NIT:890980840-3	**DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES**	

En cumplimiento de las disposiciones contenidas en la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas concordantes, yo, MARIA CAMILA GIL AGUDELO, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 1 2 1 6 7 2 5 1 8 7 expedida en M E D E L L I N , de profesión u oficio O D O N T O L O G A , manifiesto de manera libre, previa, expresa, voluntaria e informada que:

Autorizo, a la E.S.E. Hospital San Juan de Dios de Ituango, en calidad de responsable del tratamiento de datos personales, para recolectar, verificar, almacenar, archivar, organizar, consultar, usar, analizar, actualizar, circular, compartir, transmitir y demás actividades necesarias relacionadas con el tratamiento de la información suministrada, exclusivamente para fines institucionales, administrativos, legales, contractuales, laborales, académicos, asistenciales, estadísticos y demás relacionados con el desarrollo de las funciones propias de la entidad, de conformidad con lo establecido en la normatividad vigente sobre protección de datos personales y Habeas Data.

Así mismo, declaro que la información suministrada es veraz, completa, exacta y actualizada.

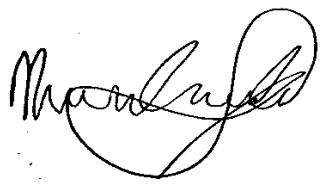
La presente autorización comprende el tratamiento de datos personales suministrados de manera física, verbal, digital, electrónica o mediante cualquier otro medio autorizado por la ley.

Declaro conocer que, como titular de la información, me asisten los siguientes derechos: Conocer, actualizar y rectificar mis datos personales, solicitar prueba de la autorización otorgada, ser informado respecto del uso dado a mis datos personales, presentar consultas y reclamos ante la entidad responsable del tratamiento, revocar la autorización y/o solicitar la supresión del dato cuando sea procedente, y acceder gratuitamente a mis datos personales objeto de tratamiento.

Igualmente, manifiesto que conozco la Política de Tratamiento de Datos Personales adoptada por la E.S.E. Hospital San Juan de Dios de Ituango y que podré ejercer mis derechos mediante solicitud escrita dirigida a los canales oficiales de atención de la entidad.

En caso de suministrar datos sensibles o de menores de edad, autorizo expresamente su tratamiento para las finalidades anteriormente descritas, entendiendo que dicho tratamiento se realizará bajo criterios de confidencialidad, seguridad y acceso restringido, conforme a la ley.

Para constancia se firma en el municipio de ITUANGO, a los 29días del mes de septiembre del año 2026.

Firma: 

Nombre: MARIA CAMILA GIL AGUDELO

C.C. No. 1216725187