

	FORMATO DE AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES	Fecha: 02/01/19
		Versión: 1
		Aprobó: Gerencia

Declaro de manera libre, expresa, inequívoca e informada, que AUTORIZO a SMADIA MEDICAL GROUPS S A S, para que, en los términos del literal a) del artículo 6 de la Ley 1581 de 2012, “Por la cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales” y el decreto 1377 de 2013 “Por medio del cual se reglamenta parcialmente la Ley 1581 de 2012”, realice la recolección, almacenamiento, uso, circulación, supresión, y en general, tratamiento de mis datos personales, incluyendo datos sensibles, como mis huellas digitales, fotografías, videos y demás datos que puedan llegar a ser considerados como sensibles de conformidad con la Ley, para que dicho tratamiento se realice con el fin de lograr la prestación de servicios de salud, cumplimiento de exigencias normativas, científicos, comerciales, educativos, formativos, promocionales, informativos, de seguridad, mejoramiento de la calidad y de evaluación de posicionamiento externo de la Clínica y sus actividades y en general para toda actividad tendiente al cumplimiento de su objeto social.

Declaro que se me ha informado de manera clara y comprensible que tengo derecho a conocer, actualizar y rectificar los datos personales proporcionados, a solicitar prueba de esta autorización, a solicitar información sobre el uso que se le ha dado a mis datos personales, a presentar quejas ante la Superintendencia de Industria y Comercio por el uso indebido de mis datos personales, a revocar esta autorización o solicitar la supresión de los datos personales suministrados y a acceder de forma gratuita a los mismos.

Declaro que conozco y acepto las Políticas de Tratamiento de Datos Personales de SMADIA MEDICAL GROUP S.A.S., y que la información por mí proporcionada es veraz, completa, exacta, actualizada y verificable. Mediante la firma del presente documento, manifiesto que reconozco y acepto que cualquier consulta o reclamación relacionada con el Tratamiento de mis datos personales podrá ser elevada verbalmente o por escrito ante SMADIA MEDICAL GROUP S.A.S., como Responsable del Tratamiento, cuya página web es: www.smadiacclinic.com

NOMBRE: _____

IDENTIFICACIÓN: _____

FIRMA: _____