

MEDICINA MATERNOFETAL INTEGRAL DE COLOMBIA S.A.S.

Nit.900373821-5

LEY DE PROTECCION DE DATOS

Medicina Maternofetal Integral de Colombia S.A.S. con Nit.900373821-5, en cumplimiento de lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 y su decreto reglamentario, se permite informar a sus usuarios lo siguiente:

La política de Protección de Datos Personales TEC-POL07 de 16 de diciembre de 2014, establece que: los datos de carácter personal que se obtengan de una solicitud, de la prestación de alguno de nuestros servicios o de cualquier relación con Maternofetal S.A.S, serán recogidos en una base de datos administrada bajo la responsabilidad de Maternofetal S.A.S, de acuerdo con los procedimientos definidos para tal efecto.

Es importante aclarar que el usuario, tiene la posibilidad de acceder en cualquier momento a los datos, así como de solicitar la corrección, actualización o supresión de los mismos, en los términos establecidos por la normatividad vigente, dirigiendo una comunicación escrita y firmada al correo electrónico info@maternofetal.com.co o a la dirección física Avenida González Valencia N. 55B-10 Piso 2 en la ciudad de Bucaramanga, con los siguientes datos: nombre y apellidos, documento de identificación, dirección para efectos de notificaciones, petición en que se concreta la solicitud y fecha.

Se anexa el formato de autorización de datos personales, para que los usuarios, persona natural o jurídica, actualicen sus datos y acepten el tratamiento de los datos personales.

**Objetivos**

Garantizar el cumplimiento de lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 y su decreto reglamentario.



MEDICINA MATERNOFETAL INTEGRAL DE COLOMBIA S.A.S.

Nit.900373821-5

Bucaramanga, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES. DESCRIPCIÓN DE LA FINALIDAD PARA LA CUAL SE UTILIZARÁN LOS DATOS RECOGIDOS:

Los datos personales que le solicitamos tienen como finalidad:

• Lograr una eficiente comunicación para que pueda acceder a nuestros servicios, consultar estudios y facilitar el acceso general a la información.

• Informar sobre nuevos servicios para los usuarios de nuestros servicios

• Informar sobre cambios de nuestros servicios.

• Evaluar la calidad de los servicios que prestamos a nuestros usuarios.

 En este sentido le informamos que, de conformidad con lo dispuesto en la normatividad vigente, los datos de carácter personal que se obtengan de su solicitud, de la prestación de alguno de nuestros servicios o de cualquier relación con la Medicina Maternofetal Integral de Colombia S.A.S, serán recogidos en una base de datos con la finalidad arriba señalada.

Esta base de datos es administrada bajo la responsabilidad de la Medicina Maternofetal Integral de Colombia S.A.S, de acuerdo con los procedimientos definidos para tal efecto. Con la aceptación del uso de los datos por parte de Medicina Maternofetal Integral de Colombia S.A.S, el titular autoriza el tratamiento para las finalidades mencionadas y reconoce que los datos suministrados en la solicitud son ciertos y que no ha sido omitida o alterada ninguna información, quedando informado que la falsedad u omisión de algún dato supondrá la imposibilidad de prestar oportuna y correctamente el servicio.

Debe tener presente que tendrá la posibilidad de acceder en cualquier momento a los datos suministrados, así como de solicitar la corrección, actualización o supresión sobre el tratamiento de los datos personales, en los términos establecidos por la normatividad vigente, dirigiendo una comunicación escrita y firmada a al correo electrónico info@maternofetal.com.co o a la dirección física Avenida González Valencia N. 55B-10 Piso 2 en la ciudad de Bucaramanga, con los siguientes datos: nombre y apellidos, documento de identificación, dirección para efectos de notificaciones, petición en que se concreta la solicitud y fecha.

En señal de aceptación de lo anterior, consiento y autorizo que mis datos personales sean tratados conforme con lo previsto en la presente autorización.

Seleccione con una “X” alguna de estas 4 opciones y continúe llenando la información:

Aceptación tratamiento de datos\_\_\_\_ Corrección \_\_\_ Actualización \_\_\_Supresión\_\_\_

NOMBRE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ FIRMA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

TELÉFONO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_E-MAIL:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_