

## **AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES**

En cumplimiento de las disposiciones de la Ley 1581 de 2012 y del Decreto reglamentario 1377 de 2013 que desarrollan el derecho de habeas data, solicitamos su autorización para que OFTALMÓLOGOS EL TESORO en calidad de responsable del Tratamiento, pueda recopilar, almacenar, archivar, copiar, analizar, usar y consultar los datos que se solicitarán a continuación.

Estos datos serán recolectados con las siguientes finalidades, todas relacionadas con las actividades de la salud visual:

1. Adelantar campañas de seguimiento y verificación de calidad en el servicio, encuestas de satisfacción, actualización de datos de información, y servicios especiales.
2. Atender Preguntas Quejas y Reclamos – PQRS.
3. Atención de requerimientos de autoridades y suministrar información a entidades administrativas, de salud, judiciales y públicas autorizadas por la Ley.
4. Para el envío de correspondencia, correos electrónicos, comunicados, boletines virtuales, invitaciones o contacto.
5. Manejo interno a efectos de registro de sus pacientes.
6. Análisis estadísticos o de seguridad de sus pacientes.
7. Ejecución y/o cumplimiento de los contratos o convenios que tiene con terceros para la prestación de servicios de salud.
8. Reporte y consulta a entidades de salud legalmente constituidas en Colombia.
9. Las imágenes y registros efectuados por los equipos de diagnóstico serán usadas como beneficio del paciente y sólo serán compartidas con entidades de salud legalmente constituidas en Colombia.

La vigencia de la base datos será la del periodo de tiempo en que se mantengan las finalidades del tratamiento en cada base de datos o aquel requerido de acuerdo a las normas contables, comerciales, tributarias, o cualquiera aplicable según la materia, con un plazo máximo de cincuenta años.

Puede consultar la Política de Tratamiento de la Información de OFTALMÓLOGOS EL TESORO en la página [www.oftalmologoseltesor.com](http://www.oftalmologoseltesor.com)



En caso de querer presentar una solicitud o queja respecto del tratamiento de datos personales, le pedimos hacer llegar una comunicación a través de nuestro correo electrónico [info@oftalmologoseltesor.com](mailto:info@oftalmologoseltesor.com)

Para constancia se firma, a los \_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ del año

\_\_\_\_\_  
Firma y No. Documento

Nombre: \_\_\_\_\_

Cedula de Ciudadanía o identificación: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_