



CLINICA METROPOLITANA
DE BUCARAMANGA S.A.

AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DATOS PERSONALES

En cumplimiento a lo establecido por el decreto 1377 de 2013 por el cual se reglamenta la ley 1581 del 2012, sobre protección de datos personales, en el marco de la cual toda persona tiene derecho a conocer, actualizar y rectificar las informaciones que se hayan recogido en bases de datos y/o archivos, a no ser divulgados sus datos sensibles y demás derechos, libertades y garantías constitucionales, AUTORIZO a la **CLINICA METROPOLITANA DE BUCARAMANGA** con NIT 890.208.104-1. Sociedad debidamente constituida y con domicilio en la Calle 54 # 35ª 11 de la ciudad de Bucaramanga; de manera voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca para que se encargue del tratamiento y manejo de los datos personales y/o empresariales de los cuales soy titular; los cuales podrá pero sin limitarse a ello, recolectar, almacenar, usar, tratar, depurar analizar, cruzar, circular, actualizar, compartir entre terceros, suministrar datos sobre el cumplimiento o incumplimiento de mis obligaciones legales y contractuales de manera directa o por intermedio de las entidades públicas que ejercen funciones de vigilancia y control, para los fines relacionados con su objeto social y en especial para fines legales, contractuales y de mercadeo.

CLINICA METROPOLITANA DE BUCARAMANGA se compromete a:

Respetar la privacidad de cada uno de los terceros que suministran sus datos personales y/o empresariales, almacenándolos y usándolos de forma adecuada y segura, lo que no impide que en cualquier momento el titular de los datos personales pueda ejercer sus derecho de conocimiento, acceso, rectificación, actualización, y supresión de datos, siempre que no exista un mandato legal o contractual.

De acuerdo a nuestra política de tratamiento de datos personales, informamos que los mecanismos a través de los cuales hacemos uso de estos son seguros y confidenciales impidiendo el acceso indeseado por parte de terceras personas y asegurando la confidencialidad de los mismos, respaldada por procedimientos encaminados al efectivo cumplimiento de los derechos a su favor consagrados como son:

- Conocer, actualizar y rectificar sus datos personales.
- Revocar la presente autorización y/o solicitar la supresión de los datos.
- Acceder en forma gratuita a sus datos personales.
- Presentar quejas y reclamos a cerca de la manera en la cual se lleva el tratamiento de sus datos.

Estos derechos pueden ser ejercidos a través del correo electrónico gerencia@clinicametropolitana.com.co o en las oficinas ubicadas en la Calle 54 # 35a 11 de la ciudad de Bucaramanga.

En mi calidad de Titular de datos personales o representante legal del mismo declaro que la información para el tratamiento de mis datos personales y/o empresariales la he suministrado de forma voluntaria y es verídica y confiable.

Firma Titular de la información _____
Identificación: _____
Razón Social: _____
Dirección de correspondencia: _____
Teléfono: _____
Celular: _____
Correo Electrónico: _____

Esta autorización permanecerá vigente, hasta tanto sea revocada y podrá ser revocada en los eventos previstos en la ley, y siempre y cuando no exista ningún tipo de relación contractual con **CLINICA METROPOLITANA DE BUCARAMANGA**.

Dada en _____ a los _____ Días del mes de _____ del año _____