

## **AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES**

De conformidad con lo dispuesto en la normatividad vigente sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 “*Por la cual se dictan disposiciones generales para la Protección de Datos Personales*”, de conformidad con el Decreto Reglamentario 1377 de 2013 y el Decreto 1074 de 2015, autorizo libre, expresa e inequívocamente a la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE SALUD SANTA LUCIA**, para que realice la recolección y tratamiento de mis datos personales, los cuales serán utilizados para los diferentes aspectos relacionados con la elaboración, suscripción y seguimiento de los contratos de prestación de servicios de la entidad.

Así mismo, declaro que conozco que la recolección y tratamiento de mis datos se realizará de conformidad con la Política de Tratamiento de Datos Personales manejada por la entidad, que he sido informado(a) de forma clara y suficiente de los fines de su tratamiento y la posibilidad que tenía de no efectuar la autorización en aquella información considerada sensible.

Con la firma de este documento manifiesto además que he sido informado(a) por la entidad de lo siguiente:

- 1.- La entidad 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 a la Política de Tratamiento de Datos Personales de la Entidad.
- 2.- Me ha sido informada la finalidad de la recolección de los datos personales, la cual consiste en: Celebrar un Contrato de Prestación de Servicios Profesionales y/o de Apoyo a la Gestión.
- 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 la entidad y observando la Política de Tratamiento de Datos Personales de la entidad.
- 6.- Mediante los canales oficiales de la entidad podré radicar cualquier tipo de requerimiento relacionado con el tratamiento de mis datos personales.
- 7.- La entidad 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 por la entidad.
- 8.- Teniendo en cuenta lo anterior, autorizo de manera voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca a la entidad para tratar mis datos personales, tomar mi huella y fotografía si hay lugar a ello, de acuerdo con su Política de Tratamiento de Datos Personales para los fines relacionados con su objeto y en especial para fines legales, contractuales, misionales descritos en la Política de Tratamiento de Datos Personales de la entidad.
- 9.- La información obtenida para el Tratamiento de mis datos personales la he suministrado de forma voluntaria y es verídica.

Se suscribe en el Municipio de Santa Lucía - Atlántico, el Cinco (05) de febrero de 2026

Firma

Nombre: **LUIS GUILLERMO COVA LARA**

Cédula 8,816,361

Dirección: Calle 44 N° 46 - 107 Barranquilla - Atlántico

Tel: 3006098185