

Declaro que he sido informado: (i) Que la **ORGANIZACIÓN HUMANA INTEGRAL Y SU SEDE CLÍNICA SANTA ISABEL L.D.** como responsable de los datos personales obtenidos a través de sus distintos canales de atención, han puesto a mi disposición la línea de atención nacional +57 (5) 580 35 35, y la oficina principal a nivel nacional, cuya información puedo consultar en <https://www.clinicaintegral.com.co/>, disponibles de lunes a sábado de 8:00 a.m. a 12 p.m. y 2:00 p.m. a 06:00 p.m., para la atención de requerimientos relacionados con el tratamiento de mis datos personales y el ejercicio de los derechos mencionados en esta autorización.

Esta autorización permitirá a la Organización Humana Integral y su sede Clínica Santa Isabel L.D., recolectar, transferir, almacenar, usar, circular, suprimir, compartir, actualizar y transmitir, de acuerdo con el procedimiento para el tratamiento de los datos personales en procura de cumplir con las siguientes finalidades:

1. Validar la información en cumplimiento de la exigencia legal de conocimiento del cliente o el usuario aplicable a la Organización Humana Integral y su sede Clínica Santa Isabel L.D.,
2. Para el tratamiento de los datos personales protegidos por nuestro ordenamiento jurídico.
3. Para el tratamiento y protección de los datos de contacto (direcciones de correo físico, de residencia, electrónico, redes sociales y teléfono).
4. Para confirmar, solicitar y recibir de empresas de carácter público o privado la información personal, académica, laboral y de seguridad social, que reposa en sus bases de datos.
5. Para utilizar y enviar a través de las herramientas tecnológicas, como el WhatsApp, correos electrónicos y cualquier otro medio de comunicación, las citaciones a procesos disciplinarios y envío de pruebas cuando se le impute alguna falta disciplinaria al número de celular aportado en hoja de vida.
6. Verificación del sistema de administración del riesgo de lavado de activos y financiación del terrorismo (SARLAFT) antecedentes disciplinarios, policiales y demás.

A su vez se solicita a los titulares de los datos de los servicios ofrecidos, de manera expresa, libre y voluntaria autorice el tratamiento de datos personales sensibles tales como el origen racial o étnico, población especial en condición de vulnerabilidad y aquella población afectada por declaratoria de emergencia económica, social y ecológica; al tenor de lo dispuesto en el artículo 6 de la ley 1581 de 2012 y demás disposiciones normativas vigentes.

El alcance de la autorización comprende la facultad para que la Organización Humana Integral y su sede Clínica Santa Isabel L.D. envíe mensajes al correo electrónico suministrado con contenidos institucionales, notificaciones, información del estado de cuentas.

Así mismo, autorizo a la Organización Humana Integral y su sede Clínica Santa Isabel L.D. para realizar visita domiciliaria a mi residencia registrada en hoja de vida, con los pormenores que esta conlleva, en caso de que esta sea requerida por la empresa con la que me encuentro laborando; a su vez autorizo a la Organización Humana Integral y su sede Clínica Santa Isabel L.D. para que actualice la dirección cuando me traslade de residencia.

Mis derechos como titular del dato son los previstos en la constitución y la ley, especialmente el derecho a conocer, actualizar, rectificar y suprimir mi información personal; así como el derecho a revocar el consentimiento otorgado para el tratamiento de datos personales. Estos los puedo ejercer a través de los canales dispuestos por la Organización Humana Integral y su sede Clínica Santa Isabel L.D. para la atención al público.

Otorgo mi consentimiento a la Organización Humana Integral y su sede Clínica Santa Isabel L.D. para tratar mi información personal, de acuerdo con la política de tratamiento de datos personales.

## ACTUALIZACIÓN Y/O AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

GH-BO-RS-F-54 Ver. 2 Página 2 de 2  
Emisión: 29-02-2020 Vigencia: 28-04-2022

Autorizo a la Organización Humana Integral y su sede Clínica Santa Isabel L.D. a modificar o actualizar su contenido, a fin de atender reformas legislativas, políticas internas o nuevos requerimientos para la prestación u ofrecimiento de servicios o productos, dando aviso previo por medio de la página web de la compañía, y/o correo electrónico.

La información del formato del cual forma parte la presente autorización la he suministrado de forma voluntaria y es verídica.

<b>Fecha de diligenciamiento:</b> DD/ MM/ AAAA	
<b>P. Apellido:</b> <input type="text"/>	<b>S. Apellido:</b> <input type="text"/>
<b>P. nombre:</b> <input type="text"/>	<b>S. nombre:</b> <input type="text"/>
<b>Tipo de documento:</b> <input type="radio"/> C.C. <input type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> T.I. <input type="radio"/> R.C. <input type="radio"/> P.S	<b>Numero de documento:</b> <input type="text"/>
<b>cuidad:</b> <input type="text"/>	<b>Telefono:</b> <input type="text"/>
<b>E mail de contacto:</b> <input type="text"/>	
<b>Autorizo a circular la información:</b> <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	
<b>Firma del Titular:</b> <input type="text"/>	