

## AUTORIZACIÓN PARA TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

De acuerdo con la Ley Estatutaria 1581 de 2012 de Protección de Datos y normas concordantes, como Titular de los datos autorizo expresamente con la firma de este formato para que mis datos personales sean incorporados en una base de datos responsabilidad de **DENTIPLAN PLUS CLÍNICAS ODONTOLÓGICAS ESPECIALIZADAS** y sean tratados con la finalidad de realizar gestión administrativa. Gestión de estadísticas internas, encuesta a opinión, gestión de cobros y pagos, gestión económica y contable. Marketing, prospección comercial, fines científicos, médicos, estadísticos de auditoría y de prevención de enfermedades y promoción de la salud dental, remisión de comunicaciones y contactos a través de los medios registrados. Transmisión y transferencia nacional e internacional de datos con aliados comerciales e institucionales. Proveedores de servicios de almacenamiento en la nube, filiales y terceras entidades cuyo objetivo social está relacionado con la prestación del servicio de salud. Clínicas, hospitales, EPS, IPS) con la finalidad de garantizar el derecho a la salud. Asimismo, autorizó como titular para que mis datos sensibles información relacionada con el estado de salud, sean incorporadas en la base de datos. Responsabilidad **EN DENTIPLAN PLUS CLÍNICAS ODONTOLÓGICAS ESPECIAZADAS** con la finalidad de establecer el estado de salud de la persona, incluyendo resultados de pruebas de laboratorio, imágenes, estudios médicos y odontológicos, diagnósticos odontológicos, médicos generales o especializados psicológicos. O psiquiátricos que sean necesarios para cumplir con el objetivo de la prestación del servicio de salud. De igual modo, autorizó la transmisión y transferencia nacional e internacional de datos con aliados comerciales o institucionales, proveedores de servicio de almacenamiento en la nube, filiales y terceras entidades cuyo objetivo social esté relacionado con la prestación del servicio de salud. Clínicas, hospitales, EPS, IPS con la finalidad de garantizar el derecho a la salud. formato para que mis datos personales sean incorporados en una base de datos responsabilidad de **DENTIPLAN PLUS CLÍNICAS ODONTOLÓGICAS ESPECIALIZADAS** y sean tratados con la finalidad de garantizar el derecho a la salud.

Es de carácter facultativo suministrar información que verse sobre datos sensibles, datos de salud y huella, entendidos como aquellos que afectan la intimidad o generan algún tipo de discriminación, o sobre menores de edad.

el titular de los datos podrá ejercer los derechos de acceso, corrección, supresión, revocación o reclamo por infracción mediante escrito dirigido a DENTIPLAN PLUS CLÍNICAS ODONTOLÓGICAS ESPECIALIZADAS a través de correo electrónico. [auditoría@dentiplan.com.co](mailto:auditoría@dentiplan.com.co) ,correo habilitado para protección de datos, indicando el asunto, el derecho al que desea ejercitar o mediante correo remitido. A la. Carrera 47 número 52-86. Local 315 centro comercial camino real. En la ciudad de Medellín, Antioquia.

autorizo el uso de mi huella dactilar como mecanismo de verificación de identidad y autorizo. El uso de la huella dactilar y la firma mecánica como medio autenticación a través del cual otorgo mi consentimiento. Asimismo, certifié que es veraz la información consignada en este documento.

Nombres y apellidos del Titular: \_\_\_\_\_

Tipo y número de Identificación: \_\_\_\_\_

Firma del Titular: \_\_\_\_\_