

AUTORIZACIÓN EXPRESA TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES



AUTORIZACIÓN PARA CONSULTAR EN LISTAS RESTRICTIVAS

Señor (a); la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL MENTAL DE ANTIOQUIA MARIA UPEGUI – HOMO**, debe consultar, monitorear y revisar la debida diligencia, las listas restrictivas que den lugar a posibles vínculos con delitos relacionados con **LAVADO DE ACTIVOS Y/O FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO**, en cumplimiento del artículo 6.2.2 de la Circular 09 del 2016.

Y de acuerdo en el cumplimiento de lo establecido en la normativa de protección de datos personales, particularmente, de la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013

La calidad de responsable y encargado del tratamiento de datos personales que recae sobre **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL MENTAL DE ANTIOQUIA MARIA UPEGUI – HOMO** con domicilio en el municipio de Bello, barrio Santa Ana, ubicada en la Calle 38 # 55 - 310, con teléfono 4448330 y página web <https://homo.gov.co/>.

Por lo anterior solicitamos diligenciar lo siguiente:

YO, **JOHN FERNANDO PIEDRAHITA GIL**, identificado(a) con documento No. **70564773** declaro bajo la gravedad de juramento que autorizo a la E.S.E Hospital Mental de Antioquia, María Upegui HOMO para que realice el tratamiento de mis datos personales, incluyendo la recolección, almacenamiento, uso, circulación, transferencia, supresión y/o transmisión de mis datos personales, en los términos de la Política de Tratamiento de Datos Personales de la E.S.E HOMO (GE-PO-23). Autorizó la actualización de dicha consulta cuando sea necesario, posteriores al inicio de la relación contractual.

FIRMA: _____
C.C 70564773

