

CLÍNICA MÉDICOS S.A. en cumplimiento de la ley estatutaria 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" se permite compartir que la Gerencia ha fijado la política de protección de datos personales la cual está disponible para su consulta en [www.clinicamedicos.com](http://www.clinicamedicos.com). Nuestros pacientes, proveedores y empleados pueden tener la tranquilidad que el manejo de datos personales se administra con la mayor discreción y confidencialidad. Por tal motivo se solicita la autorización para que, de manera libre, previa, expresa y voluntaria nos permita recolectar, almacenar, usar, eliminar, transmitir, actualizar, procesar y disponer de los datos que han sido suministrados y que se han incorporado en las bases de datos de nuestra empresa.

Al firmar la presente autorización, usted nos permite utilizar sus datos personales para las siguientes finalidades:

- Para la prestación de los servicios asistenciales del titular y su familia.
- Actualización de datos entregados por el Titular.
- Caracterización y seguimiento a la población, para la gestión del riesgo en salud, utilizando la información derivada de los servicios asistenciales.
- Contactar a los pacientes y/o usuarios a través de medios telefónicos, físicos, personales y/o electrónicos (como SMS, chat, correo electrónico y demás medios que así puedan considerarse).
- Enviar notificaciones de cambios o mejoras en la prestación de servicios ofrecidos por la empresa.
- Crear y gestionar bases de datos secundarias para la prestación de los servicios propios de la Clínica, fines de investigación, desarrollo de servicios y/o productos, estudios de riesgo.
- Facturar y cobrar ante las personas naturales o jurídicas responsables del pago.
- Diligenciamiento del Registro Individual de la Prestación de Servicios de Salud (RIPS).
- Indicadores de oportunidad.
- Fines administrativos tales como auditorías, facturación y contabilidad.
- Procesos de investigación, estadísticas, campañas de prevención y promoción y en general para utilizarla en políticas de salud pública.

En cualquier momento usted como titular de sus datos personales puede solicitar la supresión, modificación, corrección o actualización de su contenido en nuestra base de datos enviando una comunicación escrita a nuestras instalaciones ubicada en Calle 16B No. 11-33 Barrio Loperena, Valledupar-Cesar o al correo electrónico: [oficialcumplimiento@clinicamedicos.com](mailto:oficialcumplimiento@clinicamedicos.com)

Declaro que soy responsable de la veracidad de los datos suministrados Así mismo autorizo a CLINICA MEDICOS S.A., a efectuar manejo y tratamiento de mis datos personales, reconociendo mis derechos como titular de los datos son los revistos en la constitución y la ley, especialmente en 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.

|                                              |                                                         |                  |                                 |
|----------------------------------------------|---------------------------------------------------------|------------------|---------------------------------|
| Fecha autorización:                          | Nombre:                                                 |                  |                                 |
| Documento de identificación:                 | Tipo: CC NI TI Otro:                                    |                  |                                 |
| Dirección de correspondencia:                |                                                         |                  |                                 |
| Ciudad:                                      | Teléfonos fijos:                                        |                  |                                 |
| Celular:                                     | Email:                                                  |                  |                                 |
| Clasificación de relación con la institución | Paciente____Empleado____Proveedor____Otro____<br>¿Cual? |                  |                                 |
| Tipo de autorización                         | Autorización____                                        | Modificación____ | Revocatoria de autorización____ |
| Representante Legal                          |                                                         |                  |                                 |
| No. identificación                           |                                                         |                  |                                 |

Atentamente,

En calidad de Titular\_\_\_\_Tutor\_\_\_\_Representante\_\_\_\_