| | ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD Y PRIVACIDAD DE LA INFORMACIÓN | Código: | FOR-0046-043 |
|---|---|---|---|
| | | Versión: | 01 |

| DATOS PERSONALES | |
|---|---|
| NOMBRE O RAZON SOCIAL | Full Copias |
| DOCUMENTO DE IDENTIDAD O NIT | 24550709 |
| REPRESENTANTE LEGAL | Gloria Amparo Parra Flórez |
| CEDULA DE CIUDADANIA | 24550709 |
| APODERADO | |
| CEDULA DE CIUDADANIA | |

Manifiesto que es mi voluntad suscribir el presente **ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD Y PRIVACIDAD DE LA INFORMACION** de que trata la Ley 1581 de 2012, Ley 1712 de 2014, el Decreto 780 de 2016 y demás disposiciones que la modifiquen, adicionen o reglamenten; para lo cual la Empresa Social del Estado Hospital San Vicente de Paul del Municipio de Santa Rosa de Cabal del Departamento de Risaralda me ha informado las directrices que a continuación se relacionan, comprometiéndome desde la suscripción del presente acuerdo a hacer buen uso del tratamiento de los datos personales y de los demás activos de información institucional que llegaré a conocer en desarrollo de mis funciones o actividades:

- Que los datos personales de la **E.S.E HOSPITAL;** así como los datos personales de terceros que en desarrollo del objeto social de la Entidad recolecta, almacena y administra, son propiedad del titular de los derechos (servidores públicos, usuarios, clientes, proveedores, entre otros) y debo proteger su privacidad y confidencialidad.
- Que el tratamiento de los datos personales de terceros es responsabilidad de la **E.S.E HOSPITAL** como Entidad responsable del tratamiento en asocio con el suscrito en mi calidad de Servidor Público: _____ Contratista: x Trabajador en Misión: _____Otro: _ Cuál: _____.
- Que el tratamiento de los datos personales de la **E.S.E HOSPITAL** y de terceros obedecen a la finalidad para la cual fueron suministrados por el Titular y no puedo utilizarlos para propósitos diferentes, razón por la cual debo evitar su adulteración, pérdida, consulta, uso o acceso no autorizado o fraudulento.
- Que los datos personales, salvo la información pública, no puede disponerla en Internet u otros medios de divulgación o comunicación masiva, salvo que el acceso sea técnicamente controlable para brindar un conocimiento restringido sólo a los titulares o terceros autorizados conforme a las disposiciones vigentes.
- Que como persona que intervengo en el tratamiento de datos personales estoy obligado(a) a obtener consentimiento o autorización previa y expresa del Titular, informando de manera clara y expresa al Titular: i) el Tratamiento al cual serán sometidos sus datos personales y la finalidad del mismo; b) El carácter

| | ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD Y PRIVACIDAD DE LA INFORMACIÓN | Código: | FOR-0046-043 |
|---|---|---|---|
| | | Versión: | 01 |

facultativo de la respuesta a las preguntas que le sean realizadas, cuando estas versen sobre datos sensibles o sobre los datos de las niñas, niños y adolescentes; c) Los derechos que le asisten como Titular; d) La identificación, dirección física o electrónica y teléfono del responsable del tratamiento.

- Que, en caso de recolectar información sensible, conozco que es derecho del Titular contestar o no las preguntas que le formule y entregar o no los datos solicitados, precisando que son datos sensibles aquellos que afectan la intimidad del titular o cuyo uso indebido puede generar discriminación como orientación política, convicciones religiosas o filosóficas, datos relativos a la salud, a la vida sexual y los datos biométricos.
- Que en el tratamiento de datos debo asegurar el respeto a los derechos prevalentes de los niños, niñas y adolescentes, en los términos de la normativa vigente.
- Que como persona que intervengo en el tratamiento de datos personales que no tienen la naturaleza de públicos estoy obligado(a) a garantizar la reserva de la información, inclusive después de finalizada la relación con alguna de las labores que comprende el tratamiento y sólo puedo realizar suministro o comunicación de datos personales cuando ello corresponda al desarrollo de las actividades autorizadas.
- Que me comprometo a conocer la política de seguridad y privacidad de la información y en consecuencia protegeré toda la información creada, generada, procesada, transmitida o resguardada en los diferentes procesos de la Entidad, su infraestructura física y/o tecnológica o como resultado de un servicio interno en outsourcing
- Que no tengo la facultad de hacer declaraciones, representaciones o adquirir compromisos en nombre de la **E.S.E HOSPITAL**, ni de tomar decisiones o iniciar acciones que generen obligaciones a su cargo.
- Que la **E.S.E HOSPITAL** iniciará las acciones legales ante el incumplimiento al presente acuerdo o a cualquier violación a la seguridad y privacidad de la información de propiedad de la ESE HOSPITAL o de terceros que se encuentre protegida por la Ley y que no se trata de información pública, a excepción de la información solicitada por las autoridades legales

Para constancia se firma el día 20 de Junio del año **2026**

FIRMA: _____

C.C. 24550709