

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES CENTRO MEDICO REGENERATIVO VITALYS.

Autorizo Centro Medico Regenerativo VITALYS con NIT XXXXXXXXXXXX en calidad de responsables del tratamiento para recolectar, almacenar, usar, transferir, transmitir, circular y/o suprimir mi información (el "Tratamiento"), de conformidad **con la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1074 de 2015** y demás normas que los modifiquen, adicionen o sustituyan.

Manifiesto que he sido informado y autorizo que mis datos personales y/o los del menor que represento sean tratados para efectuar las actividades y gestiones necesarias para el cumplimiento del objeto social de la empresa y el giro ordinario de sus negocios, incluyendo campañas, proyectos e iniciativas de innovación, realizar la prestación de los servicios ofrecidos, entre ellos los servicios de salud, cumplir con las obligaciones propias del Sistema General de Seguridad Social en Salud, gestionar el agendamiento de citas, consultas médicas, exámenes, y/o procedimientos, garantizar la debida atención de quejas, peticiones o reclamos, entregar reportes a las autoridades públicas según sea requerido, contactar al Titular por cualquier medio (SMS, vía telefónica, correo electrónico, entre otros) para fines comerciales, publicitarios, de marketing y/o para el desarrollo y gestión de la relación contractual u obligacional a la que haya lugar, comunicar, ofrecer, publicitar y/o brindar información relacionada con productos y/o servicios propios o de terceros, recolectar y utilizar la información para fines de investigación comercial y de mercadeo y publicidad de productos propios y de terceros, transferir y/o transmitir los datos personales dentro y fuera del país a las compañía matriz, filiales o subsidiarias, aliadas comerciales o cualquier tercero en virtud de una relación comercial o contractual, obligación legal o vínculo lícito que así lo requiera, a otras entidades del Grupo para el desarrollo de las relaciones comerciales, mejora de productos y servicios, almacenamiento centralizado, y actividades de marketing y publicidad.

Reconozco y autorizo que parte de la información personal que tratará la empresa puede tener la naturaleza de información sensible. Son datos sensibles aquellos que afectan la intimidad del Titular o cuyo uso indebido puede generar discriminación, como lo pueden ser la orientación política, filosófica, religiosa, sexual, la pertenencia a sindicatos, organizaciones sociales o de derechos humanos, la salud y datos biométricos, y que ninguna actividad puede condicionarse a la entrega de datos sensibles. En particular, autorizo explícitamente el tratamiento de información sensible incluyendo aquella relativa al estado de salud, para las finalidades señaladas en esta autorización. En caso de recolección y tratamiento de esta clase de datos entiendo que la respuesta a preguntas que se hagan sobre estos datos es facultativa, y tengo derecho a no contestar las preguntas que me formulen y a entregar o no los datos solicitados.

En caso de entregar información relativa a los menores de edad sobre los cuales ejerzo la representación legal, entiendo que tengo derecho a no contestar las preguntas que me formulen. También entiendo que los datos de menores de edad solo podrán ser entregados por el representante legal del menor, bajo el previo ejercicio del menor de su derecho a ser escuchado, y en estos casos el tratamiento responderá y respetará el interés superior de los niños, niñas y adolescentes, y se asegurará el respeto de sus derechos fundamentales.

Como titular cuento con los derechos de acceder en forma gratuita a los datos proporcionados, conocer, actualizar y solicitar la rectificación, solicitar prueba de la autorización, ser informado del uso que se ha dado a los datos personales, presentar quejas ante la Superintendencia de Industria y Comercio, revocar la autorización y/o solicitar la supresión del dato, abstenerse de responder las preguntas sobre datos sensibles o sobre datos de las niñas y niños y adolescentes y los demás **derechos consagrados en la Ley 1581 de 2012** y demás normas complementarias.

Autoriza SI () NO ()

Nombre: _____ C.C.: _____

Firma: _____ Fecha: _____