

## **AUTORIZACIÓN DE PACIENTES PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES**

El (la) suscrito (a), identificado (a) como aparece al pie de mi firma, acorde a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013, declaro que entrego de forma libre, voluntaria e informada los datos personales solicitados por **CLINICA SANTA LUCIANA** para la recolección en sus bases de datos. En concordancia con lo anterior, declaro que (i) estoy informado que **CLINICA SANTA LUCIANA S.A.S.** actúa como responsable y encargado del tratamiento de mis datos personales; (ii) Que se me informó que las respuestas a las preguntas que me fueron hechas, cuando estas versaron sobre datos sensibles o sobre los datos de niñas, niños y adolescentes, tienen un carácter facultativo y no estoy obligado a responderlas y/o a suministrar la información; (iii) Autorizo a que mis Datos Personales sean recolectados y tratados de conformidad con las Políticas de Tratamiento de Datos Personales **CLINICA SANTA LUCIANA S.A.S.**; (iv) Declaro que estoy informado de mis derechos como titular de datos personales, contemplados en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013, en especial los de conocer, actualizar, suprimir y rectificar mis datos personales; (v) Autorizo para que mis datos personales puedan suministrarse a terceros, sin la necesidad de solicitar una nueva autorización a mí como titular. Con la excepción de los datos sensibles los cuales en ningún momento serán compartidos con terceros, debido a que es información considerada sensible por la normatividad vigente en materia de protección de datos personales, dentro de los cuales se encuentra el estado de salud que se incorpore en la historia clínica, datos de menores, entre otros. Y; (vi) consiento que la presente autorización subsana cualquier tratamiento de datos que se haya hecho sin autorización previa por parte de **CLINICA SANTA LUCIANA S.A.S.**, quedando autorizado mediante la presente. Vii) la autorización aquí otorgada a **CLINICA SANTA LUCIANA S.A.S.**, subsana cualquier recolección o uso de datos del titular que se haya realizado con anterioridad a la fecha de esta autorización.

Doy mi autorización expresa o autorizo expresamente para que **CLINICA SANTA LUCIANA S.A.S.**, haga el tratamiento a mis datos personales, el cual consiste en: recolección, almacenamiento, uso, actualización, circulación, supresión o de cualquier otra manera administre mis Datos Personales para las siguientes finalidades:

- Enviar al correo físico, electrónico, celular o dispositivo móvil, vía mensajes de texto (SMS y/o MMS) o a través de cualquier otro medio análogo y/o digital, información comercial, publicitaria o promocional sobre los productos y/o servicios, eventos y/o promociones de tipo comercial o no de estas, con el fin de impulsar, invitar, dirigir, ejecutar, informar y de manera general, llevar a cabo campañas, promociones o concursos de carácter comercial o publicitario, adelantados por la compañía.

- Ordenar, catalogar, clasificar, almacenar y separar la información suministrada por los clientes para su fácil identificación.
- Realizar el envío de información relacionada con informes de servicios, facturación, recibos de pago, entre otros documentos concernientes con las relaciones comerciales.
- Efectuar análisis e investigaciones comerciales, estadísticas, de riesgos, de mercado, de calidad, interbancaria y financiera, entre otros.
- Formalizar procesos de contratación y efectuar la prestación del servicio o la entrega del producto adquirido.
- Realizar gestiones administrativas y financieras.
- Atender a los requerimientos de autoridades competentes.
- Atender a obligaciones legales en la conservación de documentos.
- Para conocer la información del titular, los datos que reposen en centrales de información crediticia o en operadores de bancos de datos de información financiera, crediticia, comercial y proveniente de terceros países a que se refiere la Ley 1266 de 2008, y bases de datos de antecedentes judiciales, entre otros.
- Para informar y remitir datos personales y crediticios no esenciales a las centrales de información crediticia o operadores bancarios sobre el historial crediticio que se genera en ejecución del contrato de prestación de servicios.
- Dar cumplimiento a las obligaciones legales referentes a la historia clínica de los pacientes.
- Realizar los seguimientos respectivos en atención a los procedimientos efectuados.
- Gestión y recolección de los datos y registros gráficos de la historia clínica.
- Para dar trámite y respuesta a las solicitudes, quejas y reclamos presentados por los pacientes y/o clientes.
- Las demás finalidades necesarias para el desarrollo del objeto social de la compañía y la prestación de sus servicios.
- Almacenarlos y transferirlo a terceras personas con el fin de obtener beneficios, descuentos, o cualquier otra situación similar a favor de los pacientes.
- La Enajenación, transferencia de los datos a terceras personas con el fin de ser tratados conforme a las políticas de tratamientos de datos personales de las terceras personas.

Con el fin de ejercer los derechos anteriormente descritos, para realizar consultas o reclamos relacionados con mis Datos Personales, puedo contactar a la Empresa responsable del tratamiento de datos personales: **CLINICA SANTA LUCIANA S.A.S.** Domicilio: Cali. Dirección: Calle 7 # 28-32, Cali – Colombia  
 Teléfono: (+57) 602 3797104. Correo electrónico: [contactenos@clnicasantaluciana.com.co](mailto:contactenos@clnicasantaluciana.com.co)  
 Página Web:

[www.clinicasantaluciana.com.co](http://www.clinicasantaluciana.com.co) y [www.ronquistop.com](http://www.ronquistop.com), fecha \_\_\_\_\_ de  
\_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_

Firma del Titular de los Datos Personales:

Autorizo,

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

Cedula de Ciudadanía: