

AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DE LOS FUNCIONARIOS, PROVEEDORES, CLIENTES Y OTRAS PERSONAS NATURALES DE COGNIAUDIO IPS SAS

Yo, _____, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. _____ de _____, obrando en nombre propio, manifiesto de forma libre, consciente, expresa, informada y espontánea que autorizo a COGNIAUDIO IPS SAS con NIT 902.027.060-1 para dar tratamiento a mis datos personales para las finalidades descritas en el numeral 5 de la política de protección de datos personales, de la cuales me competen:

Finalidad	Autoriza	
	SI	NO
Enviar información a entidades gubernamentales o judiciales por solicitud expresa de las mismas, y en cumplimiento de obligaciones legales en materia tributaria, laboral, entre otras.		
Efectuar las gestiones pertinentes para el desarrollo del objeto social de la sociedad, en lo que tiene que ver con los cumplimientos de su objeto social, aplicables a proveedores, colaboradores, clientes, incluyendo, pero sin limitarse a las normas tributarias y comerciales.		
Gestionar trámites (solicitudes, quejas, reclamos, felicitaciones, recomendaciones entre otras)		
Dar cumplimiento a las obligaciones contraídas por COGNIAUDIO IPS SAS con el titular de la información, con relación al pago de salarios, prestaciones sociales y demás retribuciones y obligaciones consagradas en el contrato de trabajo o según lo disponga la ley.		
Ofrecer programas de bienestar corporativo y planificar actividades empresariales, para el titular y sus beneficiarios (hijos, conyugue, compañero permanente)		
Agendar, confirmar, modificar y recordar mis citas médicas, audiológicas y demás servicios de salud.		
Elaborar, diligenciar, conservar y administrar mi historia clínica (diagnósticos, tratamientos, resultados de exámenes y demás datos relacionados con mi salud) para fines de atención médica, seguimiento clínico y prestación del servicio de salud.		
Remitir mi información clínica y de facturación a las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios en Salud (EPS, ARL, medicina prepagada, aseguradoras, entidades territoriales) para efectos de autorización, auditoría, facturación y pago de los servicios de salud prestados.		
Reportar la información epidemiológica, estadística, de calidad y de facturación que exijan las autoridades de salud (Ministerio de Salud y Protección Social, Secretarías de Salud, Superintendencia Nacional de Salud, SISPRO, RIPS) en cumplimiento de las normas del Sistema General de Seguridad Social en Salud.		
Realizar actividades de auditoría médica y de calidad, referencia y contrarreferencia, y prestación de servicios de telesalud o telemedicina, cuando aplique.		
Transferir y/o transmitir mis datos personales a proveedores, Encargados del Tratamiento o servidores ubicados fuera de Colombia (incluido el alojamiento en la nube y el software de historia clínica electrónica), adoptando las medidas de seguridad y garantías legales correspondientes, conforme al artículo 26 de la Ley 1581 de 2012.		

Asimismo, autorizo que los datos suministrados en consecuencia de la presente relación contractual sean conservados durante el tiempo que dure mi relación contractual y el tiempo establecido legalmente por las normas que regulen esta materia.

Cuando el Tratamiento verse sobre mi historia clínica y demás datos relacionados con mi salud, entiendo que dicha información se conservará como mínimo por quince (15) años contados a partir de la fecha de mi última atención, de conformidad con la Resolución 839 de 2017 del Ministerio de Salud y Protección Social y demás normas que regulen la materia, sin perjuicio de los términos especiales previstos en la ley.

AUTORIZACIÓN ESPECIAL PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS SENSIBLES DE SALUD

He sido informado(a) de manera expresa e inequívoca que los datos relacionados con mi salud física y mental (diagnósticos, tratamientos, historia clínica, resultados de exámenes, antecedentes y demás información clínica) tienen la calidad de datos sensibles conforme al artículo 6 de la Ley 1581 de 2012, y que NO estoy obligado(a) a autorizar su Tratamiento. No obstante, entiendo que dicha información resulta indispensable para la prestación del servicio de salud solicitado y que, en caso de no otorgar mi autorización, COGNIAUDIO IPS SAS podrá abstenerse de prestar el servicio que dependa de ella. En consecuencia, de forma libre, previa, expresa e informada, autorizo el Tratamiento de mis datos sensibles de salud para las finalidades descritas en el presente documento: SI ____ NO ____

AUTORIZACIÓN OTORGADA POR REPRESENTANTE LEGAL (aplica únicamente cuando el Titular sea niño, niña o adolescente)

Yo, _____, identificado(a) con cédula de ciudadanía o de extranjería No. _____, actuando en calidad de [padre/madre/representante legal/tutor] del niño, niña o adolescente _____, identificado(a) con registro civil o tarjeta de identidad No. _____, manifiesto que he escuchado la opinión del menor y, atendiendo su interés superior, autorizo el Tratamiento de sus datos personales y datos sensibles de salud para las finalidades descritas en el presente documento, de conformidad con el artículo 7 de la Ley 1581 de 2012 y el artículo 12 del Decreto 1377 de 2013.

DERECHOS QUE ME ASISTEN COMO TITULAR DE LA INFORMACIÓN PERSONAL: He sido informado que cuento con los derechos de conocimiento, acceso, rectificación, actualización, revocación de la autorización y supresión sobre los datos personales no públicos a los que se dará tratamiento. Estos derechos los podré ejercer a través de los canales dispuestos por COGNIAUDIO IPS SAS para la atención al público, la línea de atención 3xxxx, el correo electrónico xxxxx@x y las oficinas de atención en xxxxxxxx, disponibles de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 5:00 p.m., para la atención de requerimientos relacionados con el tratamiento de mis datos personales y el ejercicio de los derechos mencionados.

Firma: _____

C.C.: _____

Firma representante legal del Menor (si aplica): _____

C.C. representante legal: _____ Parentesco:

Fecha: _____