 <b>SALUD TOLIMA</b>		<b>FORMATO AUTORIZACION PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES</b>			
INSTITUCIÓN:	SALUD TOLIMA S.A.S				
PROCESO:	GESTIÓN DE TALENTO HUMANO				
CODIGO:	GIN-FOR-003				
FECHA DE ELABORACIÓN:	27-09-2017	VERSIÓN:	2.0	PAGINAS:	1 DE 1

**AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES POR PARTE DE SALUD TOLIMA S.A.S.** (Para Bases de datos creadas después de la entrada en vigencia de la Política de Tratamiento de la Información)

Con la firma de este documento manifiesto que he sido informado por IPS SALUD TOLIMA S.A.S. de que:

Actuará como Responsable del Tratamiento de datos personales de los cuales soy titular y que podrán recolectar, usar y tratar mis datos personales conforme la Política de Tratamiento de Datos Personales. Conforme la Política de Tratamiento de Datos Personales de las Compañías disponible en <http://www.saludtolimaips.com/>

- Mis derechos como titular de los datos son los previstos en la Ley 1581 de 2012 y el artículo 10 del Decreto 1377 de 2013 referentes a la Ley de Protección de Datos y especialmente el derecho a conocer, actualizar, rectificar y suprimir mi información personal, así como el derecho a revocar el consentimiento otorgado para el tratamiento de datos personales.
- La IPS garantiza la confidencialidad, libertad, seguridad, veracidad, transparencia, acceso y circulación restringida de mis datos. Esta información no será bajo ningún motivo transferida a terceros.

Para cualquier inquietud o información adicional relacionada con el tratamiento de datos personales, puedo contactarme al correo electrónico [gerencia@saludtolimaips.com](mailto:gerencia@saludtolimaips.com)

Teniendo en cuenta lo anterior, autorizo de manera voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca a la IPS SALUD TOLIMA para tratar mis datos personales para los fines relacionados con su objeto social y en especial para fines legales, contractuales, comerciales descritos en la Política de Tratamiento de Datos Personales de IPS SALUD TOLIMA. La información obtenida para el Tratamiento de mis datos personales la he suministrado de forma voluntaria y es verídica.


Para constancia de lo anterior se firma el día \_\_\_\_ del mes \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Nombre

\_\_\_\_\_  
Documento

<b>Responsable:</b>	Líder de Calidad	<b>Revisado:</b>	Comité de Calidad	<b>Aprobado:</b>	Gerente de la institución
---------------------	------------------	------------------	-------------------	------------------	---------------------------

 <b>SALUD TOLIMA</b>		<b>FORMATO AUTORIZACION PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES</b>			
INSTITUCIÓN:		SALUD TOLIMA S.A.S			
PROCESO:		GESTIÓN DE TALENTO HUMANO			
CODIGO:		GIN-FOR-003			
FECHA DE ELABORACIÓN:		27-09-2017	VERSIÓN:	2.0	PAGINAS: 2 DE 1

### CONTROL DE CAMBIOS

VERSION	MOTIVO DEL CAMBIO O ELABORACION	RESPONSABLE	FECHA
1.0	Aprobación inicial	Samanda Indira Ávila Medina	27/09/2017
2.0	Se incluye dirección de correo institucional	Victoria Guarnizo	30/11/2018

<b>Responsable:</b>	Líder de Calidad	<b>Revisado:</b>	Comité de Calidad	<b>Aprobado:</b>	Gerente de la institución
---------------------	------------------	------------------	-------------------	------------------	---------------------------