

	FORMATO AUTORIZACION PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES				
INSTITUCIÓN:	SALUD TOLIMA S.A.S				
PROCESO:	GESTIÓN DE TALENTO HUMANO				
CODIGO:	GIN-FOR-003				
FECHA DE ELABORACIÓN:	27-09-2017	VERSIÓN:	3.0	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

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

Responsable:	Líder de Calidad	Revisado:	Comité de Calidad	Aprobado:	Gerente de la institución
---------------------	------------------	------------------	-------------------	------------------	---------------------------

		FORMATO AUTORIZACION PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES				
INSTITUCIÓN:		SALUD TOLIMA S.A.S				
PROCESO:		GESTIÓN DE TALENTO HUMANO				
CODIGO:		GIN-FOR-003				
FECHA DE ELABORACIÓN:		27-09-2017	VERSIÓN:	3.0	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 correo institucional	Victoria Guarnizo	30/11/2018
3.0	Cambio de logo	Teresa Garcia S.	18-04-2024

Responsable:	Líder de Calidad	Revisado:	Comité de Calidad	Aprobado:	Gerente de la institución
---------------------	------------------	------------------	-------------------	------------------	---------------------------