

	<b>FUNDACIÓN SAN ANTONIO</b> <b>OBRA DE LA ARQUIDIÓCESIS DE BOGOTÁ</b> <b>GESTION SOCIAL</b>	
	<b>DECLARACIÓN</b> <b>JURAMENTADA</b>	
	<b>FECHA DE EDICION:</b> 27/07/2021	<b>CÓDIGO:</b> F-GS-49

El presente documento es una declaración juramentada que debe ser diligenciada por cada voluntario que ingrese al Programa de Voluntariado de la Fundación San Antonio, suministrando la información clara y honesta de cada sección de preguntas y detalles sobre su estado de salud.

De conformidad con lo anterior, en condición de voluntario, previo al suministro de información declaro que:

**(i)** Conozco que la información que suministre a la Fundación San Antonio será usada para fines de verificación, protección y seguimiento del estado de salud individual y colectiva del(los) voluntario(s), dando cumplimiento a los preceptos de la **Ley 1581 de 2012** y por tanto autorizo a la Fundación San Antonio para dar tratamiento a mis datos personales, que en la actualidad o en el futuro reposen en sus bases de datos. Además del propósito ya enunciado, el responsable del tratamiento de los datos podrá: **1.-** Enviar notificaciones, noticias, información, avisos, publicidad y/o encuestas sobre actividades realizadas o controladas por la Fundación San Antonio. **2.-** Crear bases de datos para fines de análisis de información, estadísticos, y de mercado, así como de investigación, o de desarrollo de nuevas actividades de interés de la Fundación San Antonio. **3.-** Solicitar, clasificar, ordenar, separar los datos personales de los voluntarios. **4.-** Verificar, validar y comparar la información de datos personales que he suministrado. **5.-** Analizar, condensar, procesar, comparar y evaluar la información de datos personales que he suministrado.

**(ii)** La Fundación San Antonio ha manifestado que tengo derecho de acceder a mis datos personales respecto de los cuales la institución realiza el tratamiento antes referido, y a que dichos datos sean corregidos, actualizados o suprimidos en los términos de la Ley 1581 de 2012, su Decreto reglamentario y cualquier norma vigente en la materia.

**(iii)** Que la siguiente información es juramentada y que lo suministrado aquí será para proteger mi estado de salud durante mi participación como voluntario del Programa de Voluntariado.

### 1. DATOS DEL VOLUNTARIO

<b>NOMBRES Y APELLIDOS</b>	
<b>DOCUMENTO DE IDENTIDAD</b>	
<b>MODALIDAD VOLUNTARIADO</b>	
<b>LUGAR ASIGNADO</b>	
<b>CONTACTO TELEFÓNICO</b>	
<b>CORREO ELECTRÓNICO</b>	

## 2. PERSONA CONTACTO DE EMERGENCIA

<b>NOMBRES Y APELLIDOS</b>	
<b>TELÉFONOS DE CONTACTO</b>	
<b>DIRECCIÓN DE DOMICILIO</b>	
<b>CORREO ELECTRÓNICO</b>	

## 3. INFORMACIÓN ESTADO DE SALUD

1.	¿Actualmente sufre de alguna enfermedad, o es consciente de tener alguna dificultad en su estado de salud? En caso de ser afirmativo, descríballo al final con el número 1.	<b>SI</b>	<b>NO</b>
2.	¿En alguna ocasión ha sido hospitalizado? En caso de ser afirmativo, descríballo al final con el número 2.	<b>SI</b>	<b>NO</b>
3.	¿Ha sido operado alguna vez? En caso de ser afirmativo, descríballo al final con el número 3.	<b>SI</b>	<b>NO</b>
4.	¿Tiene algún tipo de discapacidad? En caso de ser afirmativo, descríballo al final con el número 4.	<b>SI</b>	<b>NO</b>
5.	¿En los últimos meses se ha realizado exámenes de rutina? En caso de ser afirmativo, descríballo al final con el número 5 e informe cuáles, en caso de haber salido anormal explique por qué.	<b>SI</b>	<b>NO</b>
<b>ENFERMEDADES ACTIVAS</b>			
6.	<b>Enfermedades mentales:</b> ¿En alguna ocasión ha sufrido de depresión, ansiedad, trastorno de estrés post – traumático, bipolar o del estado de ánimo? En caso de ser afirmativo, descríballo al final con el número 6 e informe cuáles	<b>SI</b>	<b>NO</b>
7.	<b>Hernias:</b> ¿En alguna ocasión ha sido diagnosticado con algún tipo de hernia? En caso de ser afirmativo, descríballo al final con el número 7 e informe cuál.	<b>SI</b>	<b>NO</b>
8.	<b>Huesos y articulaciones:</b> ¿En alguna ocasión ha sido diagnosticado con algún tipo de enfermedad que afecte sus huesos o articulaciones? En caso de ser afirmativo, descríballo al final con el número 8 e informe cuáles.	<b>SI</b>	<b>NO</b>
9.	<b>Visión:</b> ¿Usa gafas o tiene alguna dificultad en su capacidad visual? En caso de ser afirmativo, descríballo al final con el número 9.	<b>SI</b>	<b>NO</b>

En la siguiente tabla por favor indique las afirmaciones anteriores.

No.	ACLARACIÓN


Con mi firma y bajo la gravedad del **juramento** declaro que la información suministrada es completa y veraz, es decir que no he ocultado ningún dato de mi estado de salud.

---

**FIRMA DEL VOLUNTARIO**  
**C.C:**