

	FORMATO	Categoría de Seguridad: Uso Interno
	Autorización para el Tratamiento de Datos Personales	
	ORIGEN: MMO-PMJO-Protección de Datos Personales	

En desarrollo de lo establecido en la Ley 1581 de 2012, Decreto 1377 de 2013 y demás decretos reglamentarios, mediante los cuales se dictan disposiciones para la protección de datos personales y en el desarrollo del derecho constitucional que tienen todas las personas a conocer, actualizar y rectificar la información que se haya recogido sobre ellas en bases de datos o archivos, o capturado por cualquier medio incluidos sistemas de videovigilancia, registros filmicos o fotográficos, y los demás derechos, libertades y garantías constitucionales, con la firma de este documento en físico o digital o de manera electrónica, o al dar clic en “**Autorizo**”, manifiesto que he sido informado por **SINERGIA GLOBAL EN SALUD S.A.S.** (NIT.900.363.673) y sus empresas **CLÍNICA FARALLONES S.A.** (800.212.422-7), **CLÍNICA PALMA REAL S.A.S.** (900.699.086-8) y **HOSPITAL EN CASA S.A.S.** (NIT.805.006.389-7), que de ahora en adelante se entenderán como “**CHRISTUS SINERGIA**”, de lo siguiente:

1. **CHRISTUS SINERGIA** actuará como Responsable del Tratamiento de datos personales de los cuales soy titular o los datos de la persona que represento (niño, niña, adolescente o persona con discapacidad cognitiva) y que, conjunta o separadamente podrán recolectar, usar y tratar mis datos personales, sin perjuicio de los datos personales que hayan sido suministrados por los distintos Clientes (Aseguradoras de Planes Obligatorios, Voluntarios, entre otros) con los que se tienen convenio, para los cuales **CHRISTUS SINERGIA** actúa en calidad de **ENCARGADO**.
2. Que me ha (n) sido informada la (s) finalidad (es) de la recolección de los datos personales de los cuales soy titular o los datos de la persona que represento (niño, niña, adolescente o persona con discapacidad cognitiva), para fines administrativos, comerciales, contractuales y asistenciales de la prestación de servicios de salud, las cuales autorizo con la firma de este documento y/o registro en la plataforma: Asignación, Cancelación y/o modificación de citas médicas; autorizaciones de ordenamientos; facturación; acceso a información clínica y envío de los resultados de pruebas de laboratorio y/o imágenes diagnósticas por medios digitales; acceso y envío de mis resultados de laboratorio y/o imágenes diagnósticas a mis médicos tratantes (bien sea internos o externos a **CHRISTUS SINERGIA**); envío de historias clínicas, consentimientos informados y demás anexos generados de la atención en salud por correo electrónico; revisión del cumplimiento del modelo de atención en salud; inclusión en base(s) de datos de los programas de Promoción y Prevención; acompañamiento espiritual; seguimientos de casos especiales en vigilancia epidemiológica; revisión de datos estadísticos; realizar validaciones y monitoreo para la prevención de delitos; seguridad de las personas, bienes e instalaciones; control de acceso a las instalaciones de **CHRISTUS SINERGIA**; recopilación de datos biométricos; seguimiento a adherencia a protocolos y procedimientos establecidos por la organización; identificación de los titulares de los datos; identificar oportunidades de mejora en la ruta de atención; prestación de servicios de salud en general y lo que de allí se derive; contacto vía telefónica, mensaje de texto o correo electrónico con comunicaciones de **CHRISTUS SINERGIA**, incluidas las comerciales; remisión de comunicaciones y contacto a través de los medios registrados; encuestas de opinión; gestión económica y contable; marketing; prospección comercial; transmisión y/o transferencia de datos con aliados comerciales o institucionales, proveedores de servicios de almacenamiento, filiales y terceras entidades; uso de imagen filmica y/o fotográfica en piezas publicitarias virtuales o físicas que la empresa realice y le sean notificadas previamente, sin la generación de contraprestación económica, inclusive después de finalizada la relación contractual, comercial o de prestación; y las demás contenidas en el Aviso y de Privacidad y en la Política de Tratamiento de Datos Personales de **CHRISTUS SINERGIA**, disponible en <https://christussinergia.com/>
3. Sobre el carácter facultativo o voluntario al responder preguntas que traten sobre Datos Sensibles o sobre menores de edad.
4. Mis derechos como titular de los datos o los de la persona que represento (niño, niña, adolescente o persona con discapacidad cognitiva), son los previstos en la Constitución y la ley, especialmente el derecho a conocer, actualizar, rectificar y suprimir la información personal suministrada, así como el derecho a revocar el consentimiento otorgado para el tratamiento de datos personales.
5. Mis derechos o los de la persona que represento (niño, niña, adolescente o persona con discapacidad cognitiva), puedo ejercerlos a través del correo electrónico protecciondedatos@christus.co, de acuerdo con lo establecido en el Aviso de Privacidad y la Política de Tratamiento de Datos Personales.
6. **CHRISTUS SINERGIA** garantiza la confidencialidad, libertad, seguridad, veracidad, transparencia, acceso y circulación restringida de mis datos y se reserva el derecho de modificar su Política de Tratamiento de Datos Personales en cualquier momento. Cualquier cambio será informado y publicado oportunamente en el sitio web <https://christussinergia.com/>.

De acuerdo con lo anterior, en desarrollo de lo establecido en la ley 1581 del 2012 y sus decretos sobre protección de datos personales, autorizo con el registro de mis datos en este formulario web, de manera expresa, informada y explícita a **CHRISTUS SINERGIA**, para que utilice los datos personales que he suministrado o que han sido capturados por cualquier método incluido las cámaras de videovigilancia, registros filmicos o fotográficos, para la finalidad contenida en este documento.

Consulte el Aviso de Privacidad y Política de Tratamiento de Datos Personales de **CHRISTUS SINERGIA** en <https://christussinergia.com/>

Finalmente confirmo que, para los casos de suministrar datos personales correspondiente a un niño, niña, adolescente o persona con discapacidad cognitiva, cuento con la debida aprobación para otorgar dicha autorización.