



AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES II (PACIENTES)

Con la firma de este documento y de conformidad con lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 autorizo de manera voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca al CENTRO MÉDICO OFTALMOLÓGICO Y LABORATORIO CLÍNICO ANDRADE NARVAEZ SOCIEDAD POR ACCIONES SIMPLIFICADAS, pudiendo utilizar la sigla COLCAN S.A.S, sociedad identificada con NIT 800.066.001-3, con domicilio en la calle 49 No 13-60 de la ciudad de Bogotá D.C quien actuará como responsable de los datos personales y en virtud, podrá recolectar, transferir, almacenar, usar, circular, suprimir, compartir, actualizar y transmitir los datos personales del paciente con las siguientes finalidades:

1. Desarrollar el objeto social de COLCAN S.A.S. conforme a sus estatutos sociales, en especial para la prestación de servicios de salud.
2. Validar la información en cumplimiento de la exigencia legal de conocimiento del paciente y requerida para la prestación del servicio.
3. Realizar contacto con el paciente para la prestación de servicios de salud a través de correo físico, electrónico, redes sociales, SMS o teléfono. Medios de publicidad a nivel interno y externo en medios impresos o audiovisuales.
4. Enviar ofertas o promociones de los servicios ofrecidos por COLCAN S.A.S. a través de correo electrónico o teléfono.
5. Realizar procesos jurídicos, telemercadeo e investigación de mercados.
6. Contactar al paciente para realizar evaluación del servicio prestado.
7. Envío de resultados de exámenes procesados en COLCAN S.A.S. a través de correo electrónico.
8. Investigación clínica, epidemiológica y científica.
9. Para enviar, solicitar y recibir de las entidades de vigilancia y control, las instituciones de salud, entidades o empresas de carácter privado la información personal, clínica, laboral y de seguridad social, que reposa en sus bases de datos.
10. Seguridad del área física o infraestructura de la organización e ingreso de pacientes a instalaciones de COLCAN S.A.S

El paciente, acepta y autoriza de manera libre y espontánea el tratamiento de la información que contenga datos sensibles. Se entiende por datos sensibles aquellos que afectan la intimidad del Titular o cuyo uso indebido puede generar discriminación, por ejemplo la orientación política, las convicciones religiosas o filosóficas, de derechos humanos, así como los datos relativos a la salud, a la vida sexual, datos biométricos, pertenencia a sindicatos, organizaciones sociales, que sean necesarios para el cumplimiento de las finalidades anteriormente descritas según la POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DE COLCAN S.A.S.

Con la aceptación de la presente autorización, permito el tratamiento de los datos personales para las finalidades mencionadas y reconozco que los datos suministrados a la empresa son ciertos, dejando por sentado que no se ha omitido o adulterado ninguna información. Fui informado de los derechos que tengo como titular: conocer, actualizar, rectificar información personal, acceder en cualquier momento a los datos suministrados, solicitar su corrección, actualización o supresión en los términos establecidos en la Ley Estatutaria 1581 de 2012, presentar ante la SIC quejas por infracciones a lo dispuesto en la normatividad vigente, abstenerse de responder las preguntas sobre datos sensibles o sobre los datos de niños o adolescentes. Autorizo a COLCAN S.A.S. a modificar o actualizar su contenido, a fin de atender reformas legislativas.

Para más información sobre el tratamiento de datos personales puede utilizar los canales de atención dispuestos por COLCAN S.A.S. comunicándose a la línea de atención 018000-180319 opción 7, ingresando a la página web www.laboratoriocolcan.com diligenciando el formulario de protección de datos personales y/o enviando un correo electrónico formal a: protecciondedatos@laboratoriocolcan.com.

Se firma en _____ el ____ de _____ del año _____

Nombre: _____ Firma _____ Identificación: _____

Correo electrónico: _____

En caso de ser acudiente, identifique:

Nombre _____ Parentesco: _____

Firma: _____ I.D. _____