

	CENTRO MÉDICO CRECER	Código: FOR-GER-PLN-20052022-2
	SISTEMA DE GESTIÓN DOCUMENTAL	Versión: 2.0
	FORMATO DE AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS	Emisión: 25-05-2022 Página: 1 de 2

Dando cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, "Por el cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales" y de conformidad con lo señalado en el Decreto 1377 de 2013, con la firma de este documento manifiesto que he sido informado por Centro Médico Crecer de lo siguiente:

1. **El Centro Médico Crecer** actuará como responsable del Tratamiento de datos personales de los cuales soy titular y que, conjunta o separadamente podrá recolectar, usar y tratar mis datos personales conforme al Manual de SARLAFT/PADM de la entidad.
2. Que me ha sido informada la (s) finalidad (es) de la recolección de los datos personales, la cual consiste en: LA CONSULTA EN LISTAS RESTRICTIVAS NACIONALES E INTERNACIONALES de mis datos personales y/o de los directivos de la Persona Jurídica que Represento.
3. Es de carácter facultativo o voluntario responder preguntas que versen sobre Datos Sensibles o sobre menores de edad.
4. Mis derechos como titular de los datos son los previstos en la Constitución y la ley, 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.
5. Los derechos pueden ser ejercidos a través de los canales dispuestos por el **Centro Médico Crecer**.
6. El **Centro Médico Crecer** garantizará la confidencialidad, libertad, seguridad, veracidad, transparencia, acceso y circulación restringida de mis datos y se reservará el derecho de modificar su Política de Tratamiento de Datos Personales en cualquier momento. Cualquier cambio será informado y publicado oportunamente en la página web.
7. Teniendo en cuenta lo anterior, autorizo de manera voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca a el **Centro Médico Crecer**, para tratar mis datos personales y tomar mi huella de acuerdo con la ley para los fines relacionados con su objeto y en especial para fines legales, contractuales, misionales descritos en el Manual de SARLAFT/PADM del **Centro Médico Crecer**.

	CENTRO MÉDICO CRECER	Código: FOR-GER-PLN-20052022-2
	SISTEMA DE GESTIÓN DOCUMENTAL	Versión: 2.0
	FORMATO DE AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS	Emisión: 25-05-2022
		Página: 2 de 2

8. La información obtenida para el Tratamiento de mis datos personales la he suministrado de forma voluntaria y es verídica.

Se firma en la ciudad de Cartagena, a los _____ días del mes de _____ del año_____.

Firma: _____

Nombre: _____

Identificación: _____

