Katherine Rios

	FUNDACIÓN CAMINO DE LA ESPERANZA	Código TH FR
		Talento Humano
	AUTORIZACION	V. 2 01/11/2023
		Página 1 de 2

AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES, USO DE DERECHOS DE IMAGEN, APLICACIÓN DE PRUEBAS Y VISITA DOMICILIARIA.

Yo Ingry Johanna Plazas Lopez identificado(a) con cédula de Ciudadanía número 1122934556 expedida en Villavicencio manifiesto que he sido informado(a) por LA **FUNDACIÓN CAMINO DE LA ESPERANZA**., con NIT. 800.200.341 - 7, en adelante la "**Fundación**" de lo siguiente:

1.- Es claro para mí que la **Fundación** actuara como responsable del Tratamiento de datos personales – Habeas Data de los cuales soy titular y que, conjuntamente o separadamente podrán recolectar, usar y tratar mis datos personales conforme a la política de tratamientos personales Ley 1581 de 2012 reglamentada parcialmente por el Decreto 1377 de 2013, así mismo mi hoja de vida, y la documentación que soporta la misma.

2.- Acepto que en cualquier momento y sin previo aviso, podrá la **Fundación** consultar mi historial académico en las distintas instituciones, revisando la autenticidad de los certificados profesionales que presento.

3. Autorizo para que puedan revisar mis antecedentes: judiciales, fiscales, disciplinarios ante procuraduría y contraloría. Así también para que se puedan buscar las anotaciones en juzgados penales y de familia e incluso consultar las Inhabilidades por Delitos sexuales. De otra parte podrán realizar consultas referentes a mi vinculación con dinero proveniente del narcótico.

4.- Entiendo que, 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.- Declaro conocer que, la información puede ser recolectada de las distintas páginas virtuales gratuitas diseñadas por el Gobierno Nacional Colombiano, para consultar los antecedentes enunciados en el numeral segundo de la presente autorización.

6.- Consiento de plena voluntad la realización de las pruebas: aprobadas por la Fundación, manifiesto que, conozco y avalo el procedimiento empleado para la legalidad y plena ejecución de las mismas.

7.- De manera expresa acepto la programación y ejecución de visitas domiciliarias que pretenda llevar a cabo la **Fundación** para los fines relacionados con su objeto social y en especial para fines legales, contractuales, comerciales descritos en la Políticas contractuales de la **Fundación**.

8.- Soy conocedor, que, para cualquier inquietud o información adicional relacionada con el tratamiento de datos personales, realización de pruebas y programación de visitas domiciliarias, puedo contactarme en la dirección calle 12 no. 47a - 11 1ra. Etapa - barrio la Esperanza de Villavicencio/Meta o al correo electrónico funcades.secretaria@gmail.com y celular. 3118543819.

9.- Autorizo a **La Fundación**, para que haga el uso y tratamiento de mis derechos de imagen para incluirlos sobre fotografías; procedimientos análogos a la fotografía; producciones Audiovisuales (Videos); así como de los Derechos de Autor; los Derechos Conexos y en general todos aquellos

derechos de propiedad intelectual que tengan que ver con el derecho de imagen, los cuales reconoce la Constitución, la Ley y demás normas concordantes.

10.- La presente autorización de uso se otorga para ser utilizada en formato o soporte material en ediciones impresas, y se extiende a la utilización en medio electrónico, óptico, magnético, en redes (Intranet e Internet), brochure, mensajes de datos o similares y en general para cualquier medio o soporte conocido o por conocer en el futuro. La publicación podrá efectuarse de manera directa o a través de un tercero que se designe para tal fin.

11.- Los derechos aquí autorizados se dan sin limitación geográfica o territorial alguna. De igual forma la autorización de uso aquí establecida no implicará exclusividad, por lo que me reservo el derecho de otorgar autorizaciones de uso similares en los mismos términos en favor de terceros.

La **Fundación** garantiza la confidencialidad, libertad, seguridad, veracidad, transparencia, acceso y circulación restringida de mis datos y se reservan el derecho de modificar su política de tratamiento de datos personales en cualquier momento. Cualquier cambio será informado y publicado oportunamente por el medio más expedito.
Declaro que únicamente solicitare información relativa a la que es titular y que no obtendré beneficios económicos con la obtención de la información.
Declaro que me hago responsable por el uso y cuidado de la información que llegare a obtener a través de la presente consulta en línea de antecedentes.

Teniendo en cuenta lo anterior, autorizo de manera voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca a **LA FUNDACIÓN CAMINO DE LA ESPERANZA** **para tratar mis datos personales, realizarme pruebas y programar visitas domiciliarias** de acuerdo con la política de tratamiento de datos personales de la **Fundación** y 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 la **Fundación** y reglamento interno, La información obtenida para el tratamiento de mis datos personales la he suministrado de forma voluntaria y es verídica.

Me postulo para vincularme a la Fundación como:

Padre de familia ( ) Acudiente ( ) Beneficiario ( ) Asociado ( )
Colaborador (X) Aprendiz ( ) Voluntario ( ) Religioso ( )
Proveedor ( ) Contratista ( )

Se firma en Villavicencio Meta el 06 de Noviembre del año 2024.

Firma:

Nombre: Ingry Johanna Plazas Identificación C.C. No. 1122134556

ESPACIO RESERVADO PARA LA FUNDACION			
Entrevista coordinador	Fecha	Nombre	Firma
Pruebas psicología	Fecha	Nombre	Firma
Entrevista presidencia	Fecha	Nombre	Firma
Visita domiciliaria	Fecha	Nombre	Firma