
	GESTION DE INFORMACION Y COMUNICACION	CODIGO: IC-FO-IC-026
	FORMATO DE AUTORIZACION PARA RECOLECCIÓN Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES	VERSION: 1
		FECHA: MAY 2018
		PAGINA 1 de 2

De conformidad con lo definido por la Ley 1581 de 2012 y el Decreto Reglamentario 1377 de 2013, la política interna de manejo de la información implementada por la **E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO ERASMO MEOZ** y las demás normas concordantes, a través de las cuales se establecen disposiciones generales en materia de hábeas data y se regula el tratamiento de la información que contenga datos personales, me permito declarar de manera expresa que:

- Autorizo de manera libre, voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca a la **E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO ERASMO MEOZ**, para que en los términos legalmente establecidos realice la recolección, almacenamiento, uso, circulación, supresión y en general, el tratamiento de los datos personales, los cuales incluyen datos personales, fotografías y/o videos, huellas, que he procedido a entregar o que entregaré, en virtud de las relaciones legales, contractuales, comerciales y/o de cualquier otra que surja, en desarrollo y ejecución de los fines descritos en el presente documento.
- Dicha autorización para adelantar el tratamiento de mis datos personales, se extiende durante la totalidad del tiempo en el que pueda llegar consolidarse un vínculo o este persista por cualquier circunstancia con la **E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO ERASMO MEOZ** y con posterioridad al finiquito del mismo, siempre que tal tratamiento se encuentre relacionado con las finalidades para las cuales los datos personales, fueron inicialmente suministrados y que se encuentren explícitos en la política de manejo de datos personales.
- He sido informado y conozco los derechos que el ordenamiento legal y la jurisprudencia, conceden al titular de los datos personales y que incluyen entre otras prerrogativas las que a continuación se relacionan: **(i)** Conocer, actualizar y rectificar datos personales frente a los responsables o encargados del tratamiento. Este derecho se podrá ejercer, entre otros frente a datos parciales, inexactos, incompletos, fraccionados, que induzcan a error, o aquellos cuyo tratamiento esté expresamente prohibido o no haya sido autorizado; **(ii)** solicitar prueba de la autorización otorgada al responsable del tratamiento salvo cuando expresamente se exceptúe como requisito para el tratamiento; **(iii)** ser informado por el responsable del tratamiento o el encargado del tratamiento, previa solicitud, respecto del uso que le ha dado a mis datos personales; **(iv)** presentar ante la Superintendencia de Industria y Comercio quejas por infracciones al régimen de protección de datos personales; **(v)** revocar la autorización y/o solicitar la supresión del dato personal cuando en el tratamiento no se respeten los principios, derechos y garantías constitucionales y legales, **(vi)** acceder en forma gratuita a mis datos personales que hayan sido objeto de Tratamiento.
- La ESE Hospital Universitario Erasmo Meoz garantizara la confidencialidad, libertad, seguridad, veracidad, transparencia, acceso y circulación restringida de mis datos y se reservara el derecho de modificar su política de tratamiento de datos personales en cualquier momento; cualquier cambio será informado y publicado oportunamente a través de la página web de la institución.

	GESTION DE INFORMACION Y COMUNICACION	CODIGO: IC-FO-IC-026
	FORMATO DE AUTORIZACION PARA RECOLECCIÓN Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES	VERSION: 1
		FECHA: MAY 2018
		PAGINA 2 de 2

- Conozco la política de manejo de datos personales adoptada por la **E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO ERASMO MEOZ**, y que se encuentra publicada en la página web <http://www.herasmomeoz.gov.co/>
- Conozco que en los casos en que requiera ejercer los derechos anteriormente mencionados, la solicitud respectiva podrá ser elevada a través de los mecanismos dispuestos para tal fin por la **E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO ERASMO MEOZ**, que corresponden a los siguientes:
 - ✓ **Página Web** <http://www.herasmomeoz.gov.co/>
 - ✓ **teléfono:** En Cúcuta (57) 574-6888.
 - ✓ **correo electrónico:** info@herasmomeoz.gov.co
 - ✓ **correspondencia:** Av. 11E No. 5AN-71 Barrio Guaimaral - Cúcuta - Norte de Santander - Colombia.
 - ✓ **Presencial:** Av. 11E No. 5AN-71 Barrio Guaimaral - Cúcuta - Norte de Santander - Colombia.
- La información de la presente autorización, la he suministrado de forma voluntaria y es verídica.

En constancia firmo a los _____ días del mes de _____ del año 20_____.

Nombre completo	
Tipo de identificación	
Número de identificación	
Teléfono de contacto	
Teléfono celular de contacto	
Dirección de residencia	
Dirección alterna	
Correo electrónico autorizado	
Redes sociales autorizadas	
Instagram	
Facebook	
Twitter	

Firma	Huella
-------	--------