

| | | |
|--------------|---|-----------------------------------|
| MACROPROCESO | PROCESO | SUBPROCESO |
| APOYO | GESTIÓN TECNOLÓGICA Y SISTEMAS DE INFORMACIÓN | GESTIÓN TECNOLÓGICA E INFORMÁTICA |

| | | | |
|--|--|-----------|------------------------|
|  | FORMATO DE AUTORIZACION TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES | Código | AP-TSI-TI-FT001 |
| | | Versión | 0 |
| | | Fecha | 16/11/18 |
| | | Documento | AUTORIZACIÓN |

FORMATO DE AUTORIZACIÓN

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 el Hospital San Camilo de Lejis del municipio de Vegachí de lo siguiente:

1. El hospital actuará como Responsable del Tratamiento de datos personales de los cuales soy titular y que, conjunta o separadamente podrá recolectar, usar y tratar mis datos personales conforme la Política de Tratamiento de Datos Personales.
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 el hospital y observando la Política de Tratamiento de Datos Personales.
6. Mediante la página web de la entidad hospitalvegachi.gov.co en la opción de Transparencia y acceso a la información, podré radicar cualquier tipo de requerimiento relacionado con el tratamiento de mis datos personales.
7. El hospital 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 al hospital para tratar mis datos personales y tomar mí huella y firma de acuerdo con su Política de Tratamiento de Datos Personales.
9. La información obtenida para el Tratamiento de mis datos personales la he suministrado de forma voluntaria y es verídica.

Se firma en la ciudad de Vegachí, a los ____ días del mes de _____ del año 2019

Firma: _____

Nombre: _____

Identificación: _____

Huella

