

	<b>HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN RAFAEL DE ZARZAL E.S.E. VALLE DEL CAUCA NIT: 891900441-1</b>	<b>CÓDIGO: GI-SI -FO-05</b>
		<b>VERSIÓN: 01</b>
	<b>AUTORIZACION PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES ADULTO (Audiovisuales)</b>	<b>FECHA: 23/03/2022</b>
		<b>TRD:</b> <b>PÁGINA: 1 de 1</b>

Yo \_\_\_\_\_, de conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012, autorizo libre, expresa e inequívocamente al Hospital Departamental San Rafael de Zarzal E.S.E. y sus sedes, para que realice la recolección y tratamiento de mis datos personales que suministro de manera veraz y completa, en virtud de la prestación de los servicios del hospital, así como cualquier otro dato sensible como registros fotográficos, audiovisuales, entre otros, para que sean usados en el marco de las gestiones institucionales y/o administrativas, de seguimiento y control, estadísticas.

Así mismo, declaro que conozco que la recolección y tratamiento de mis datos se realizará de conformidad con la Política de Tratamiento de Datos Personales del Hospital Departamental San Rafael de Zarzal E.S.E. publicada en [www.hospitalsanrafaelzarzal.gov.co/](http://www.hospitalsanrafaelzarzal.gov.co/), manifestando que he sido informado(a) de forma clara y suficiente de los fines de su tratamiento.

Manifiesto que como titular de la información, fui informado(a) de los derechos con que cuento, especialmente a conocer, actualizar y rectificar mi información personal, revocar la autorización y solicitar la supresión del dato, las cuales podré ejercer a través de los canales presenciales (oficina SIAU), el correo electrónico: [siau@hospitalsanrafaelzarzal.gov.co](mailto:siau@hospitalsanrafaelzarzal.gov.co) y línea: (+57) 6022220043 extensión 221, de lunes a viernes entre 7am y 5pm.

Para constancia de lo anterior, se firma en \_\_\_\_\_, el \_\_\_\_ del mes de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Firma: \_\_\_\_\_

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

Identificación: \_\_\_\_\_