

<b>E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA</b>		 <b>HOSPITAL</b> <b>UNIVERSITARIO</b> <b>San Rafael</b> <small>de Tunja</small>
<b>CÓDIGO. TH-F-109</b>	<b>AUTORIZACION PARA EL TRATAMIENTO Y USO DE DATOS PERSONALES</b>	
<b>Versión: 01</b>		<b>Fecha: 19/06/2024</b>

De conformidad con lo dispuesto en la normatividad vigente sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1074 de 2015. Yo, \_\_\_\_\_, identificado con cedula de ciudadanía número \_\_\_\_\_, en calidad de Titular o padre, representante y/o tutor legal del menor \_\_\_\_\_ identificado con \_\_\_\_\_ autorizo libre, expresa e inequívocamente a La E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA, para que realice la recolección y tratamiento de los datos personales que suministro de manera veraz y completa, los cuales serán utilizados dentro del cumplimiento de la misión institucional como prestador de servicios de salud, y en el cumplimiento de las demás funciones administrativas, constitucionales y legales de la Entidad.

Así mismo, declaro que conozco que la recolección y tratamiento de los datos suministrados se realizará de conformidad con la Política de Tratamiento de Datos Personales publicada en la página web de la entidad <https://www.hospitalsanrafaeltunja.gov.co/>, manifestando que he sido informado(a) de forma clara y suficiente de los fines de su tratamiento y la posibilidad que tenía de no efectuar la autorización en aquella información considerada sensible.

Manifiesto que, como titular de la información, fui informado de los derechos con que cuento como titular de la información, especialmente a conocer, actualizar y rectificar mi información personal, revocar la autorización y solicitar la supresión del dato, las cuales podré ejercer a través de los canales presenciales, o a el correo electrónico: [habeasdata@hospitalsanrafaeltunja.gov.co](mailto:habeasdata@hospitalsanrafaeltunja.gov.co) , Línea gratuita nacional: 018000918731.

Se suscribe en la ciudad de \_\_\_\_\_, el día \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_.

Firma: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Cédula: \_\_\_\_\_

<b>E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA</b>		
<b>CÓDIGO. TH-F-109</b>	<b>AUTORIZACION PARA EL TRATAMIENTO Y USO DE DATOS PERSONALES</b>	
<b>Versión: 01</b>		<b>Fecha: 19/06/2024</b>

De conformidad con lo dispuesto en la normatividad vigente sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1074 de 2015. Yo, NOMBRE DEL TITULAR QUE AUTORIZA EL TRATAMIENTO DE DATOS, PADRE O REPRESENTANTE PARA MENORES DE EDAD, identificado con cedula de ciudadanía número, NUMERO DE IDENTIFICACION, en calidad de titular o padre, representante y/o tutor legal del menor NOMBRE DEL MENOR DE EDAD DEL CUAL SE REALIZA EL TRATAMIENTO DE DATOS, identificado con NUMERO DE IDENTIFICACION DEL MENOR DE EDAD autorizo libre, expresa e inequívocamente a La E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA, para que realice la recolección y tratamiento de los datos personales que suministro de manera veraz y completa, los cuales serán utilizados dentro del cumplimiento de la misión institucional como prestador de servicios de salud, y en el cumplimiento de las demás funciones administrativas, constitucionales y legales de la Entidad.

Así mismo, declaro que conozco que la recolección y tratamiento de los datos suministrados se realizará de conformidad con la Política de Tratamiento de Datos Personales publicada en la página web de la entidad <https://www.hospitalsanrafaeltunja.gov.co/>, manifestando que he sido informado(a) de forma clara y suficiente de los fines de su tratamiento y la posibilidad que tenía de no efectuar la autorización en aquella información considerada sensible.

Manifiesto que, como titular de la información, fui informado de los derechos con que cuento como titular de la información, especialmente a conocer, actualizar y rectificar mi información personal, revocar la autorización y solicitar la supresión del dato, las cuales podré ejercer a través de los canales presenciales, o a el correo electrónico: [habeasdata@hospitalsanrafaeltunja.gov.co](mailto:habeasdata@hospitalsanrafaeltunja.gov.co) , Línea gratuita nacional: 018000918731.

Se suscribe en la ciudad de MUNICIPIO, el día (XX) de (XXXX) de 20(XX).

Firma: FIRMA DE QUIEN AUTORIZA

Nombre: NOMBRE DE QUIEN AUTORIZA

Cédula: IDENTIFICACION DE QUIEN AUTORIZA

<b>E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA</b>		
<b>CÓDIGO. TH-F-109</b>	<b>AUTORIZACION PARA EL TRATAMIENTO Y USO DE DATOS PERSONALES</b>	
<b>Versión: 01</b>		<b>Fecha: 19/06/2024</b>

<b>CONTROL DE CAMBIOS</b>			
No. VERSION	FECHA	RESPONSABLE	DESCRIPCION
1	19/06/2024	Magda Constanza Hurtado Vargas	Versión original