

 Clínica del Campestre	AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE LA INFORMACIÓN PERSONAL		
	CÓDIGO: CPR-PA-GF-CMP-001	VERSIÓN: 1	FECHA: 30/ABRIL/2020

Día _____ Mes _____ Año _____

Señor Usuario, Proveedor, Socio

La Clínica del Campestre es una institución que, para el cumplimiento de su objeto social, *prestar servicios de salud*, requiere recolectar información personal, información que, a la luz de la normativa vigente, debe ser legalmente tratada.

El tratamiento de la información comprende su recolección, almacenamiento, uso, circulación, modificación y/o supresión.

Para tranquilidad de todos, LA CLÍNICA DEL CAMPESTRE ha limitado el uso de la información en las siguientes finalidades.

- a. **Informativos**. Para dar a conocer los cambios de horarios en nuestros servicios.
- b. **Científicos**. Para brindar información relativa a descubrimientos o avances científicos nacionales e internacionales relacionados con los servicios que oferta LA CLINICA.
- c. **Publicitarios**: Para promocionar nuevos servicios y/o procedimientos médicos ofertados por LA CLINICA.
- d. **Educativos**: Para orientar a nuestros pacientes y acompañantes en actividades de prevención y promoción de la salud.
- e. **Comerciales**: Para el cumplimiento de las obligaciones derivadas de las relaciones contractuales existentes con los grupos de interés.
- f. **Formativos**: Para dar a conocer los eventos académicos, publicaciones.
- g. **Investigativos**: Para informar los avances de los procesos de investigación que se desarrollan en LA CLINICA.

La información que se registrará en las bases de datos de LA CLÍNICA, son, entre otros, nombres y apellidos completos, identificación, dirección, teléfonos, correos electrónicos y fecha de nacimiento. Esta información en cualquier momento y de acuerdo con la Ley 1581 de 2012, puede modificarse y/o ejercer el derecho a la supresión de datos personales.

En el evento que se requiera conocer, actualizar, rectificar o solicitar la supresión de los datos, se puede comunicar, con la Clínica a la dirección Calle 17sur Nro. 44-06 y/o al correo compras@clinicadelcampestre.com

Con la información anterior, manifiesto que conozco las finalidades de uso de mis datos, me han informado sobre el adecuado tratamiento de mis datos personales y los derechos que tengo como titular de la información. Por tanto yo _____ identificado (a) con documento de identidad número _____, SI _____ NO _____ Autorizo a **la Clínica del Campestre para que realice el tratamiento de mi información personal** y me comprometo a conocer el aviso de privacidad y la Política mencionada disponible en www.clinicadelcampestre.com. Así mismo, autorizo a **LA CLÍNICA DEL CAMPESTRE**, para modificar o actualizar su contenido, a fin de atender reformas legislativas, políticas internas o nuevos requerimientos para la prestación u ofrecimiento de sus servicios o productos, dando aviso previo por medio de su sitio web.

Firma del titular

CC.