



La salud
es de todos

Minsalud

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Autorizo de manera libre, voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca al Ministerio de Salud y Protección Social, para que en los términos legalmente establecidos en la política de privacidad y confidencialidad del Ministerio de Salud y Protección Social realice la recolección, almacenamiento, uso, circulación, supresión y en general, el tratamiento de los datos personales que entrego a continuación, en virtud de crear el Directorio Nacional de Profesionales formados para la realización de la Certificación de Discapacidad. Los datos que autorizo sean publicados son:

Nombre completo: _____
Ciudad de residencia: _____
Correo electrónico: _____
Profesión: _____

En ese sentido, declaro conocer que los datos personales objeto de tratamiento, serán utilizados específicamente para las finalidades derivadas de crear el Directorio Nacional de Profesionales formados para la realización de la Certificación de Discapacidad.

De igual forma, declaro que me han sido informados y conozco los derechos que el ordenamiento legal y la jurisprudencia, conceden al titular de los datos personales y que incluyen entre otras prerrogativas las que a continuación se relacionan:

- (i) Acceder, conocer, actualizar y rectificar sus datos personales frente al Ministerio en su condición de responsable o encargado del tratamiento. Este derecho se podrá ejercer, entre otros, frente a datos parciales, inexactos, incompletos, fraccionados, que induzcan a error, o aquellos cuyo tratamiento esté expresamente prohibido o no haya sido autorizado.
- (ii) Solicitar prueba de la autorización otorgada al Ministerio para el tratamiento de datos personales, mediante cualquier medio válido, salvo en los casos en que no es necesaria la autorización.
- (iii) Ser informado por el Ministerio, previa solicitud, respecto del uso que le da a sus datos personales.
- (iv) Revocar la autorización y/o solicitar la supresión del dato cuando en el tratamiento no se respeten los principios, derechos y garantías constitucionales y legales. La revocatoria y/o supresión procederá cuando la Superintendencia de Industria y Comercio haya determinado que en el tratamiento el Ministerio han incurrido en conductas contrarias a la Ley 1581 de 2012.

En el tratamiento y protección de datos personales, El Ministerio tendrá los siguientes deberes, sin perjuicio de otros previstos en las disposiciones que regulen o lleguen a regular esta materia:

Carrera 13 No.32-76 - Código Postal 110311, Bogotá D.C

Teléfono:(57-1)3305000 - Línea gratuita: 018000952525 Fax: (57-1)3305050 - www.minsalud.gov.co



La salud
es de todos

Minsalud

- a. Garantizar al titular, en todo tiempo, el pleno y efectivo ejercicio del derecho de hábeas data.
- b. Solicitar y conservar, copia de la respectiva autorización otorgada por el titular para el tratamiento de datos personales.
- c. Informar debidamente al titular sobre la finalidad de la recolección y los derechos que le asisten en virtud de la autorización otorgada.
- d. Actualizar oportunamente la información, atendiendo de esta forma todas las novedades respecto de los datos del titular. Adicionalmente, se deberán implementar todas las medidas necesarias para que la información se mantenga actualizada.
- e. Rectificar la información cuando sea incorrecta y comunicar lo pertinente.
- f. Respetar las condiciones de seguridad y privacidad de la información del titular.
- g. Tramitar las consultas y reclamos formulados en los términos señalados por la Ley 1581 de 2012.
- h. Informar a solicitud del titular sobre el uso dado a sus datos.
- i. Usar únicamente datos cuyo tratamiento esté previamente autorizado de conformidad con lo previsto en la ley 1581 de 2012.
- j. Usar los datos personales del titular sólo para aquellas finalidades para las que se encuentre facultada debidamente y respetando en todo caso la normatividad vigente sobre protección de datos personales.

Finalmente, manifiesto conocer que en los casos en que requiera ejercer los derechos anteriormente mencionados, la solicitud respectiva podrá ser elevada a través de los mecanismos dispuestos para tal fin por el Ministerio de Salud y Protección Social, que corresponden a los siguientes:

- A. Página Web www.minsalud.gov.co
- B. Teléfono: En Bogotá (57) (1) 3305000
- C. Correspondencia Carrera 13 No. 32-76 piso 1, Bogotá, código postal 110311 lunes a viernes de 8:00 a.m. a 4:00 p.m. en jornada continua.

Dada a los _____ días del mes de _____ de _____

Cordialmente,

NOMBRE:
C.C. _____
Fecha: _____
Teléfono: _____
Dirección: _____

Carrera 13 No.32-76 - Código Postal 110311, Bogotá D.C

Teléfono:(57-1)3305000 - Línea gratuita: 018000952525 Fax: (57-1)3305050 - www.minsalud.gov.co