Ciudad y Fecha: 26 DIC 2019

Señores
AGENCIA PARA LA REINCORPORACIÒN Y LA NORMALIZACIÒN.
Grupo de Gestión Contractual

Cordial Saludo,

Por medio de la presente autorizo a la **AGENCIA PARA LA REINCORPORACIÒN Y LA NORMALIZACIÒN,** para realizar el trámite correspondiente a la afiliación **ARL POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS.**

Así mismo y para no generar una multiafiliación y doble pago a la ARL, me comprometo a realizar el trámite ante mi OPERADOR DE RECAUDO, actualizando la correspondiente información para que este pago sea efectuado a **POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS.**

Adjunto copia del certificado de afiliación a la EPS y AFP como independiente activo.

Atentamente,

Nombres y Apellidos: Paola Andrea Echeverri Gutierrez
C.C. Nro. 39420798
Firma: Paola A

ARN | AGENCIA PARA LA REINCORPORACIÓN Y LA NORMALIZACIÓN

COMPROMISO

Paola Andrea Echeverri Gutierrez, identificado (a) con C.C. No. **39.420.798**, expedida en **Apartadó**, en calidad de contratista de la Agencia para la Reincorporación y la Normalización-ARN, de la dependencia **Grupo Territorial Urabá**, Contrato N°794 de **2019**, me comprometo a mantener la integridad, reserva y confidencialidad de la información que conozca con ocasión del acceso a documentos, bases de datos y en general todo el material que la Entidad me proporcione, de conformidad con la normativa vigente, en especial la relativa a Derechos de Autor, Protección de Datos Personales, Reserva, Responsabilidad y las demás que me sean asignadas en ejercicio de mis funciones o cumplimiento de mis obligaciones contractuales.

Reconozco que la propiedad intelectual y los derechos sobre la información que se genera en la Agencia para la Reincorporación y la Normalización-ARN, pertenecen exclusivamente a la Entidad.

Con la firma del presente documento, me comprometo a implementar las medidas necesarias para propiciar la seguridad de la información y abstenerme de divulgar, compartir con terceros, o dar uso distinto del autorizado, a la información confidencial que utilice la Agencia para la Reincorporación y la Normalización-ARN, siendo consciente de las sanciones derivadas del incumplimiento, al igual de las demás acciones que puedan llegar a generarse de éste.

Por lo tanto, me hago responsable de seguir la política de seguridad y procedimientos para el uso y acceso a la información, evitando cualquier práctica o uso inapropiado que pudiera poner en peligro la información, integridad y reputación de la Agencia para la Reincorporación y la Normalización-ARN y sus colaboradores, estipuladas en la política del Sistema de Gestión de Seguridad de la Información.

AUTORIZACIÓN

De igual manera, declaro que he sido informado(a) y autorizo de manera libre, previa, expresa y voluntaria a la Agencia para la Reincorporación y la Normalización-ARN, para hacer uso de mis datos personales[1] y dar tratamiento para: 1) Fines institucionales y para la atención de requerimientos a otras entidades del Estado; 2) El desarrollo de su misión, lo que supone el ejercicio de sus derechos y deberes dentro de los que están, sin limitarse a ellos, gestión del talento humano, gestión administrativa, (control de acceso, entre otros), gestión financiera (tesorería, contabilidad, presupuesto, entre otros), gestión de tecnologías de la información y las comunicaciones, entre otros; 3) La gestión de los servicios y trámites que presta la Entidad; 4) La gestión de información de sus colaboradores y la remisión de información relacionada con sus funciones a través de los canales o medios que la Agencia para la Reincorporación y la Normalización-ARN establezca para tal fin; Así mismo, la Agencia para la Reincorporación y la Normalización-ARN podrá transferir mis datos personales a las instancias que se soliciten, para efectos del cumplimiento de sus actividades, con el fin de posibilitar la realización de las finalidades previstas en la presente autorización.

Mis derechos como titular del dato son los previstos en la Constitución y la Ley, especialmente el derecho a conocer, actualizar, rectificar y suprimir mi información personal, los cuales puedo ejercer a través de los canales dispuestos por la Agencia para la Reincorporación y la Normalización-ARN, para la atención a los colaboradores y observando el Manual de Gestión de Seguridad de la Información de la ARN vigente.

La autorización anterior no permite a la Agencia para la Reincorporación y la Normalización-ARN, divulgar la información mencionada para fines diferentes a los que acá expresamente se mencionan, en especial para fines comerciales.

[1] Nombres y Apellidos, Documento de identidad, profesión, dirección y teléfono.

ARN | AGENCIA PARA LA REINCORPORACIÓN Y LA NORMALIZACIÓN

Certifico que toda la información que le he dado a la Agencia para la Reincorporación y la Normalización-ARN y la que daré es veraz, completa, exacta y actualizada, y que durante el tiempo que esté vinculado lo prestando mis servicios a la Entidad comunicaré oportunamente cualquier cambio en relación con la misma.

La anterior autorización se realiza, en virtud de la Ley Estatutaria 1581 de 2012, mediante la cual se dictan las disposiciones generales para la protección de datos personales, y su Decreto Reglamentario 1377 de 2013.

En señal de expresa conformidad y aceptación de los términos recogidos en el presente documento, se firma a los

15 ENE 2019

Nombres y Apellidos: PAOLA ANDREA ECHEVERRI GUTIERREZ
C.C. Nro.39.420.798

Firma: _____