



Nit: 900 580 962-2

[www.disfarma.com.co](http://www.disfarma.com.co)

Ciudad, \_\_\_\_\_

Señores  
DISFARMA G.C S.A.S  
E.S.M.

**Asunto: Autorización de Entrega de Medicamentos.**

**Ref:** Comunicado interno del 20 de agosto 2022 "Reclamación de turno de forma reiterativa por personas con No parentesco a los usuario" (DISFARMA G.C S.A.S) informa que, de acuerdo a la reclamación de turno de forma reiterativa por personas con No parentesco a los usuarios, nos permitimos informar que: (1) se puede dispensar el total de las fórmulas por turno cumpliendo con el parentesco del usuario a reclamar.(2) para los terceros u otras personas a cargo en atención especial a infantes, mujeres gestantes, personas en situación de discapacidad, adultos mayores frente al suministro de tecnologías en salud modalidad "EVENTO" debe contar con el diligenciamiento de la autorización firmada por el usuario o su apoderado, para lo cual, el presente documento en el particular ante la entidad, se entenderá hecha bajo la gravedad de juramento, los principios de la buena fe y lo concerniente en el artículo 24, 25 de la Ley 962 de 2005 y Decreto 0019 del 2012- ART.7.

**Información de socialización de prohibición de comercialización de medicamentos del sistema SSS:** "En nombre mío y en nombre del tercero, me permito declarar bajo la gravedad de juramento que he sido informado por la empresa - Farmacéutica - Disfarma G.C S.A.S, el proceder de su comercialización de los medicamentos, incurre en el delito de estafa contra los recursos del sistema de seguridad social en virtud del art. 374a del Código Penal Colombiano y de proceder de tal manera Disfarma G.C S.A.S podrá realizar las acciones penales y demás a las que haya lugar, ante los entes de control frente a esta serie de hechos".

Yo, \_\_\_\_\_ con número de identificación (Cédula de Ciudadanía, Cédula de Extranjería o Pasaporte) CC \_\_ CE \_\_ Pasaporte \_\_ No. \_\_\_\_\_ de (ciudad) \_\_\_\_\_ país \_\_\_\_\_ autorizo expresamente a(l) la Sra./Sr. \_\_\_\_\_ con documento de identificación (Cédula de Ciudadanía, Cédula de Extranjería o Pasaporte) CC \_\_ CE \_\_ Pasaporte \_\_ No. \_\_\_\_\_ de (ciudad) \_\_\_\_\_, país \_\_\_\_\_ a reclamar o recibir los medicamentos y/o insumos que se encuentran a mi nombre, previa verificación de mis datos y demás documentos requeridos por los procedimientos internos de DISFARMA G.C S.A.S.

Por la atención a la presente les antípico mis agradecimientos.

Atentamente,

---

**Firma usuario**  
C.C.

**Anexo: (Copia de la cédula de ciudadanía).**

**Teléfonos del usuario:** \_\_\_\_\_

**Correo electrónico del usuario:** \_\_\_\_\_

\* **Tratamiento de Datos Personales:** En virtud que Disfarma G.C S.A.S me ha informado sobre la ley de protección de datos personales, presto mi consentimiento para que mis datos sean tratados en la forma y con las limitaciones establecidas en la Ley 1581 de 2012 y el decreto 1377 de 2013 sobre protección de datos de carácter personal.