derecho a conocer, actualizar, rectificar y suprimir mi información personal, así como el derecho a revocar el consentimiento otorgado para el tratamiento de datos personales. 5. Los derechos pueden ser ejercidos a través de los canales dispuestos por la Fundación SIEndo y observando la Política de Tratamiento de Datos Personales de la Fundación SIEndo. 6. Mediante la página web de la entidad (<https://fundacionsiendo.com/>), podré radicar cualquier tipo de requerimiento relacionado con el tratamiento de mis datos personales. 7. La Fundación SIEndo garantizará la confidencialidad, libertad, seguridad, veracidad, transparencia, acceso y circulación restringida de mis datos y se reservará el derecho de modificar su Política de Tratamiento de Datos Personales en cualquier momento. Cualquier cambio será informado y publicado oportunamente en la página web. 8. Teniendo en cuenta lo anterior, autorizo de manera voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca a la Fundación SIEndo para tratar mis datos personales y tomar mi huella y fotografía de acuerdo con su Política de Tratamiento de Datos Personales para los fines relacionados con su objeto y en especial para fines legales, contractuales, misionales. 9. La información obtenida para el Tratamiento de mis datos personales y de mi hija (o) la hemos suministrado de forma voluntaria y es verídica. Se firma en la ciudad de \_\_\_\_\_, a los \_\_\_ días del mes de \_\_\_\_ del año \_\_\_\_.

Firma de la madre/padre/tutor: \_\_\_\_\_

Nombre de la madre/padre/tutor: \_\_\_\_\_

Identificación de la madre/padre/tutor: \_\_\_\_\_

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Identificación del paciente: \_\_\_\_\_