

## **CONSENTIMIENTO AUTORIZACIÓN Y REFRENDACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES**

*Con la expedición de la ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 se desarrolla el principio constitucional que tienen todas las personas a conocer, actualizar y rectificar todo tipo de información recolectada o que haya sido objeto de Tratamiento de datos personales en bancos o bases de datos y en general en archivos de entidades públicas y/o privadas.*

**CLINICA NEUMOLOGICA DEL PACIFICO SAS** como institución que almacena y recolecta datos personales y sensibles, solicita su **AUTORIZACIÓN** para que, de manera libre, previa, expresa, voluntaria, y debidamente informada, nos permita recolectar, recaudar, almacenar, usar, circular, suprimir, procesar, compilar, intercambiar, dar tratamiento, actualizar y disponer de los datos que han sido suministrados e incorporado en nuestras bases o bancos de datos o en repositorios electrónicos. Esta información será utilizada en el desarrollo de las funciones propias de **CLINICA NEUMOLOGICA DEL PACIFICO SAS** en su condición de institución prestadora de servicios de salud, en la atención de enfermedades respiratorias y sus comorbilidades, así como la realización de ayudas diagnósticas respiratorias.

**CLINICA NEUMOLOGICA DEL PACIFICO SAS** en los términos dispuestos por el artículo 10 del decreto 1377 de 2013 queda autorizada de manera expresa e inequívoca para mantener y manejar toda su información a no ser que usted le manifieste lo contrario de manera directa, expresa, inequívoca y por escrito a la cuenta de correo electrónico dispuesta para tal efecto: [gerencia.cuidadopulmonar@gmail.com](mailto:gerencia.cuidadopulmonar@gmail.com) o a la dirección comercial de **CLINICA NEUMOLOGICA DEL PACIFICO SAS**.

Si usted no está de acuerdo que sus datos personales sean utilizados por **CLINICA NEUMOLOGICA DEL PACIFICO SAS** podrá revocar de manera parcial o total tal autorización de manera expresa e inequívoca, directa y por escrito, bien sea en medio físico o electrónico; que permita concluir que se revoca tal autorización o consentimiento.

En el evento en que usted tenga alguna observación y/o comentario sobre el manejo y uso de sus datos personales o en caso de que usted considere que **CLINICA NEUMOLOGICA DEL PACIFICO SAS** dio un uso contrario al autorizado y a las leyes aplicables o no desee seguir recibiendo información relacionada con **CLINICA NEUMOLOGICA DEL PACIFICO SAS** y sus actividades, usted podrá contactarnos a



través de comunicación dirigida al área administrativa, Responsable de protección y Tratamiento de datos de **CLINICA NEUMOLOGICA DEL PACIFICO SAS** en:

**DIRECCIÓN OFICINAS:** CALLE 5A #42A-18

**CORREO ELECTRÓNICO:** info@cuidadopulmonar.com

Declaro que he sido informado que **CLINICA NEUMOLOGICA DEL PACIFICO SAS** ha registrado las Políticas de Protección y Tratamiento de Datos Personales en la Superintendencia de Industria y Comercio, las cuales puedo consultar en cualquier momento, y éstas contienen en forma amplia y suficiente mis derechos y obligaciones como titular de los datos, aquellos que igualmente están previstos en la Constitución Política de Colombia, la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y cada una de las disposiciones legales y reglamentarias que me amparan y me protegen.

“Consiento y autorizo de manera previa, expresa e inequívoca que mis datos personales sean tratados conforme a lo previsto en el presente documento y/o autorización”

Para constancia se firma en la ciudad de \_\_\_\_\_ el \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

#### DATOS BÁSICOS DEL TITULAR DE LA INFORMACIÓN

NOMBRE(S) \_\_\_\_\_

APELLIDO(S) \_\_\_\_\_

IDENTIFICACIÓN \_\_\_\_\_

TIPO DE DOCUMENTO CC  CE  TI  PASAPORTE  PAIS \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN \_\_\_\_\_

CORREO/EMAIL \_\_\_\_\_

TELÉFONO(S) \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_